

PROCEDIMIENTO DE INSCRIPCIÓN

El niño/a tiene que tener 5 años antes o para el 31 de agosto para entrar a Kindergarten

Para inscribir a su hijo/a en cualquier escuela del Distrito Escolar Christina será necesario presentar la siguiente información a la escuela de residencia de su hijo:

DOCUMENTOS REQUERIDOS *

- ❖ **Certificado de Nacimiento** (Documento oficial del Estado; el del hospital no será aceptado)
 - Certificado del Estado
 - Se prefiere original; se acepta copia que se pueda leer claramente
 - Pasaporte valido en lugar del certificado de nacimiento
 - Si no tiene un Certificado de Nacimiento-Registros Vitales del Estado de Delaware (Vital Statistics) llame al 302-739-4721 University Plaza-Chopin Bldg.-o en línea - www.vitalchek.com
- ❖ **Registro de Vacunas Actualizado incluyendo la prueba de Tuberculosis** – Refiérase a la página cibernética del Distrito, www.christinak12.org, para información detallada
- ❖ **Registro de Examen Físico** (completado dentro de los últimos 24 meses) - Refiérase a la página cibernética del Distrito, www.christinak12.org, para información detallada. Línea Caliente de Inmunización del Estado de Delaware: 1-800-282-8672
- ❖ **Tutela o Custodia** (si se aplica)
 - Documentos oficiales de la Corte son requeridos
 - Carta de Ubicación de Servicios Sociales (original)
- ❖ **Prueba de Residencia (El documento debe tener el nombre y la dirección del padre/guardián)**
 - Factura de Electricidad reciente (página completa; la ubicación de servicio debe corresponder a la dirección de correo)
 - Contrato de arrendamiento, reciente, valido, firmado y fechado
 - Documento de compraventa de la casa, firmado y fechado
 - Recibo de renta reciente mostrando la dirección y nombre del arrendatario
 - Factura reciente de utilidades (página completa; agua, cable, teléfono, basura, gas propano, aceite)
 - Factura reciente de impuestos de la propiedad o alcantarillado
 - Verificación de Residencia del Distrito de Christina Notariada será necesaria si la prueba de residencia no está a nombre del padre o encargado, acompañado de uno de los documentos antes mencionados como prueba de residencia.
- ❖ **Identificación con foto para el padre/guardián**
- ❖ **Expediente Escolar – se prefiere**
 - Reporte de Calificaciones de la Escuela Anterior (grados K – 8)
 - Transcripción de Créditos (para los estudiantes en grados 9 – 12)
 - IEP (Plan de Educación Individualizado) o Plan 504, si aplica

Para información adicional sobre inscripciones, usted puede comunicarse con la escuela asignada a su hijo/a o a la oficina de Opciones Educativas. Para su conveniencia usted puede accezar el enlace del Distrito Escolar Christina para la búsqueda de la escuela de residencia en www.christinak12.org. Presione en "Schools and Programs" (Información de Inscripción) y siga el enlace "Find your Assigned School" (Encuentre su Escuela Asignada).

Las solicitudes de Choice están disponibles en las escuelas del Distrito Escolar Christina o en la página cibernética del distrito en: www.christinak12.org o usted puede comunicarse a la oficina de Opciones Educativas al 552-2665.

Estudiante:			Escuela:		Año escolar:
Grado:	HMRM:	autobús	# de Identificación		



Tarjeta de Registro/de emergencia del Estudiante

el padre / tutor debe firmar todas las áreas resaltadas

Para uso exclusivo de la escuela:		Legal Guardianship/Caregiver verified	
ID #:		In student database:	
Birth Certificate:		Records requested:	
Immunization:		Grades received:	

Se seguirán las directrices actuales para el coronavirus, de Delaware Public Health (DPH), el Centro para el Control de Enfermedades (CDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) durante el año escolar.

