

5) INFORMACIÓN DE SALUD

Marque todo lo que proceda:

- No se conoce algún problema de salud** Comentarios:
- Alergias (favor de explicar)
- Deficiencia de atención/hiperactividad
- Asma (depende de inhalador*)
- Diabético (depende de insulina*)
- Convulsiones/Epilepsia (requiere medicamento*)
- Cirugías
- Enfermedades graves (favor de explicar)
- Otro medico (favor de explicar)
- Otros medicamentos (favor de explicar)

Comentarios:

*** REQUIERE NOTA DEL MEDICO/COMPLETAR
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA
** LEA EL MANUAL PARA PADRES PARA MÁS
INFORMACIÓN ACERCA DE SERVICIOS DE SALUD**

6) PROGRAMAS ESPECIALES

- Sí, mi hijo/a tiene un Plan de Educación** Educación de dotados y talentosos (GATE) Individual vigente (IEP)
- Plan de Conducta/Contrato de Conducta
- Terapia de habla Equipo de estudio estudiantil (SST) Programa de Especialista de Recursos (RSP) Foster/Hogar de Crianza
- Clase especial diurna (SDC) Sin Hogar/McKinney-Vento Plan 504 Adaptado Ninguno aplica
- Mi hijo/a ha sido evaluado para educación especial Otro _____

7) PREVIO HISTORIAL DE CONDUCTA

SUSPENSIÓN:

- Mi hijo/a fue previamente suspendido/a de una escuela publica/privada.*

EXPULSIÓN:

- Mi hijo/a fue expulsado/a de una escuela publica/privada.*
- Mi hijo/a **ésta actualmente** siendo recomendado/a a una expulsión de una escuela publica/privada o del distrito.*

***Por la ley los padres son exigidos divulgar esta información (EC 48918)**

8) ETNICIDAD DEL ALUMNO

- No, no es hispano o latino Sí, es hispano o latino

9) RAZA DEL ALUMNO (elija uno o más)

- Indígena americana o de Alaska Filipino Coreano Tahitiano Indio asiático Guamaniano Laosiano Vietnamita
- Negro o afroamericano Hawaiano Otro asiático Caucásico Camboyano Hmong Otro isleño pacifico
- Chino Japonés Samoano

***** FIRMA DE PADRE/TUTOR*****

Mi firma certifica que toda la información proporcionada dentro de este formulario es correcta. Comprendo que los cambios de domicilio, teléfono e/o información de emergencia deben ser reportados a la escuela dentro 24 horas para la seguridad de mi hijo/a.

Firma del Padre/Tutor

Fecha:

El Distrito Escolar Unificado de Riverside prohíbe la discriminación, acoso, intimidación, o acoso estudiantil, en todos los programas del distrito, actividades, y empleo en base a ascendencia aparente o percibida, edad, color, discapacidad, género, identidad de género, expresión de género, nacionalidad, raza o etnicidad, religión, sexo, orientación sexual, estado civil o parental, embarazo, o la asociación con una persona o grupo con una o más de estas características actuales o percibidas. Si tiene alguna queja o pregunta acerca de esta política, comuníquese con: Director de Servicios Estudiantiles o Agente de quejas del Distrito - 5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504, (951)788-7135 o (951)352-1200 REV. 02/22

SOLO USO DE OFICINA

GRADE: _____ Student ID: _____ REGISTRATION COMPLETE

DOCUMENTS VERIFIED: Birth Verification Transcripts Photo ID Emergency Card Student Housing Questionnaire

Caregiver Immunization record Home Language Survey Proof of Address Physical

Mandatory Parent Notification Receipt Proof #1 Date: _____ Custody documents

Parent Handbook Proof #2 Date: _____ Health History Form Lunch Application

SCHOOL OF RESIDENCE:

Sr. Timothy R. Walker, Superintendente Auxiliar, Servicios Estudiantiles/SELPA

Sr. Raúl Ayala, Director de Servicios Estudiantiles

Ciclo Escolar 2023-2024 – Estableciendo Comprobante de Residencia

De acuerdo con el Código de Educación de California, el comprobante de residencia se debe establecer antes de la inscripción en la escuela. Para establecer la residencia, los padres/tutores deben presentar al menos dos documentos de la lista a continuación, que incluya el nombre del padre/tutor y la dirección actual en la Ciudad de Riverside. **Los documentos deben de tener la fecha dentro de los treinta (30) días anteriores a su presentación al personal del plantel escolar.**

