

CHILD MAINTENANCE

CHILD'S LIVING ARRANGEMENTS: [] BOTH PARENTS [] MOTHER [] FATHER [] OTHER

CHILD'S LEGAL GUARDIAN: [] BOTH PARENTS [] MOTHER [] FATHER [] OTHER

THE CHILD MAY BE RELEASED TO THE PERSON(S) SIGNING THIS AGREEMENT OR TO THE FOLLOWING:

| NAME | ADDRESS | RELATIONSHIP | CELL PHONE |
|------|---------|--------------|------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |

CHILD'S PHYSICIAN OR CLINIC'S NAME (CHILD'S PRIMARY HEALTH SOURCE): _____

DATE OF LAST FULL HEALTH SCREENING: _____ PHONE: () _____

MY CHILD HAS THE FOLLOWING SPECIAL NEED(S):

THE FOLLOWING SPECIAL ACCOMMODATION(S) MAY BE REQUIRED TO MOST EFFECTIVELY MEET MY CHILD'S NEEDS WHILE AT THIS CENTER:

MY CHILD IS CURRENTLY ON MEDICATION(S) PRESCRIBED FOR LONG-TERM CONTINUOUS USE AND/OR HAS THE FOLLOWING PRE-EXISTING ALLERGIES, ILLNESS, OR HEALTH CONCERNS:

MANTENIMIENTO DEL NIÑO(A)

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

GUARDIÁN LEGAL DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

ADEMAS DE LOS FIRMANTES DE ESTE ACUERDO, LAS SIGUIENTES PERSONAS PUEDEN RECOGER A MI NIÑO(A) :

| <u>NOMBRE</u> | <u>DIRECCIÓN</u> | <u>RELACIÓN</u> |
|---------------|------------------|-----------------|
| | | |
| | | |
| | | |

NOMBRE DEL MÉDICO O DE LA CLÍNICA DEL NIÑO(A) (PROVEEDOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO(A)):

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN MÉDICA: TELÉFONO: ()

MI NIÑO(A) TIENE LA(S) SIGUIENTE(S) NECESIDAD(ES) ESPECIAL(ES):

MI NIÑO PUEDE NECESITAR LO(S) SIGUIENTE(S) AJUSTES ESPECIALES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES EFECTIVAMENTE MIENTRAS ASISTE A ESTE CENTRO:

MI NIÑO(A) ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S) A LARGO PLAZO Y PARA USO CONTINUO Y/O TIENE LAS SIGUIENTE ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD:

GENERAL RELEASE

I verify the above information to be correct and true. I hereby grant permission for the information provided in the preceding Registration Form to be distributed to Pre-K providers, the Department of Early Care and Learning (DECAL), and certain agencies or those entities contracted by Pre-K providers or DECAL which shall include, but not be limited to, the Georgia Department of Education, and colleges/universities.

SIGNATURE (Parent/Guardian): _____

DATE: _____

PHOTOGRAPH/VIDEOTAPE RELEASE

I hereby grant permission for the Pre-K provider specified below, the Georgia Department of Early Care and Learning (DECAL) and certain agencies or entities contracted by the Pre-K provider or DECAL which shall include, but not be limited to, the Georgia Department of Education, and colleges/universities, to record the participation and appearance of my child, _____, by photograph and/or videotape in connection with daily Pre-K activities for the purposes of news releases, reporting, and assessing the progress of children and the program. DECAL and its contractors are authorized to exhibit or distribute such photograph(s) and/or videotape in whole or in part without restrictions or limitations for any educational or promotional purpose that DECAL deems appropriate. Such photograph(s) and/or videotape may, for example, appear in printed or visual materials for DECAL and/or on DECAL's web site.

The undersigned hereby jointly and severally releases, acquits, forgives, and discharges the Pre-K provider, DECAL, and other entities contracted by the Pre-K provider or DECAL, from any actions, agreements, claims, controversies, demands, judgments, liabilities, proceedings, and suits, whether arising in equity or in law regarding such participation and appearance by said child.

This release shall remain binding upon all successors in interest and personal representatives of the parties, to the extent permitted by law.

PRE-K PROVIDER NAME/ADDRESS: _____

SIGNATURE (Parent/Guardian): _____

DATE: _____

Permiso General

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuida a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): _____

FECHA: _____

Autorización de Fotografía/Videograbación

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), _____, por medio de la fotografía y/o la videograbación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videograbacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videograbacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : _____