INFORMACION DEL ESTUDIANTE					
Grado:	¿Ha estado este estudiante alguna vez registrado en una escuela Pública o Chárter de Delaware?				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer Nombre:			Género:	<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino
Segundo Nombre:			Fecha de Nacimiento:		
Apellido:			Teléfono de la Casa:	<input type="checkbox"/> Privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Generación:	<input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V				

DENOMINACION de RAZA y ORIGEN ETNICO					
¿Es este estudiante Hispano o Latino? (Seleccione una respuesta.) Personas de origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sur o Centro Americano, o de otra cultura u origen Hispano, sin importar la raza, son considerados Hispanos o Latinos.					
				<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Indique abajo la raza de este estudiante. Debe seleccionar por lo menos una raza, sin importar la designación étnica. Más de una respuesta puede ser seleccionada.					
<input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaianos Nativos e Isleños del Pacifico					

DIRECCION: Por favor indique la dirección física (de la casa) y de correo si son diferentes.					
Dirección Física			Dirección de Correo		¿Igual a la física?
Apto. #:			# de Apto:		
Dirección:			Dirección:		
Urbanización:			Urbanización:		
Ciudad, Estado, Código Postal:			Ciudad, Estado, Código Postal:		

INFORMACION DE CONTACTO DEL PADRE/GUARDIAN					
Primer Nombre:			Relación:	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre
Segundo Nombre:			Madrastra	<input type="checkbox"/> Padrastra	
Apellido:			Guardián Designado por la Corte	<input type="checkbox"/> Otro (por favor liste):	
Generación:	<input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V		Vive con el niño:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apto. #:			Teléfono Celular:		
Dirección:			Teléfono de Casa:	¿Privado?:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Urbanización:			Teléfono del Trabajo:		
Ciudad:			Fecha de Nacimiento:		
Estado/Código Postal:			Empleador:		

Por favor suministre una dirección de correo electrónico					
INFORMACION DE CONTACTO DEL PADRE/GUARDIAN					
Primer Nombre:			Relación:	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre
Segundo Nombre:			Madrastra	<input type="checkbox"/> Padrastra	
Apellido:			Guardián Designado por la Corte	<input type="checkbox"/> Otro (por favor liste):	
Generación:	<input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V		Vive con el niño:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Apto. #:			Teléfono Celular:		
Dirección:			Teléfono de Casa:	¿Privado?:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Urbanización:			Teléfono del Trabajo:		
Ciudad:			Fecha de Nacimiento:		
Estado/Código Postal:			Empleador:		

Por favor suministre una dirección de correo electrónico					

INFORMACION DEL CONTACTO DE EMERGENCIA: Debe tener 18 años de edad o mayor.						
Importante En el evento de una emergencia, las personas listadas aquí serán contactadas si el padre/guardián no puede ser encontrado	Primer Nombre:			Primer Nombre:		
	Apellido:			Apellido:		
	Relación:			Relación:		
	Dirección:			Dirección:		
	Ciudad, Estado, Código Postal:			Ciudad, Estado, Código Postal:		
	Teléfono Celular:			Teléfono Celular:		
	Teléfono de la Casa:			Teléfono de la Casa:		
Teléfono del Trabajo:			Teléfono del Trabajo:			

Estudiante:		# de Identificación
--------------------	--	----------------------------

INFORMACION DE CUSTODIA ESPECIAL: Si el niño vive con alguien que no sea su madre o padre natural, por favor indique:		INFORMACION ADICIONAL	
Nombre:		¿Ha sido el estudiante expulsado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Relación:		¿Ha estado en un programa para Superdotados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Existen Documentos de Custodia para este Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Tiene su niño (documentación requerida):	
Si así es, por favor presente una copia de los papeles para el archivo.		Un PEI (Plan de Educación Individualizada)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		Un Plan de Acomodaciones 504	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

HISTORIAL DE EDUCACION: Por favor liste la experiencia escolar más reciente de su niño (incluyendo preescolar, si es aplicable).	
Nombre de la persona o programa:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
<input type="checkbox"/> Casa/Niñera <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Programa de Educación Temprana	
¿Recibió su niño alguno de los siguientes servicios en la escuela anterior? <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Título I <input type="checkbox"/> Inglés como 2º Idioma <input type="checkbox"/> Otro:	

INFORMACION DE EDAD DE LOS HERMANOS							
Nombre:				Nombre:			
Edad:	Grado:	Género:	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Edad:	Grade:	Género:	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Escuela:				Escuela:			
Nombre:				Nombre:			
Edad:	Grado:	Género:	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.	Edad:	Grade:	Género:	<input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/> Fem.
Escuela:				Escuela:			