Los Sigüientes Documentos son Aceptables Para Establecer la Residencia:

- Documentos de depósito en garantía, con fecha de cierre no mayor a 30 días a partir de la fecha actual. (Tome en cuenta: Las escuelas pueden solicitar los documentos finales de cierre después de la fecha de 30 días para asegurar la residencia).
- Contrato de arrendamiento/alquiler *con* el recibo del dueño de la propiedad;
- Estado hipotecario;
- Contrato de servicios públicos, declaraciones o recibos (proveedores de gas, electricidad, agua).
- Verificación de la dirección del empleador (es decir, talón de pago);
- Comprobante de seguro - automóvil o vivienda;
- Recibo de pago electrónico, pagos mensuales o depósito de seguridad o cheques cancelados;
- Facturas de proveedores médicos, (Ejemplo Kaiser Permanente)
- Correo de la dirección anterior con la estampa de la dirección de reenvío con la nueva dirección - confirmación en línea;
- Correo de agencias gubernamentales, estatales o federales; (es decir, Medi-Cal, cupones de alimentos, pagos aplicados por el tribunal para la manutención de menores, registro ante el Dpto. de Vehículos Motorizados (DMV), citación judicial, documento de autoridad de vivienda, Dpto. de Servicios Públicos Sociales (DPSS) del condado, médico, Cal Works, declaraciones de manutención de menores, registro de votantes, impuestos;
- Documentos judiciales relacionados con el cuidado de crianza, la tutela, u órdenes del tribunal de custodia/patria potestad.

Documentos que NO se Aceptan:

- Facturas de Cable/TV, Basura, facturas de Teléfono/Móvil
- Estados de cuenta
- Correo no deseado (Anuncios/promociones)
- Licencia de Conducir
- Orden de Alejamiento
- Extracto de cuenta Bancaria

Revisado 2/2023

RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

3380 14th Street
Riverside, CA 92501
951-788-7135

BUSINESS SERVICES

6050 Industrial Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-6729

CENTRAL REGISTRATION CENTER

5700 Arlington Avenue
Riverside, CA 92504
951-352-1200



Cuestionario de Residencia del Estudiante

Apellido del Estudiante	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Numero de ID

La información proveída debajo ayudará a que la Agencia Local de Educación determine qué servicios usted o su hijo puede recibir si es elegible. Esto podría incluir servicios adicionales a través de Título I, Parte A y/o la ley federal de asistencia McKinney-Vento. La información proveída en este formulario se mantendrá confidencial y solamente será compartida con el personal apropiado del distrito y de la escuela.

Actualmente, ¿está usted y / o su familia viviendo en alguna de las siguientes situaciones? **Marque todo lo que corresponda.**

- Viviendo en una residencia de una sola familia que es permanente
- Viviendo en un hogar de refugio (refugio para familias, víctimas de violencia doméstica, o jóvenes) o un remolque de la Agencia Federal para el Manejo de Emergencias (FEMA)
- Compartiendo vivienda con otros debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastre natural, falta de vivienda adecuada o una razón similar con otros
- Viviendo en un automóvil, parque, campamento, edificio abandonado u otro alojamiento inadecuado (es decir, falta de agua, electricidad o calefacción)
- Viviendo temporalmente en un motel / hotel debido a pérdida de vivienda, dificultades económicas, desastres naturales, etc.
- Soy un estudiante menor de 18 años y vivo separado de mis padres o tutores

El padre / tutor, abajo firmante, certifica que la información proporcionada anteriormente es correcta y precisa.

Nombre del Padre/Tutor	Firma	Fecha

Numero de Telefono	Domicilio	Ciudad	Estado	Zona Postal

Enumere todos los niños en edad escolar que viven actualmente con usted:

Nombre	M/F/Non binario	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela

Su hijo o hijos pueden tener derecho a:

- Inscripción inmediata en la última escuela a la que asistieron (escuela de origen) o en la escuela local donde se encuentra actualmente, incluso si no tiene todos los documentos que normalmente se requieren en el momento de la inscripción.
- Continuar asistiendo a su escuela de origen, si así lo solicita y le conviene estudiante.
- Recibir transporte hacia y desde su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si es necesario, que se brindan a todos los demás niños, incluidas las comidas gratuitas y el Título I.
- Recibir las protecciones y los servicios completos proporcionados por todas las leyes federales y estatales, en lo que respecta a los niños, los jóvenes y sus familias sin hogar.

