



2018-2019 Lista del Paquete de Matriculación

INFORMACION DEL ESTUDIANTE – NOMBRE COMO APARACE EN ACTA DE NACIMIENTO U OTROS DOCUMENTOS LEGALES

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Grado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------	--

USTED DEBE PRESENTAR LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS AL MOMENTO DE MATRICULAR. EL PROCESO DE MATRICULACION NO SE PUEDE REALIZAR A MENOS QUE TENGAMOS TODOS LOS DOCUMENTOS SIGUIENTES:

- Prueba de Dirección (usar Formulario de Documentación de Residencia en Arizona #2306606)
- Cartilla de Vacunación
- Certificado Oficial de Nacimiento (copias no seran aceptadas)
- Carta de Baja Escolar y Boleta de Calificaciones de la Escuela Anterior
- Identificación del Padre/Tutor

Su paquete de matriculación incluye las siguientes formas para completar y regresar a la oficina escolar:

<input type="checkbox"/> Forma de Matriculación	<input type="checkbox"/> Cuestionario de Elegibilidad del Acto McKinney-Vento
<input type="checkbox"/> Autorización para Liberación y Petición de Archivos Estudiantiles	<input type="checkbox"/> PHLOTE Encuesta sobre el Idioma del Hogar
<input type="checkbox"/> Historia de Salud	<input type="checkbox"/> Formulario de Documentación de Residencia (#2306606)
<input type="checkbox"/> Cuestionario de Servicios Estudiantiles	<input type="checkbox"/> Forma 0506 (si es aplicable)

Por favor indique su preferencia para matricular en las Escuelas del Distrito Laveen al numerar (1-3), con 1 siendo su primera elección de escuela. Esto nos ayudara, si su primera elección no esta disponible:

___ Laveen Elementary School	___ Trailside Point School
___ Maurice C. Cash Elementary School	___ Desert Meadows School
___ Vista del Sur Accelerated Academy (Examen de Admision)	___ Rogers Ranch School
___ Cheatham Elementary School	___ Paseo Pointe School (Inmersión en Lenguaje Dual)

Yo entiendo que al solicitar matriculación en la Escuela de Elección del Distrito Laveen dependera del espacio disponible durante el año actual. Proveer información falsa puede resultar en que la matriculación sea negada o admision revocada.

**Estudiantes de Educación Especial seran considerados para colocación basada en las necesidades individuales de los estudiantes, escuelas, y/o disponibilidad de programas y composición de clases.

Si no es elegible para autobús escolar, transportación es la responsabilidad del padre o tutor legal.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

DISTRICT OFFICE USE ONLY

Date/Time Received:	<input type="checkbox"/> Sibling	<input type="checkbox"/> Walk Zone	<input type="checkbox"/> Employee	<input type="checkbox"/> Within	<input type="checkbox"/> OOD
---------------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------------------	---------------------------------	------------------------------

School # Assigned:	Date:
--------------------	-------

INFORMACION DEL ESTUDIANTE – NOMBRE COMO APARACE EN ACTA DE NACIMIENTO U OTROS DOCUMENTOS LEGALES

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Grado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------	--

DOCUMENTOS LEGALES

Por favor marque los articulos que aplican a este estudiante, y proporcione a la escuela con copias de los documentos relacionados:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Poder Notarial | <input type="checkbox"/> Tutela de la Corte-Nombrado Tutor |
| <input type="checkbox"/> Reporte del Department of Economic Security | <input type="checkbox"/> Custodia / Acuerdo de Tiempo de Crianza |
| <input type="checkbox"/> Orden de Protección Contra: | <input type="checkbox"/> Otro: |

INFORMACION DE LOS ANTECEDENTES DEL ESTUDIANTE

El estudiante ha sido retenido? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	El estudiante asistió a otra escuela en AZ? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si
Si, que grado / nivel escolar?	Si, cuál escuela / distrito?