ARREGLOS PARA LA GUARDERIA	
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código Postal:	
Teléfono:	

INFORMACION DE TRANSPORTE:		Comentarios: Si la parada del autobús escolar es diferente de la dirección de su casa, por favor liste la dirección en esta columna y complete el Formulario de Transporte a la Guardería.
Por favor marque la casilla que aplique para su niño.		
A la Escuela	Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la casa	
	Mi hijo tomará el autobús a la escuela desde la guardería	
	Mi hijo caminará a la escuela cada día	
	Mi hijo será conducido a la escuela cada día	
De la Escuela	Mi hijo tomará el autobús desde la escuela a la casa	
	Mi hijo tomará el autobús a la guardería después de la escuela	
	Mi hijo caminará a la casa después de la escuela cada día	
	Mi hijo será recogido de la escuela cada día	

Yo certifico que soy un residente actual del Estado de Delaware y que todas las declaraciones en esta aplicación hechas por mí son verdaderas, completas y correctas según mi conocimiento y creencia, y que son hechas en buena fe. Yo entiendo y reconozco que cualquier declaración falsa u omisión de hechos materiales en el formulario de aplicación puede resultar en el rechazo del formulario de aplicación, descalificación del proceso de lotería si es aplicable, retiro de la ofrecimiento de invitación, y/o terminación de la opción escolar por la agencia de educación local a la cual yo apliqué y el estudiante será retirado de su escuela. **Hacer una declaración escrita falsa puede resultar en cargos criminales (11 Del. C. §1233)**

Firma del Padre/Guardián/Pariente a Cargo	Fecha
---	-------

Información Sobre Cómo el Distrito Escolar Christina Comparte la Información del Estudiante		
<p>El Distrito Escolar Christina reconoce la necesidad de proteger la información y privacidad del estudiante mientras promueve actividades educacionales y extra-curriculares en medios de comunicación del distrito y externos. La Lay Federal (FERPA) le permite al distrito liberar información publicable bajo circunstancias limitadas. La información publicable es información sobre un estudiante que generalmente no es considerada invasión de la privacidad, como el nombre, dirección, fotografías, actividades y deportes. Si usted desea que el distrito no libere esta información o incluya a su niño en artículos y fotos, por favor visite: http://www.christinaK12.org/apps/pages/index.jsp?uREC_ID279922&type=d</p>		
Signature of District Employee accepting Registration	Location	Date

Estudiante: _____	# de Identificación _____
--------------------------	----------------------------------

Actualización del Historial de Salud del Estudiante: Esta información será compartida con personal y la administración cuando sea absolutamente necesario, y con personal médico de urgencia en caso de una emergencia, a menos que usted indique lo contrario.

1. ¿Ha estado el niño fuera del país por más de un mes en el año? Sí No
 Si es así, Donde? _____

2. Por favor marque si el niño tiene dificultad con alguna de las siguientes. Incluya fechas e información adicional en la sección de comentarios.

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Sangrado | <input type="checkbox"/> conmoción cerebral | <input type="checkbox"/> Corazón | <input type="checkbox"/> Convulsiones | Un Plan de Acción de Asma ó Convulsiones completado por un proveedor de salud licenciado es requerido para todos los estudiantes con Asma ó Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Alergias | <input type="checkbox"/> Perforaciones/Tatuajes | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Infecciones | <input type="checkbox"/> Habla | |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas Óseos | <input type="checkbox"/> Emocional | <input type="checkbox"/> Riñón | <input type="checkbox"/> Cirugía | |
| <input type="checkbox"/> Conducta | <input type="checkbox"/> Intestino/Vejiga | <input type="checkbox"/> Audición | <input type="checkbox"/> Discapacidad Física | <input type="checkbox"/> Visión | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | | |

Comentarios: _____

3. ¿Tiene su niño alergias a medicina, látex o picadas de insectos? Sí No
 ¿A Qué?: _____ ¿Qué Pasa? _____

Tratamiento: _____

4. ¿Tiene su niño alergia a comida diagnosticado por un proveedor de salud licenciado? Sí No
 ¿A Qué?: _____ ¿Qué Pasa? _____

Tratamiento: _____

Un Plan de Acción de Alergia a la Comida completado por un proveedor de salud licenciado es requerido para todos los estudiantes con alergias.