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, comuníquese con el enlace local para personas sin hogar, **Chris Sewell, por teléfono al (951) 352-1200 o por correo electrónico csewell@riversideunified.org**

PARA USO DE PERSONAL LOCAL SOLAMENTE (FOR SCHOOL OFFICE USE ONLY)

If student qualifies for homeless programs scan and email this form to Michelle Paulos in Pupil Services: mpaulos@riversideunified.org

Name of school site personnel receiving this form: _____

Distrito escolar unificado de Riverside
Departamento de investigación, asesoramiento y evaluación

Encuesta de Idiomas del Hogar

Assessment Center Use Only:	STU-ID: _____
School Year _____	School: _____
Appointment Date: _____	Time: _____
Distribution: Original = Cum	Copy = Assessment Center (Fax 80881)
Calif. Ed. Code §52164.1.a	Required per NCLB & Title III Regulations

Instrucciones para padres y tutores: El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un examen de proficiencia en inglés a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Las respuestas a esta encuesta del idioma ayudarán al personal de la escuela saber si el estudiante debe tomar el examen. Esta información es esencial para que la escuela pueda proveer programas y servicios adecuados a los estudiantes.

Como padre o tutor, su cooperación es necesaria para cumplir con estos requisitos. Por favor responda a cada una de las cuatro preguntas siguientes de la forma más precisa posible. Para cada pregunta, escriba el nombre(s) del idioma(s) que corresponde en el espacio suministrado. Por favor, responda a todas las preguntas. Sí contestó con error a las preguntas de esta encuesta de idioma, Ud. puede solicitar corrección de su respuesta antes de que la proficiencia de su

Alumno: _____	_____	_____	_____	_____
<i>Apellido</i>	<i>Primero</i>	<i>Segundo</i>	<i>Grado</i>	<i>Fecha de nacimiento</i>
_____	_____	_____	_____	_____
<i>Domicilio</i>	<i>Apt. #</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Area postal</i>
_____	_____	_____	_____	_____
<i>Teléfono</i>				
1. _____	_____	2. _____	_____	_____
<i>Nombre de la escuela, distrito escolar anterior</i>	<i>Ciudad, Estado</i>	<i>Nombre de la escuela, distrito escolar anterior</i>	<i>Ciudad, Estado</i>	

Es necesario que por favor lea y conteste las siguientes preguntas cuidadosamente para que su respuesta ayude a la escuela en planificar el programa educativo más apropiado para su hijo(a):

1. **Cuando su hijo(a) empezó a hablar ¿cuál idioma aprendió primero?**

2. **¿Cuál idioma usa principalmente su hijo(a) cuando conversa en la casa?**

3. **¿Cuál idioma usa Ud. con mas frecuencia cuando habla con su hijo(a)?**

4. **¿Cuál idioma hablan los adultos con más frecuencia en la casa?**

¿Le gustaría recibir correspondencia de la escuela traducido al español o inglés? Inglés Otro idioma _____
Nombre del otro idioma

X _____ / _____
Firma del Padre/tutor / Fecha

Nombre escrito del Padre/tutor

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
Servicios de salud
5700 Arlington Avenue, Riverside, CA 92504
FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD CONFIDENCIAL

Escuela _____

Nombre del alumno/a _____ Masculino Femenino No binario

Fecha de nacimiento _____ Edad _____ Grado _____

Mi hijo/a no tiene ningún problema de salud en este momento.

Si su hijo/a tiene problemas de salud por favor conteste las siguientes preguntas:

¿Toma su hijo/a medicamentos en regularmente? Sí No ¿Durante el horario escolar? Sí No Si sí,

Nombre del medicamento _____ Nombre del medicamento _____

Si su hijo necesita tomar medicamentos recetados o sin receta durante el día escolar, complete el formulario de autorización de padres/médico para la administración del medicamento y regrese a la oficina de la escuela. (Un formulario para cada medicamento)

Marque la caja y explique si su hijo tiene antecedentes de o ahora tiene alguna de las condiciones o problemas.