El estudiante ha asistido a alguna de las Escuelas siguientes del Distrito Laveen: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si						Si, indica la escuela con el Año y Grado que asistió:					
Laveen Elementary	Año:	Grado:	Trailside Point	Año:	Grado:						
M. C. Cash Elementary	Año:	Grado:	Desert Meadows	Año:	Grado:						
Vista del Sur Accelerated	Año:	Grado:	Rogers Ranch	Año:	Grado:						
Cheatham Elementary	Año:	Grado:	Paseo Pointe	Año:	Grado:						

INFORMACION DE DISCIPLINA – SUSPENSION/EXPULSION

El estudiante ha sido suspendido de alguna escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Si, Fecha, Razon, Escuela/Distrito:
El estudiante ha sido expulsado de alguna escuela? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Si, Fecha, Razon, Escuela/Distrito:
Las acciones anteriores has sido recomendadas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Si, Fecha, Razon, Escuela/Distrito:

CUESTIONARIO DE TRANSPORTACION

Transportación del Estudiante A.M. (a la Escuela):				Transportación del Estudiante P.M. (a la Casa):			
<input type="checkbox"/> *Autobús Escolar	<input type="checkbox"/> Kids Klub	<input type="checkbox"/> *Autobús Escolar	<input type="checkbox"/> Kids Klub				
<input type="checkbox"/> Padres	<input type="checkbox"/> Bicicleta	<input type="checkbox"/> Padres	<input type="checkbox"/> Bicicleta				
<input type="checkbox"/> Camina	<input type="checkbox"/> Guardería: _____	<input type="checkbox"/> Camina	<input type="checkbox"/> Guardería: _____				

* Si elegible, sera proporcionado con el horario, lugar y Regas del Autobús, que deben ser firmados y devueltos al Conductor del Autobús. Servicios deTransportación para Estudiantes es un privilegio y no un derecho. El Distrito puede revocar los privilegios de autobús para cualquier estudiante que no siga las Reglas del Autobús o siga las instrucciones del Conductor u otro adulto supervisor.

CONTACTOS DE EMERGENCIA DEL ESTUDIANTE: OTRAS PERSONAS APARTE DEL PADRE/TUTOR

Si mi hijo es enviado a casa o debe salir de la escuela y yo no estoy disponible, yo autorizo que las siguientes personas pueden asumir la custodia temporal y responsabilidad de mi hijo. Yo entiendo que si el nombre de la persona recogiendo a mi hijo no esta en la lista o la persona no tiene identificación, mi hijo no sera liberado de la escuela a esa persona.

1 Relación: <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Amigo Familiar <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Hermano 18+ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Trbjdra Social <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Primo 18+	Apellido, Primer Nombre (como aparece en licencia para conducir)	Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
2 Relación: <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Amigo Familiar <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Hermano 18+ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Trbjdra Social <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Primo 18+	Apellido, Primer Nombre (como aparece en licencia para conducir)	Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
3 Relación: <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Amigo Familiar <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Hermano 18+ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Trbjdra Social <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Primo 18+	Apellido, Primer Nombre (como aparece en licencia para conducir)	Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
4 Relación: <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Amigo Familiar <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Hermano 18+ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Trbjdra Social <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Primo 18+	Apellido, Primer Nombre (como aparece en licencia para conducir)	Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
5 Relación: <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Amigo Familiar <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Hermano 18+ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Trbjdra Social <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Primo 18+	Apellido, Primer Nombre (como aparece en licencia para conducir)	Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
6 Relación: <input type="checkbox"/> Tia <input type="checkbox"/> Amigo Familiar <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Hermano 18+ <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tio <input type="checkbox"/> Trbjdra Social <input type="checkbox"/> Guardería <input type="checkbox"/> Primo 18+	Apellido, Primer Nombre (como aparece en licencia para conducir)	Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	Número <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo

Yo afirmo que toda la información en esta forma es correcta, yo entiendo que es mi responsabilidad de notificar a la escuela por escrito si hay algun cambio, y yo lei y entendi toda la información proporcionada en esta forma de matriculación.