Firma (Padre/Guardián) : _____

Fecha : _____



Georgia Department of Early Care and Learning

Waiting List Information Form

Please clearly print the name as it appears on the birth certificate

| | | | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--|-----------------------|--------------------------------------|--|---|-------------------------------|-----|--|
| Child's Last Name | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Child's First Name | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Child's Middle Name | | | | | | | Name Suffix (Jr, Sr, II, III) | | |
| | | | | | | | | | |
| Last 4 Digits of SSN (if provided) | | | Date of Birth (M/D/Y) | | | Gender | | | |
| - | | | / / | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| Home Address | | | | City | | State | | Zip | |
| GA | | | | | | | | | |
| County of Residence | | | | Date Started on Waiting List (M/D/Y) | | | | | |
| | | | | / / | | | | | |
| Parent/Guardian Name | | | | Phone Number | | | | | |
| | | | | | | | | | |

**** Directory information on this form may be shared with Bright from the Start: Georgia Department of Early Care and Learning**

Parent/Guardian Signature _____

Date _____



Georgia Department of Early Care and Learning

Forma para Lista de Espera

Por favor escriba claramente – imprima el nombre del niño(a) como aparece en el acta de nacimiento

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|-----------------------------------|--|--------------------|--|---|--|
| Apellido del Niño | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Primer Nombre | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Segundo Nombre | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Últimos 4 dígitos del Seguro Social (opcional) | | | | Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año) | | | | Sexo | |
| - _____ | | | | ____/____/____ | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Dirección de Domicilio | | | | Ciudad | | Estado | | Código Postal | |
| | | | | | | | | | |
| Condado de Residencia | | | | | Fecha que comenzó la lista de Espera (Mes/Día/Año) | | | | |
| | | | | | ____/____/____ | | | | |
| Nombre del Padre/Madre o Tutor legal | | | | | | Numero de Teléfono | | | |
| | | | | | | | | | |

Entiendo que la información de esta hoja sera enviada al programa *Bright from the Start: Georgia Department of Care and Learning* (Brillante desde el Inicio. Departamento de Atención y Aprendizaje Temprano de Georgia).

 Firma de los Padres/Tutor Fecha

Roster Information Form

This form is to be completed after school starts, not at the time of registration. Please clearly print the name as it appears on the birth certificate. *(Por favor escriba el nombre como aparece en el certificado de nacimiento.)*

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|---|--|---|--|----------------------|---|--|
| Legal Last Name <i>(Apellido)</i> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Legal First Name <i>(Primer Nombre)</i> | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Legal Middle Name <i>(Segundo Nombre)</i> | | | | | Name Suffix <i>(Sufijo) (Jr, II, III)</i> | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Child's Social Security # | | | DOB <i>(Fecha de Nacimiento) (M/D/Y)</i> | | | | Gender <i>(Sexo)</i> | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | |
| Date enrolled in Pre-K <i>(M/D/Y)</i> | | | If different from birth certificate, name student is called | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

1. **EVERYONE** must answer the following question. Choose the correct answer. *(TODOS deben contestar la pregunta. Elija la respuesta correcta.)*

Is your ethnicity **Hispanic/Latino/Spanish Origin** regardless of race? *(Es Ud. Hispano/Latino/ o de Origen Hispano, sin importar la raza?)*

Yes *(Si)* No *(No)*

2. **EVERYONE** must select **ONE OR MORE** of the following races regardless of how you answered question one. *(TODOS deben seleccionar UNA O MAS de las siguientes razas sin importar cómo haya contestado la primera pregunta.)*

a. **White** – A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa. *(Blanco – Una persona que tiene orígenes en los pueblos provenientes de Europa, el Medio Oriente, o Africa del Norte.)*

b. **Asian** – A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam. *(Asiática – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Lejano Oriente, Suroeste de Asia, o el subcontinente Hindú incluyendo, a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)*

c. **Native Hawaiian or Other Pacific Islander** – A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. *(Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de Hawaii, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacífico.)*

d. **Black or African American** – A person having origins in any of the Black racial groups of Africa. *(Negro o Afro Americano – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Africa o en grupo racial Negro.)*

e. **American Indian or Alaskan Native** – A person having origins in any of the original peoples of North and South America including Central America, who maintains a tribal affiliation or community attachment. *(Indio Americano o Nativo de Alaska – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de América Del Norte y del Sur, incluyendo América Central, que mantiene una afiliación tribal o comunitaria.)*

3. What is your child's primary language? *(Cuál es el idioma primario de su hijo(a)?)*

- English *(Inglés)*
 A language other than English *(Un idioma diferente al Inglés)*

4. Was your child born as a: *(El parto en que Ud. tuvo a su hijo(a) fue de:)*

- Single Birth **(1)** *(Un sólo niño)*
 Twin **(2)** *(De mellizos)*
 Triplet **(3)** *(De trillizos)*
 Quadruplet **(4)** *(De cuatrillizos)*
 Quintuplet **(5)** *(De quintuples)*

5. Does your child have an Individualized Education Plan (IEP)? *(Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizada (IEP?))*

Yes *(Si)* No *(No)*

6. Does your child receive any of the following services? *(Recibe su hijo(a) alguno de estos servicios?)*

- Child and Parent Services (CAPS) Program
 Food Stamps *(Cupones de Alimentos)*
 SSI
 Medicaid
 Temporary Assistance to Needy Families (TANF)