Asma

Convulsiones

- Fecha de la última convulsión _____
- Tipo de convulsión _____
- Actualmente toma medicamentos para las convulsiones _____

Alergias

- Abejas _____
- Comidas _____
- Alérgico al medicamento _____
- Otro _____

Limitaciones físicas _____

- Equipo especializado necesario en casa
- Equipo especializado necesario en la escuela

Intolerancia a la lactosa

Soplo /enfermedad del corazón _____

Otras condiciones _____

Diabetes **Tipo I** **Tipo II**

- ¿Ha sido su hijo/a hospitalizado debido a la diabetes? Sí No
Si sí, de la fecha y explique el procedimiento del hospital: _____
- ¿Puede su hijo/a vigilar su nivel de glucosa sanguínea independientemente? Sí No
- ¿Puede su hijo darse cuenta si está teniendo síntomas de alto o bajo nivel de glucosa sanguínea? Sí No
Si sí, ¿cuáles son sus síntomas? _____
- ¿Alguna vez se le ha dado a su hijo/a Glucagon? Sí No Última vez administrado: _____

¿Está su hijo actualmente bajo el cuidado médico por alguno de los de arriba? Sí No
Si sí: Nombre del médico _____ Teléfono _____ Fax _____

Domicilio _____

Por medio de la presente doy permiso que se comparta la información pertinente a la salud de mi hijo/a con el personal escolar que necesite conocerla.

Firma de los padres/tutor legal _____ **Fecha** _____

For Office Use Only:

Original to Cum Faxed to District Nurse 951-274-4200 (Internal #83100) Health Assistant Teacher



GRADO	NÚMERO DE DOSIS REQUERIDAS DE CADA VACUNA ^{1, 2, 3}				
Ingreso a TK-12 °	4 Polio ⁴	5 DTaP ⁵	3 Hep B ⁶	2 MMR ⁷	2 Varicela
(7°-12°) ⁸	Dosis para TK-12° + 1 Tdap				
Paso a 7° grado ^{9,10}		1 Tdap ⁸			2 Varicela ¹⁰

- Los requisitos para ingresar a TK-12 también aplican a alumnos de transferencia.
- Las vacunas combinadas (p. ej., MMRV) cumplen con los requisitos para componentes individuales de cada vacuna. Las dosis de DTP cuentan hacia el requisito de DTaP.
- Cualquier vacuna que se aplicó cuatro días o menos antes de la edad mínima requerida es válida.
- Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después.
- Cuatro dosis de la vacuna DTaP cumplen con el requisito si por lo menos una de las dosis se aplicó al cumplir los cuatro años de edad o después. Tres dosis cumplen con el requisito si por lo menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP se aplicó al cumplir los siete años de edad o después (también cumple con el requisito de Tdap para alumnos de 7°-12° grado. Vea nota 8). Una o dos dosis de la vacuna Td que se aplicaron al cumplir los siete años de edad o después también cuenta hacia el requisito para el ingreso a TK-12°.
- Para el paso a 7° grado, consulte al Código de Salud y Seguridad, sección 120335, subdivisión (c).
- Dos dosis de la vacuna contra el sarampión, dos dosis de la vacuna contra las paperas y una dosis de la vacuna contra la rubéola cumplen el requisito, por separado o en conjunto. Sólo las dosis administradas al cumplir el 1er año de edad o después cumplen con el requisito.
- Se requiere al menos una dosis con protección contra la pertussis (tos ferina) al cumplir los siete años de edad o después para todos los alumnos de 7°-12° grado.
- Para niños en escuelas sin grados, los alumnos de 12 años de edad o mayor necesitan cumplir con los requisitos para el paso a 7° grado.
- El requisito de varicela para el paso a 7° grado vence después del 30 de junio del 2025.

DTaP/Tdap= vacuna contra el tétanos, la difteria y la tos ferina acelular

Hep B= vacuna contra la hepatitis B

MMR= vacuna contra el sarampión, la rubéola y las paperas

INSTRUCCIONES:

Los alumnos ingresando a 7° grado con una exención por creencias personales en su archivo, deben de cumplir con los requisitos para TK/K- 12° y 7° grado. Visite shotsforschool.org para más información.

Se requiere que las escuelas en California revisen los Comprobantes de Inmunización de todos los alumnos nuevos de Kínder de Transición/Kínder hasta el 12° grado al igual que todos los alumnos pasando a 7° grado antes de ingresar.