Firma del Padre/Tutor:

Fecha:



Authorization for Release of and Request for Student Records

REV 01/26/17

INFORMACION DEL ESTUDIANTE – NOMBRE COMO APARACE EN ACTA DE NACIMIENTO U OTROS DOCUMENTOS LEGALES

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Grado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------	--

INFORMACION SOBRE LA ESCUELA ANTERIOR

Nombre de la Escuela Mas Reciente cual Asistió:	Nombre del Distrito:
---	----------------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Teléfono	Fax	Correo Electrónico
----------	-----	--------------------

Please forward the following cumulative information and records for the student names above to the school and address indicated below, except special education records:

- All Transcripts
- Report Cards
- Test Scores
- English Language Learner Records
- Immunization/Health Records
- Gifted Records
- Withdrawal Forms
- Discipline Records
- Birth Certificate / Passport / Baptismal Certificate and/or Application for Social Security Number

STUDENT ENROLLED AT THE FOLLOWING LAVEEN DISTRICT SCHOOL: (MARQUE UNA)

<input type="checkbox"/> Laveen Elementary 4141 W. McNeil Street, Laveen, AZ 85339 (602) 237-9110 Ext. 3103 / (602) 237-9134 (fax)	<input type="checkbox"/> Trailside Point School 7275 W. Vineyard Road, Laveen, AZ 85339 (602) 605-8540 Ext. 3503 / (602) 605-8545 (fax)
<input type="checkbox"/> Maurice C. Cash Elementary School 3851 W. Roeser Road, Phoenix, AZ 85041 (602) 237-9120 Ext. 3203 / (602) 237-9133 (fax)	<input type="checkbox"/> Desert Meadows School 6855 W. Meadows Loop East, Laveen, AZ 85339 (602) 304-2020 Ext. 3603 / (602) 304-2025 (fax)
<input type="checkbox"/> Vista del Sur Accelerated Academy 3908 W. South Mountain Avenue, Laveen, AZ 85339 (602) 237-3046 Ext. 3303 / (602) 237-1976 (fax)	<input type="checkbox"/> Rogers Ranch School 6735 S. 47 th Avenue, Laveen, AZ 85339 (602) 304-2030 Ext. 3703 / (602) 304-2035 (fax)
<input type="checkbox"/> Cheatham Elementary 4725 W. South Mountain Avenue, Laveen, AZ 85339 (602) 237-7040 Ext. 3403 / (602) 237-3376 (fax)	<input type="checkbox"/> Paseo Pointe School 8800 S. 55 th Avenue, Laveen, AZ 85339 (602) 304-2040 Ext. 3803 / (602) 304-2045 (fax)

SPECIAL EDUCATION RECORDS FOR ALL SCHOOLS TO:

Laveen Elementary School District
 ATTN: Student Services
 5001 W. Dobbins Road, Laveen, AZ 85339
 (602) 237-9100 Ext. 3059 / (602) 237-9130 (fax)
 spedrecords@laveeneld.org

YO, PADRE/TUTOR, AUTORIZO LA LIBERACION DE ARCHIVOS ESTUDIANTILES DEL ESTUDIANTE NOMBRADO ARRIBA AL DISTRITO ESCOLAR LAVEEN

Firma del Padre/Tutor:	Fecha:
------------------------	--------

SCHOOL OFFICE USE ONLY

1 st Request: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mail	Requested By:
2 nd Request: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mail	Requested By:
3 rd Request: <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Mail	Requested By:

INFORMACION DEL ESTUDIANTE – NOMBRE COMO APARACE EN ACTA DE NACIMIENTO U OTROS DOCUMENTOS LEGALES

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Grado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------	--

HISTORIA MEDICA

Por favor marque los articulos que aplican a este estudiante:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alergias (fiebre de heno)
<input type="checkbox"/> Alergia a Medicamento: _____
<input type="checkbox"/> Reacción Alérgica: _____
<input type="checkbox"/> Alergias (comida): _____
<input type="checkbox"/> Artritis
<input type="checkbox"/> Asma
<input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit de Atención/Hiperactividad
<input type="checkbox"/> Problemas de Conducta
<input type="checkbox"/> Defecto de Nacimiento
<input type="checkbox"/> Desorden Sangrante
<input type="checkbox"/> Cáncer/Leucemia
<input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Pecho/Pulmon
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Desorden Alimenticio
<input type="checkbox"/> Problemas Gastrointestinales
<input type="checkbox"/> Problemas Genitourinarios
<input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos
<input type="checkbox"/> Migrañas
<input type="checkbox"/> Desorden Neurológico
<input type="checkbox"/> Discapacidad Física
<input type="checkbox"/> Desorden Psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Convulsiones (Epilepsia)
<input type="checkbox"/> Otro: _____ |
|---|---|