5. ¿Ha sido visto su niño a un proveedor de la salud desde que la escuela terminó en junio? Sí No
 ¿Para Qué? _____

6. ¿Está su niño siendo tratado o evaluado por alguna condición de salud? Sí No
 Liste las condiciones: _____

7. ¿Está su niño tomando alguna medicina o en algún tratamiento? Sí No
 Nombre del medicamento o tratamiento: _____

¿Necesita su niño medicamentos durante las horas de escuela? *Si es así, contacte a la enfermera escolar para hacer arreglos.* Sí No

8. ¿Se le ha prescrito a su niño anteojos o lentes de contacto? Sí No
 Fecha del último examen: _____ Si su niño usa anteojos o lentes de contacto, ¿cuándo se cambió la prescripción por última vez? _____

9. ¿Ha tenido su niño trastornos emocionales (mudanza, muerte, separación, divorcio) desde que la escuela terminó en junio? Sí No
 Por favor liste: _____

Información Médica			
Médico Familiar:	_____	Teléfono	_____
Dentista Familiar:	_____	Teléfono	_____

- Yo doy permiso para que mi niño tome Acetaminofén (Tylenol®) como lo determine la enfermera. Sí No
- Yo doy permiso para que mi niño tome Ibuprofeno (Advil®) como lo determine la enfermera. Sí No
- Yo doy permiso para que mi niño tome crema de primeros auxilios ___ Caladryl® ___ Tums® Sí No

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha** _____

Procedimientos de Emergencia Escolar: Las escuelas han adoptado los siguientes procedimientos que serán implementados para cuidar a su niño cuando él/ella se enferme o lastime en la escuela. En emergencias extremas la escuela buscará cuidado médico inmediato.

- En caso de emergencia y/o necesidad de cuidado médico u hospitalario:
- | | |
|---|---|
| 1. La escuela llamará a la casa. Si no hay respuesta, | 5. Basado en el juicio médico del doctor de turno, el estudiante puede ser admitido a un centro médico local. |
| 2. La escuela llamará al padre/guardián 1º padre/guardián, 2º al lugar de trabajo del padre/guardián. Si no hay respuesta, | 6. La escuela continuará llamando a los padres, guardianes, y médicos hasta que alguien sea contactado. |
| 3. La escuela llamará a los otros números de teléfonos listados y al médico. | 7. La información en este formulario puede ser compartida con personal médico de emergencia. |
| 4. Si ninguno de estos responde, la escuela llamará una ambulancia, si es necesario, para transportar al estudiante a un centro médico local. | |
- Si yo no puedo ser contactado y las autoridades de la escuela han seguido los procedimientos descritos anteriormente, yo estoy de acuerdo en asumir todos los gastos de transporte y cuidado médico de este estudiante. También doy mi consentimiento para cualquier tratamiento, cirugía, procedimiento de diagnóstico o la administración de anestesia, lo cual se puede llevar a cabo basado en el juicio del médico de turno.

Firma del Padre/Guardián: _____ **Fecha:** _____



DEPARTMENT OF EDUCATION

Townsend Building
401 Federal Street Suite 2
Dover, Delaware 19901-3639
DOE WEBSITE: <http://www.doe.k12.de.us>

Susan S. Bunting, Ed.D.
Secretary of Education
Voice (302) 735-4000
FAX (302) 739-4654

Departamento de Educación de Delaware - Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar

Fecha: _____

Escuela: _____

Spanish

El Departamento de Educación de Delaware exige a las escuelas que determinen el/los idioma(s) que los estudiantes hablan en el hogar. La información proporcionada solo será utilizada para decidir si el estudiante reúne los requisitos para comenzar el proceso de adquisición del inglés como segunda lengua y no será utilizada para temas relacionados con la inmigración ni se informará a las autoridades migratorias.