ADMITA INCONDICIONALMENTE a un alumno cuyo padre o tutor ha proporcionado documentación de cualquiera de los siguientes puntos para cada vacuna requerida para la edad o el grado del alumno, según se define en la tabla arriba:

- Comprobante de Inmunización
- Una exención médica permanente*
- Una exención por creencias personales (presentada antes del 2016 en CA) es válida hasta la matriculación en el siguiente rango de grados, usualmente TK/K o 7° grado.†

ADMITA CONDICIONALMENTE a cualquier alumno que le falte la documentación para la admisión incondicional si el alumno:

- Comenzó a recibir dosis de todas las vacunas requeridas para su grado (tabla arriba) y actualmente no le toca ninguna dosis al momento de su ingreso (según los intervalos en el Calendario de Admisión Condicional bajo la columna titulada "EXCLUIR SI NO SE HA DADO") o
- Tiene una exención médica temporal para algunas o todas las vacunas requeridas.*

CALENDARIO DE ADMISIÓN CONDICIONAL PARA GRADOS K-12

Antes de ingresar a la escuela, cada alumno debe obtener la primera dosis de cada vacuna requerida y cualquier dosis que le toca porque el período de tiempo permitido antes de la exclusión ha transcurrido.

DOSIS	LO MÁS TEMPRANO QUE SE PUEDE DAR	EXCLUIR SI NO SE HA DADO
Polio #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Polio #3	4 semanas después de la 2da dosis	12 meses después de la 2da dosis
Polio #4¹	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
DTaP #3²	4 semanas después de la 2da dosis	8 semanas después de la 2da dosis
DTaP #4	6 meses después de la 3ra dosis	12 meses después de la 3ra dosis
DTaP #5	6 meses después de la 4ta dosis	12 meses después de la 4ta dosis
Hep B #2	4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis
Hep B #3	8 semanas después de la 2da dosis y por lo menos 4 meses después de la 1ra dosis	12 meses después de la 2da dosis
MMR#2	4 semanas después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
Varicela #2	Menor de 13 años de edad: 3 meses después de la 1ra dosis	4 meses después de la 1ra dosis
	13 años de edad o mayor: 4 semanas después de la 1ra dosis	8 semanas después de la 1ra dosis

1. Tres dosis de la vacuna contra la polio cumplen con el requisito si una se aplicó al cumplir los 4 años o de después. Si la polio #3 es la última dosis requerida, polio #3 debe aplicarse al menos seis meses después de la polio #2.
2. Si DTaP #3 es la última dosis requerida, DTaP #3 debe aplicarse al menos seis meses después de DTaP #2, y los alumnos que no la han recibido entre los 12 meses después de la segunda dosis deben ser excluidos. Tres dosis cumplen con el requisito si el alumno recibió al menos una dosis de Tdap, DTaP o DTP al cumplir los siete años de edad o después. Una o dos dosis de la vacuna Td administrada al cumplir los siete años de edad o después cuentan hacia este requisito.

La asistencia continua después de la admisión condicional es permitida mientras que se presente documentación demostrando que el alumno recibió las vacunas requeridas restantes. La escuela debe:

- Revisar los archivos de cualquier alumno admitido condicionalmente cada 30 días después de la fecha de ingreso.
- Informar al padre o tutor de las vacunas restantes requeridas hasta que el alumno reciba todas las vacunas requeridas o presente una exención y
- Actualice la información de vacunación en el archivo escolar del alumno.

Si una escuela con un alumno transfiriéndose de otra escuela en los Estados Unidos cuyo archivo aún no se ha recibido en el momento de ingreso, la nueva escuela puede admitir al alumno por hasta 30 días. Si la nueva escuela no recibe el Comprobante de Inmunización al final de este periodo, la nueva escuela debe excluir al alumno hasta que su padre o tutor presente la documentación que cumple con los requisitos.



* De acuerdo con 17 CCR secciones 6050-6051 y las secciones 120370-120372 del Código de Salud y Seguridad.

† De acuerdo con la sección 120335 del Código de Salud y Seguridad.

DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIVERSIDE
MANUAL DE INFORMACIÓN ESCOLAR PARA PADRES Y ALUMNOS 2023-2024
RECIBO OBLIGATORIO DE NOTIFICACIÓN PARA PADRES
(Debe estar una forma archivada en cada escuela para cada alumno)

Estimados Padres/Tutores legales:

Por favor lea y hable acerca del **MANUAL DE INFORMACIÓN PARA ALUMNOS Y PADRES** del *Distrito Escolar Unificado de Riverside* en la página de Internet de RUSD con su hijo/a, para clarificación de las reglas antes de que usted y su hijo firmen abajo dando reconocimiento de su comprensión y acuerdo para respetar las políticas y reglas de RUSD:

El manual se encuentra en: <https://www.riversideunified.org/departament/pupil-services/parent-handbook>

Información de asistencia escolar – por favor lea y repase con su hijo/a la sección de información de Asistencia de este manual. Es importante que los padres y alumnos conozcan y entiendan los requisitos legales de asistencia de los alumnos a la escuela todos los días que las escuelas estén abiertas y en sesión. Esta sección también define muy claramente lo que constituye una ausencia de clases permitida.