HISTORIA DE LA AUDICION

Por favor marque los articulos que aplican a este estudiante:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Audífonos
<input type="checkbox"/> Infecciones Crónicas del Oído | <input type="checkbox"/> Hipoacusia Conocida
<input type="checkbox"/> Tubos en los Oídos |
|--|---|

HISTORIA DE LA VISION

Por favor marque los articulos que aplican a este estudiante:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Deficiencia de Color
<input type="checkbox"/> Conocida Pérdida de la Visión | <input type="checkbox"/> Usa Contactos
<input type="checkbox"/> Usa Anteojos |
|---|---|

MEDICAMENTO

 Su hijo toma medicamento diario: No Si

 Si, especificar : _____

Las escuelas no ofrecen medicamento. Los padres deben proporcionar medicamentos y llenar una forma para la administración de medicamentos en la escuela. Los estudiantes no deben llevar medicamento al recinto escolar al menos que sea aprobado por la oficina de salud. Todos los medicamentos entregados a la oficina de salud deben ser transportados por un adulto.

OTRA INFORMACION DE SALUD

Nombre del Médico	Teléfono	Hospital
-------------------	----------	----------

Cirugías/Hospitalizaciones:

Otra Información de Salud:

 Estudiante tiene seguro? No Si

 Usted da consentimiento para que su estudiante reciba cuidado y tratamiento por lesiones pequeñas y enfermedades? Si No

 Usted da consentimiento a la escuela para proveer cuidado y tratamiento a su hijo/a? Si No

Yo, al firmar debajo, autorizo a los funcionarios del Distrito Escolar Laveen #59 a comunicarse con la(s) persona(s) apuntadas, en caso de que yo no este disponible. En caso de emergencia y si los padres no son localizados, yo autorizo a los funcionarios del Distrito Escolar Laveen #59 para tomar cualquier acción necesaria para la salud y seguridad de dicho niño.

No sostendré al Distrito Escolar Laveen #59 responsable de la atención de emergencia médica o transporte de dicho niño.

Firma del Padre/Tutor:

Fecha:

INFORMACION DEL ESTUDIANTE – NOMBRE COMO APARACE EN ACTA DE NACIMIENTO U OTROS DOCUMENTOS LEGALES

Apellido del Estudiante	Primer Nombre del Estudiante	Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA)	Grado	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
-------------------------	------------------------------	----------------------------------	-------	--

INFORMACION DE EDUCACION ESPECIAL
Su estudiante recibe servicios de educacion especial o 504 en su escuela anterior?
 No No, por favor deje en blanco debajo. **Si** Si, por favor complete el resto del cuestionario.

SELECCIONE SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL RECIBIDOS O 504:

<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Discapacidades Múltiples	<input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédico	<input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática
<input type="checkbox"/> Retraso en el Desarrollo	<input type="checkbox"/> Retraso Mental Leve	<input type="checkbox"/> Retraso Mental Severo	<input type="checkbox"/> Discapacida Visual
<input type="checkbox"/> Discapacidad Emocional	<input type="checkbox"/> Retraso Mental Moderado	<input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje Especifico	<input type="checkbox"/> Plan 504: _____
<input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva	<input type="checkbox"/> Otra Discapacidad de Salud	<input type="checkbox"/> Discapacidad de Habla/Lenguaje	<input type="checkbox"/> Otro: _____

INFORMACION DE LA ESCUELA ANTERIOR

Nombre de la Escuela Mas Reciente cual Asistió:		Nombre del Distrito:	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Fax	Correo Electrónico	

INFORMACION DEL ESTUDIANTE Y PADRE

Dirección Principal del Estudiante	Ciudad	Estado	Código Postal
Nombre del Padre	Número Teléfono Principal <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo		

 Tiene copia del IEP mas reciente o Plan 504? Si No Tiene copia del Informe de Evaluación Psicológica mas reciente (MET)? Si No
Si tiene copias de IEP e Informe MET mas recientes, por favor proporcione una copia a la escuela o la oficina Servicios Estudiantiles en Laveen Education Center (Distrito).
Yo por la presente certifico que soy el padre o tutor legal del niño y que toda la información arriba es verdadera y correcta. Yo por la presente autorizo la liberación de archivos de educacion especial.