Información sobre el estudiante

Nombre:			Pais de origen:	
Apellido:			Fecha de ingreso en EE. UU.:	
Fecha de nacimiento:			Fecha en la que el estudiante se inscribió por primera vez en una escuela de EE. UU.:	

Haga un círculo en los grados a los que su hijo asistió en escuelas de EE. UU.

PK K 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

¿Durante cuántos meses el estudiante ha estado inscrito en una escuela de EE. UU? _____

1. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

2. ¿Cuál es el idioma que su hijo usa con mayor frecuencia en el hogar?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

3. ¿Cuál es el idioma que usted utiliza con más frecuencia para hablar con su hijo?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

4. ¿Qué idioma (s) aparte del inglés se hablan en su casa?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

5. ¿Con qué idioma preferiría recibir información de la escuela?

Idioma: _____ | Dialecto: _____

Nombre del padre

Firma del padre

Fecha

LEA : Please have all families complete this home language survey at the student's initial enrollment in school. This form must be signed and dated by the parent or guardian and kept in the student's file. (If a language other than English or Non-US English is listed on questions 1-3, the LEA must continue with a records review, step 2 of the English learner identification process.)



Delaware

Department of Education

Preguntas de inscripción en Kindergarten

La experiencia de Pre-Kindergarten

1. **¿Su hijo(a) asistió a un pre escolar o un programa de cuidado diario en Delaware el año pasado?**

Circule: Si / No

2. **Si es sí, ¿ en que condado asistió su hijo al programa?**

Circule: Condado de New Castle / Condado de Kent / Condado de Sussex

3. **Si es sí, ¿ Cual es el nombre del programa?**
-

Gracias!



DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE
DELAWARE
PROGRAMA DE EDUCACIÓN MIGRANTE
Encuesta de Trabajo Agrícola

Spanish/English

Estimado Padre/Madre o Adulto responsable del estudiante,

Con el fin de servir mejor a su niño, _____, el distrito escolar Christina, está ayudando al estado de Delaware identificar a los estudiantes que pueden calificar para recibir servicios educativos y apoyo adicionales. **La información proporcionada será confidencial.** Por favor, conteste las siguientes preguntas y devuelva este formulario a la escuela de su hijo.

1. ¿En los últimos 3 años, su familia se ha cambiado de: a) un *distrito escolar* a otro; b) un estado a otro; c) otro país a Estados Unidos?

_____ SÍ _____ NO

Si es "NO", entonces no es necesario que complete el resto de esta encuesta. Si es "SI", por favor continúe.

2. ¿El motivo de este cambio ha sido por **buscar o aceptar** un empleo en una actividad agrícola o de pesca, o en alguna de las actividades enlistadas abajo? Conteste aunque tenga otro tipo de trabajo actualmente.

_____ SÍ _____ NO

Si es "SI", por favor marque todo lo que corresponda si usted, su esposo/a u otro miembro del hogar ha trabajado en/con:

Granja	Rastro/ Carnicería	Cultivar Césped	Invernadero
Lechería	Procesar carne/pescado	Empacar carne/alimentos	Plantar y cultivar árboles
Rancho	Cultivo de Arandanos	Granja de Hongos	Procesar alimentos
Enlatadora	Jugo Fresco/Congelado	Plantar, pizar o empacar	Procesar limento para mascota
Gallineros	Pescado y Marisco	frutas, vegetales, semillas, o	Desyerbar o preparar el terreno
Planta de Pollo/Pollera	Frutas secas/especias	nueces	para plantar

Favor de anotar otro trabajo/actividad agrícola o de pesca que usted, su esposo/a u otro miembro del hogar haya realizado:

Anote todos los niños y jóvenes entre **3-21 años de edad** en el hogar, incluyendo los que no asisten a la escuela:

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Edad	Grado	Escuela

Padre/Madre o Adulto responsable del estudiante: _____ Fecha: _____
 Dirección: _____ Ciudad _____ Zip _____
 Teléfono: _____ Hora disponible: _____ AM / PM Otro núm. De teléfono _____

DISTRICTS: a COPY of this form must be retained in the student's file to document compliance with the Title I, Part C federal program requirements. The ORIGINAL document must be submitted to the Delaware Department of Education Migrant Education Program Office via State mail to Code D370B or by U.S. Postal Service to 401 Federal Street, Suite 2, Dover, DE 19901.