Información de disciplina – Por favor repase la sección de disciplina dentro de este manual con su hijo/a. Su firma abajo indica que ha repasado la información de disciplina y que habló acerca de las reglas de la escuela con su hijo/a.

Medios de difusión – El distrito ocasionalmente recibe peticiones de los medios de difusión y otras agencias para video grabar, fotografiar o grabar a los alumnos. Estas peticiones se reciben a menudo sin previo aviso, lo cual dificulta obtener el permiso inmediato de los padres o tutores. Se pide el permiso del padre o tutor para que su hijo/a pueda ser fotografiado, video grabado o grabado durante el año escolar. Esto puede incluir clips de noticias promocionales del Distrito para los sitios de medios sociales (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.)

Política de uso aceptable – Reglamentos y Reglas Núm. 6163.4 (g) (Ref. Política Núm. 6163.4)

Como padre o tutor, doy mi consentimiento para que mi hijo/a use la Internet en la escuela. También estoy de acuerdo en no hacer responsable al distrito escolar por materiales adquiridos por mi hijo/a en el sistema, por quebrantamiento de las restricciones de derechos de autor, errores del usuario, negligencia o algún costo adquirido por el usuario.

Publicación de trabajo/fotografía/nombre del alumno – El trabajo y fotografía del alumno/a puede ser publicado en la Internet para una audiencia mundial a través de la Internet de RUSDnet u otros sitios de medios sociales afiliados al distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.) con el consentimiento del alumno y del padre/tutor (si el alumno es menor de 18 años).

CORTE SOBRE LA LÍNEA, FIRME INMEDIATAMENTE Y REGRESE A LA OFICINA DE LA ESCUELA

Nombre del alumno (a) _____

Fecha de nacimiento _____

Escuela _____

Grado _____

Por favor conteste al marcar la caja apropiada:

Medios de difusión

Sí, doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. (**Como indicado arriba**)

No, no doy mi permiso para que mi hijo/a sea fotografiado o video-grabado. (**A menos que haya sido contactado para dar permiso especial**)

Política de uso aceptable

Sí, yo/nosotros estamos de acuerdo en cumplir con la Política de uso aceptable

No, yo/nosotros no estamos de acuerdo en cumplir con la Política de uso aceptable

Publicación de trabajo/Fotografía/Nombre del alumno

Sí, doy mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar cualquier fotografía en el fondo.)

No, no doy mi permiso para la publicación del trabajo de mi hijo/a, fotografía y nombre en la página de Internet de RUSD y otros sitios de medios sociales afiliados al Distrito (incluyendo pero no limitado a Facebook, Instagram, YouTube, blogs, etc.). (Nota: los nombres de los alumnos no serán utilizados para identificar fotografías.)

Al firmar, afirmo que he leído, tratado y entiendo el manual de Información para padres y alumnos 2023-2024, y he repasado la información de disciplina escolar dentro de este manual.

Firma de padre/tutor _____ Fecha _____

Firma de alumno _____ Fecha _____

2023-2024 RIVERSIDE UNIFIED SCHOOL DISTRICT

STUDENT EMERGENCY CARD

Date entered into Aeries _____
Completed by _____

Student ID # _____ **Gender: M / F / Nonbinary** **Grade:** _____ **Age:** _____ **Birthdate:** _____
Genero Grado Edad Fecha de Nacimiento

Name _____
Last / Apellido First / Nombre

Address _____ **Zip Code** _____ **Home Phone** _____
Domicilio Código Postal Teléfono

Parent/Guardian Name _____ **Work Phone** _____ **Cell** _____
Padre/Tutor Num. del Trabajo

Email Address _____ **Lives with student** _____ Yes _____ No
Correo Electrónico Vive con el estudiante

Parent/Guardian Name _____ **Work Phone** _____ **Cell** _____
Padre/Tutor Num. del Trabajo

Email Address _____ **Lives with student** _____ Yes _____ No
Correo Electrónico Vive con el estudiante

List medical conditions that may require special attention _____
Apunte cualquier condición médica crónica la cual pueda requerir atención especial

Name of prescribed medication _____
Nombre del medicamento recetado

Physician's Name _____ **Phone** _____
Nombre del doctor Teléfono

Is there a court order restraining any person from this student? _____ Yes _____ No
¿Tiene una orden judicial de los tribunales para restringir a una persona que se acerque al estudiante?