Firma del Padre/Tutor:

Fecha:

SCHOOL OFFICE USE ONLY

School#:	SAIS#:	Student ID:
Sent to Student Services by:		Date:



Estado de Arizona
Departamento de Educación
Servicios de Aprendizaje del Inglés

Idioma Principal en el Hogar excluyendo el inglés (PHLOTE)
Encuesta sobre el Idioma en el Hogar
(Efectivo el 4 de abril de 2011)

Preguntas en conformidad con R7-2-306(B)(1), (2)(a-c) del Reglamento de la Junta Directiva.

Las respuestas que proporcione a las preguntas siguientes serán usadas para determinar si se evaluará la competencia en el idioma inglés de su hijo(a).

1. **¿Cuál idioma se habla principalmente en su hogar sin considerar el idioma que habla el estudiante?** _____
2. **¿Cuál idioma habla el estudiante con mayor frecuencia?** _____
3. **¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante?** _____

Nombre del estudiante _____ Núm. de identificación _____

Fecha de nacimiento _____ Núm. de SAIS _____

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Distrito o Charter _____

Escuela _____

Please provide a copy of the Home Language Survey to the ELL Coordinator/Main Contact on site.

In SAIS, please indicate the student's home or primary language.



Departamento de Educación de Arizona
Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante _____ Nombre de Escuela _____

Distrito Escolar o Escuela Chárter _____

Padre/Tutor Legal _____

Como el padre del estudiante o representate legal, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestra mi nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- ___ Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- ___ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- ___ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- ___ Contrato de renta de casa/residencia
- ___ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- ___ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- ___ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- ___ Talón del cheque de paga
- ___ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- ___ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- ___ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.
- ___ Temporal instalacion de familias militares.

Firma del padre/tutor legal

Fecha



Estado de Arizona Declaración Jurada de Residencia Compartida

Juro o afirmo soy un residente del Estado de Arizona y que las siguientes personas viven conmigo en mi residencia, se describe de las siguiente manera:

Las personas que viven con migo:

Ubicación de me residencia:

Yo presento en apoyo de esta declaración una copia del siguiente documento que muestra mi nombre y dirección de residencia actual o descripción física de mi propiedad.

Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo

- Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- Contrato de renta de casa/residencia
- Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- Factura de tarjeta de crédito o de banco
- Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- Talón del cheque de paga
- Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.

Nombre impreso del declarante: _____

Firma del declarante: _____

Acknowledgement

Estado de Arizona
Condado de Maricopa

Lo anterior fue reconocido ante me este ____ día de _____, 20____,
Por _____.

Notario Publico

Mi comisión se vence: _____

**U.S. Department of Education
Office of Indian Education
Washington, DC 20202
TITLE VI ED 506 INDIAN STUDENT ELIGIBILITY CERTIFICATION FORM**

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count. You are not required to complete or submit this form. However, if you choose not to submit a form, your child cannot be counted for funding under the program. **This form should be kept on file and will not need to be completed every year.** Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. § 1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

STUDENT INFORMATION

Name of the Child _____ Date of Birth _____ Grade _____
(As shown on school enrollment records)

Name of School _____

TRIBAL ENROLLMENT

Name of the individual with tribal enrollment: _____
(Individual named must be a descendent in the first or second generation)

The individual with tribal membership is the: _____ Child _____ Child's Parent _____ Child's Grandparent

Name of tribe or band for which individual above claims membership: _____

The Tribe or Band is (select only one):

- _____ Federally Recognized
- _____ State Recognized
- _____ Terminated Tribe (Documentation required. Must attach to form)
- _____ Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994. (Documentation required. Must attach to form)

Proof of enrollment in tribe or band listed above, as defined by tribe or band is:

A. Membership or enrollment number (if readily available) _____ OR

B. Other Evidence of Membership in the tribe listed above (describe and attach) _____

Name and address of tribe or band maintaining enrollment data for the individual listed above:

Name _____ Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

ATTESTATION STATEMENT

I verify that the information provided above is accurate.