2020 –2021 FORMULARIO DE INFORMACIÓN ACTUALIZADA DE ESTUDIANTES JÓVENES CONECTADOS CON LO MILITAR

Todas las escuelas públicas de Delaware comenzando en el año escolar 2016 – 2017 están requeridas a identificar anualmente a los estudiantes registrados que son “jóvenes conectados con lo militar” de acuerdo al 14 **DE Admin. Code 932**, 14 **Del.C. Capítulo 1, §122 (b) (28)**, 10 U.S.C. §101(d) (2014), y a la Ley reautorizada de Cada Estudiante Tiene Éxito (2015), 20 U.S.C. 6301 et seq. para poder posiblemente proporcionarle a sus estudiantes con apoyos y servicios adicionales si es necesario.

Por favor lea las siguientes declaraciones y marque la caja apropiada abajo.

- Si usted es el padre/madre o padrastro/madrastra, solamente marque la caja que específicamente aplica a usted, el estado de su situación de servicio y la rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos.
- Si usted es el padre/madre o padrastro/madrastra, que cumple con la definición de la caja uno o dos, y hay un miembro inmediato de la familia residiendo en la misma casa que cumple con la definición de la caja tres, entonces deberá marcar ambas cajas.
- Si su estudiante no es un/a “joven conectado con lo militar”, por favor marque la cuarta caja, “No Aplica”.

PADRES O PADRASTROS

“**Servicio Activo**” – Soy un padre/madre o padrastro/madrastra, quien es un miembro de las Fuerzas Armadas (Ejército de los Estados Unidos, Armada de los Estados Unidos, Fuerza Aérea de los Estados Unidos, Cuerpo de los Marines de los Estados Unidos, o el Guarda Costa de los Estados Unidos) en “**servicio activo**” de acuerdo a 10 U.S.C. §101(d) (2014), y a la Ley reautorizada de Cada Estudiante Tiene Éxito (2015), 20 U.S.C. 6301 et seq.

“**Servicio Activo/Retirado Recientemente/Reserva/Identificado Como un Veterano con Discapacidad/Muerto en Acción**” – Un padre/madre o padrastro/madrastra, *residiendo en la misma casa*, quien está en servicio activo, sirviendo en el componente de la reserva, identificado como un veterano con discapacidad, muerto en acción, o retirado recientemente (dentro de los 18 meses anteriores al 30 de septiembre del actual año escolar) de una rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos. Tales ramas consisten del Ejército de los Estados Unidos, la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, el Cuerpo de los Marines de los Estados Unidos, la Armada de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, el Guarda Costa de los Estados Unidos, la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de acuerdo al 14 **DE Admin. Code 932**, 14 **Del.C. Capítulo 1, §122 (b) (28)**, 10 U.S.C. §101(d) (2014).

MIEMBROS INMEDIATOS DE LA FAMILIA O CUALQUIER OTRA PERSONA RESIDIENDO EN LA MISMA CASA

“**Servicio Activo/Retirado Recientemente/Reserva/Identificado Como un Veterano con Discapacidad/Muerto en Acción**” – Un miembro inmediato de la familia, incluyendo un hermano/a o cualquier otra persona *residiendo en la misma casa*, quien está en servicio activo, sirviendo en el componente de la reserva, identificado como un veterano con discapacidad, muerto en acción, o retirado recientemente (dentro de los 18 meses anteriores al 30 de septiembre del año escolar actual) de una rama de las fuerzas armadas de los Estados Unidos. Tales ramas consisten del Ejército de los Estados Unidos, la Fuerza Aérea de los Estados Unidos, el Cuerpo de los Marines de los Estados Unidos, la Armada de los Estados Unidos, la Guardia Nacional, el Guarda Costa de los Estados Unidos, la Administración Nacional Oceánica y Atmosférica o el Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de acuerdo al 14 **DE Admin. Code 932**, 14 **Del.C. Capítulo 1, §122 (b) (28)**, 10 U.S.C. §101(d) (2014).

NO APLICA

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Maestro del Salón Principal: _____

Por favor devuelva este formular al maestro del salón principal de su estudiante en o antes del lunes, 21 de septiembre de 2020.