If yes, please list the person's name and provide a copy of the court order: _____
Si marco que si anote el nombre de la persona y provee una copia de la orden judicial

Other than Parent/Guardian, please list at least two local contacts with phone numbers. To assure the safety and well-being of my child, only the following persons are authorized to sign for his/her release from school **with prior written notice from the parent/guardian.** If your student must be picked up as determined by the school site administration every attempt will be made to contact the parent/guardian prior to releasing the child to the following individuals. Parents are responsible for updating parent contact information. **Students may only be released to adults, 18 years of age or older.**
Además del Padre/Tutor, por favor anote 2 contactos locales con números de teléfono. Para asegurar el bienestar de mi estudiante, solamente las personas siguientes están autorizadas para firmar la salida de mi estudiante de la escuela con una **nota de previo aviso por escrito del Padre/Tutor.** Si su estudiante tiene que ser recogido por una decisión de la administración de la escuela, se va hacer todo lo posible de contactar a Padre/Tutor antes de dar permiso a los contactos locales. Los padres tienen la responsabilidad de actualizar la información de los contactos. **Alumnos solamente pueden ser entregados a adultos, mayores de 18 anos de edad.**

Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell
Name / Nombre	Relationship to student / Parentesco con el estudiante	Home/Work/ Cell Telefono de casa/trabajo/ cell

In case of an emergency and I cannot be reached, I authorize the physician/hospital to administer medical care as deemed medically necessary.
En caso de una emergencia si no se puede comunicar conmigo, yo doy autorización al doctor/hospital para que le den cuidados médicos.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____
Firma de Padre/ Fecha

Formulario escolar de Financiación - El Distrito Escolar Unificado de Riverside (Año escolar 2023-2024)

SECCIÓN I: Proporcione la siguiente información acerca de los niños que vivan en su hogar

Nombre del niño o niños que asisten a una escuela del Distrito Escolar Unificado de Riverside		Nombre de Escuela	Fecha de nacimiento	Número de Identificación
Primer Nombre	Apellido			
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

SECCIÓN II: Proporcione la siguiente información acerca de cada fuente de ingresos del hogar

Ingresos del hogar que se declaran por frecuencia:

Integrantes del hogar	Cantidad si se le paga mensualmente	Cantidad si se le paga mensualmente	Cantidad si se le paga mensualmente
1	<input type="radio"/> \$0 - \$1,580	<input type="radio"/> \$1,581 - \$2,248	<input type="radio"/> \$2,249 - or more
2	<input type="radio"/> \$0 - \$2,137	<input type="radio"/> \$2,138 - \$3,041	<input type="radio"/> \$3,042 - or more
3	<input type="radio"/> \$0 - \$2,694	<input type="radio"/> \$2,695 - \$3,883	<input type="radio"/> \$3,884 - or more
4	<input type="radio"/> \$0 - \$3,250	<input type="radio"/> \$3,251 - \$4,625	<input type="radio"/> \$4,626 - or more
5	<input type="radio"/> \$0 - \$3,807	<input type="radio"/> \$3,808 - \$5,418	<input type="radio"/> \$5,419 - or more
6	<input type="radio"/> \$0 - \$4,364	<input type="radio"/> \$4,365 - \$6,210	<input type="radio"/> \$6,211 - or more
7	<input type="radio"/> \$0 - \$4,921	<input type="radio"/> \$4,922 - \$7,003	<input type="radio"/> \$7,004 - or more
8	<input type="radio"/> \$0 - \$5,478	<input type="radio"/> \$5,479 - \$7,795	<input type="radio"/> \$7,796 - or more

Si más de 8 integrantes en el hogar por favor llamen a Servicios de Nutrición al 951-352-6740 para asistencia.

SECCIÓN III: Firma

Certifico (prometo) que la información que proporciono en este formulario es verdadera y que he incluido todos los ingresos. Entiendo que la escuela podría recibir fondos federales y estatales basados en la información que proporciono y que dicha información podría estar sujeta a revisión.