Name Parent/Guardian _____ Signature _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Email Address _____ Date _____

INSTRUCTIONS FOR THE ED 506 FORM

FOR APPLICANTS:

PURPOSE: To comply with the requirements in 20 USC 7427(a), which provides that: “The Secretary shall require that, as part of an application for a grant under this subpart, each applicant shall maintain a file, with respect to each Indian child for whom the local educational agency provides a free public education, that contains a form that sets forth information establishing the status of the child as an Indian child eligible for assistance under this subpart, and that otherwise meets the requirements of subsection (b)”.

MAINTENANCE: A separate ED 506 form is required for each Indian child that was enrolled during the count period. A new ED 506 form does **NOT** have to be completed each year. All documentation must be maintained in a manner that allows the LEA to be able to discern, for any given year, which students were enrolled in the LEA’s school(s) and counted during the count period indicated in the application.

FOR PARENTS/GUARDIANS:

DEFINITION: Indian means an individual who is (1) A member of an Indian tribe or band, as membership is defined by the Indian tribe or band, including any tribe or band terminated since 1940, and any tribe or band recognized by the State in which the tribe or band resides; (2) A descendant of a parent or grandparent who meets the requirements described in paragraph (1) of this definition; (3) Considered by the Secretary of the Interior to be an Indian for any purpose; (4) An Eskimo, Aleut, or other Alaska Native; or (5) A member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect on October 19, 1994.

STUDENT INFORMATION: Write the name of the child, date of birth and school name and grade level.

TRIBAL ENROLLMENT INFORMATION: Write the name of the individual with the tribal membership. Only one name is needed for this section, even though multiple persons may have tribal membership. Select only one name: either the child, child’s parent or grandparent, for whom you can provide membership information.

Write the name of the tribe or band of Indians to which the child claims membership. The name does not need to be the official name as it appears exactly on the Department of Interior’s list of federally-recognized tribes, but the name must be recognizable and be of sufficient detail to permit verification of the eligibility of the tribe. Check only one box indicated whether it is a Federally Recognized, State Recognized, Terminated Tribe or Organized Indian Group. If Terminated Tribe or Organized Indian Group is elected, additional documentation is required and must be attached to this form.

- **Federally Recognized-** an American Indian or Alaska Native tribal entity limited to those indigenous to the U.S. The Department of Interior maintains a list of federally-recognized tribes, which OIE can provide you upon request.
- **State Recognized-** an American Indian or Alaska Native tribal entity that has recognized status by a State. The U.S. Department of Education does not maintain a master list. It is recommended that you use official state websites only.
- **Terminated Tribe-**a tribal entity that once had a federally recognized status from the United States Department of Interior and had that designation terminated.
- **Organized Indian Group-** Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Write the enrollment number establishing the membership of the child, if readily available, or other evidence of membership. If the child is not a member of the tribe and the child’s eligibility is through a parent or grandparent, either write the enrollment number of the parent or grandparent, or provide other proof of membership. Some examples of other proof of membership may include: affidavit from tribe, CDIB card or birth certificate. Write the name and address of the organization that maintains updated and accurate membership data for such tribe or band of Indians.

ATTESTATION STATEMENT: Provide the name, address and email of the parent or guardian of the child. The signature of the parent or guardian of the child verifies the accuracy of the information supplied.

The Department of Education will safeguard personal privacy in its collection, maintenance, use and dissemination of information about individuals and make such information available to the individual in accordance with the requirements of the Privacy Act.

PAPERWORK BURDEN STATEMENT According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 1810-0021. The time required to complete this portion of the information collection per type of respondent is estimated to average: 15 minutes per Indian student certification (ED 506) form; including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. If you have comments or concerns regarding the status of your individual submission of this form, write directly to: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W203, Washington, D.C. 20202-6335. OMB Number: 1810-0021 Expiration Date: 02/29/2020.