Firma del miembro adulto que llenó este formulario

Fecha

Nombre en letra de molde del miembro adulto que llenó este formulario

La información que se presenta en este formulario es un registro académico confidencial y por lo tanto está protegida por todas las leyes de confidencialidad federales y estatales que conciernen a los registros académicos incluyendo, entre otros, la Ley de Confidencialidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA) de 1974, en su forma enmendada (artículo 1232g del título 20 del Código de los EE.UU. [U.S.C.]; parte 99 del título 34 del Código de Reglamentos Federales [CFR]); el título 2, división 4, parte 27, capítulo 6.5 del Código de Educación de California (California Education Code), comenzando en la sección 49060 y siguientes.; la Ley de Prácticas Informativas de California [California Information Practices Act] (sección 1798 y siguientes del Código Civil de California [California Civil Code]) y el artículo 1, sección 1 de la Constitución de California.

¿A quién debo incluir en “cantidad de integrantes del hogar”?

Debe incluirse a usted y a todas las personas que vivan en su hogar, sean parientes o no (por ejemplo, hijos, abuelos, otros parientes o amigos), que compartan ingresos y gastos. Si vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, que no comparten ingresos con sus hijos, y que pagan una cuota proporcional de los gastos), *no* las incluya.

¿Qué está incluido en el “total de ingresos del hogar”? El total de ingresos del hogar incluye todo lo siguiente:

- **Ingresos brutos del empleo:** Utilice sus ingresos brutos, no la paga que lleva a casa. El ingreso bruto es la cantidad que gana antes de impuestos y otras deducciones. Puede encontrar esta información en su recibo de pago o, si no está seguro, su supervisor puede brindarle esta información. Sólo debe declarar el ingreso neto para los ingresos generados por algún negocio, granja o alquiler de bienes de su propiedad.
- **Asistencia social, pensión para menores, pensión de manutención para ex cónyuges:** Incluya la cantidad que cada persona que viva en su hogar reciba de estas fuentes, incluyendo cualquier cantidad que reciba de CalWORKs.
- **Pensiones, retiro, seguro social, ingreso suplementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios para veteranos (VA, por sus siglas en inglés) y beneficios por discapacidad:** Incluya la cantidad que cada persona que viva en su hogar reciba de estas fuentes.
- **Todos los demás tipos de ingresos:** Incluya la compensación por accidentes laborales, los beneficios por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no vivan en su hogar y cualquier otro ingreso que reciba. No incluya los ingresos de CalFresh, WIC, beneficios educativos federales o pagos por el cuidado adoptivo temporal (conocido en inglés como foster care) que reciban los integrantes de su hogar.
- **Subsidios de vivienda para militares y paga por combate:** Incluya los subsidios de vivienda fuera de la base. No incluya la paga por la iniciativa de vivienda militar privatizada o la paga por combate.
- **Paga de horas extras:** Incluya la paga de horas extras SÓLO si la recibe regularmente.

¿Cómo declaro los ingresos del hogar por la paga que recibo semanalmente, dos veces al mes, cada dos semanas, mensual y anualmente?

- Para cada integrante del hogar, determine la frecuencia con la que recibe el ingreso (semanalmente, dos veces al mes, cada dos semanas, mensual o anualmente) y anote la cantidad en la columna correspondiente. Por ejemplo, si le pagan dos veces al mes, declare la cantidad bruta de su recibo de paga en la columna correspondiente.
- Repita estos pasos para cada fuente de ingresos de cada integrante del hogar. Si tiene más fuentes de ingresos que las columnas que se proporcionan, declare el ingreso adicional en la columna que corresponda.
- Sume las cantidades declaradas en cada columna en el renglón de subtotal. Multiplique cada subtotal por el número apropiado, como se indica en el formulario.
-
- Sume todas las columnas para determinar el total de ingresos del hogar.

Si hay cambios en su ingreso, incluya el salario que reciba regularmente. Por ejemplo, si gana normalmente \$1,000 al mes, pero faltó un tiempo al trabajo el mes pasado y ganó \$900, anote que recibió \$1,000 al mes. Sólo incluya la paga de horas extras si la recibe regularmente. Si perdió su empleo o le redujeron la cantidad de horas o el sueldo, anote cero o el ingreso reducido actual.

Para obtener más información sobre el número de integrantes y los ingresos del hogar, consulte el manual de elegibilidad para recibir comidas escolares (conocido en inglés como Eligibility Manual for School Meals) en la página web de orientación y recursos del Departamento de Agricultura de EE.UU. en <http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm>.