7. Will the Pre-K center be providing transportation for your child? *(Recibirá su hijo(a) transporte en el Centro donde va a asistir a Pre-K?)*

Yes *(Si)* No *(No)*

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

Roster Information Form

This form is to be completed after school starts, not at the time of registration. Please clearly print the name as it appears on the birth certificate. *(Por favor escriba el nombre como aparece en el certificado de nacimiento.)*

| | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|---|--|---|--|--|--|
| Legal Last Name <i>(Apellido)</i> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Legal First Name <i>(Primer Nombre)</i> | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Legal Middle Name <i>(Segundo Nombre)</i> | | | | | | Name Suffix <i>(Sufijo) (Jr, II, III)</i> | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |
| Child's Social Security # | | | | DOB <i>(Fecha de Nacimiento) (M/D/Y)</i> | | | | Gender <i>(Sexo)</i> | | | |
| | | | | | | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | | |
| Date enrolled in Pre-K <i>(M/D/Y)</i> | | | | If different from birth certificate, name student is called | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | |

1. **EVERYONE** must answer the following question. Choose the correct answer. *(TODOS deben contestar la pregunta. Elija la respuesta correcta.)*

Is your ethnicity Hispanic/Latino/Spanish Origin regardless of race? *(Es Ud. Hispano/Latino/ o de Origen Hispano, sin importar la raza?)*

Yes *(Si)* No *(No)*

2. **EVERYONE** must select **ONE OR MORE** of the following races regardless of how you answered question one. *(TODOS deben seleccionar UNA O MAS de las siguientes razas sin importar cómo haya contestado la primera pregunta.)*

a. **White** – A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa. *(Blanco – Una persona que tiene orígenes en los pueblos provenientes de Europa, el Medio Oriente, o Africa del Norte.)*

b. **Asian** – A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam. *(Asiática – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Lejano Oriente, Suroeste de Asia, o el subcontinente Hindú incluyendo, a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)*

c. **Native Hawaiian or Other Pacific Islander** – A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. *(Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de Hawaii, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacífico.)*

d. **Black or African American** – A person having origins in any of the Black racial groups of Africa. *(Negro o Afro Americano – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de Africa o en grupo racial Negro.)*

e. **American Indian or Alaskan Native** – A person having origins in any of the original peoples of North and South America including Central America, who maintains a tribal affiliation or community attachment. *(Indio Americano o Nativo de Alaska – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de América Del Norte y del Sur, incluyendo América Central, que mantiene una afiliación tribal o comunitaria.)*

3. What is your child's primary language? *(Cuál es el idioma primario de su hijo(a)?)*

- English *(Inglés)*
- A language other than English *(Un idioma diferente al Inglés)*

4. Was your child born as a: *(El parto en que Ud. tuvo a su hijo(a) fue de:)*

- Single Birth (1) *(Un sólo niño)*
- Twin (2) *(De mellizos)*
- Triplet (3) *(De trillizos)*
- Quadruplet (4) *(De cuatrillizos)*
- Quintuplet (5) *(De quintuples)*

5. Does your child have an Individualized Education Plan (IEP)? *(Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizada (IEP)?)*

Yes *(Si)* No *(No)*

6. Does your child receive any of the following services? *(Recibe su hijo(a) alguno de estos servicios?)*

- Child and Parent Services (CAPS) Program
- Food Stamps *(Cupones de Alimentos)*
- SSI
- Medicaid
- Temporary Assistance to Needy Families (TANF)

7. Will the Pre-K center be providing transportation for your child? *(Recibirá su hijo(a) transporte en el Centro donde va a asistir a Pre-K?)*

Yes *(Si)* No *(No)*

Parent/Guardian Signature _____

Date _____

This box for office use only

E _____ H _____ F _____

School Yr 19-20 Grade Pre K School _____ R/Eth H: Y N / AI As B W NH
Residence: P W R O Affidavit PRZ: Y N Cust/Kinship Kinder: BC SS IM EED

STUDENT INFORMATION

Student's Legal Name: _____
(Last) (First) (Middle)
Address: _____ Apt/Lot# _____ City: _____ Zip: _____
Mailing Address (if different): _____ City: _____ Zip: _____
Birth date: _____ Birthplace: _____ Social Security # _____
Gender : Male Female Name student goes by: _____

HOUSEHOLD INFORMATION

Student lives with:
 Both parents Mother Father Step Parent Joint Custody Foster Parent Legal Guardian
Parent's marital status:
 Single Married Divorced Separated Other: _____
Home Phone: _____

Name of person enrolling student: _____ Relationship: _____

Circle one
Mother/Step-Mother/Guardian's Name: _____
Work Phone: _____ Employer: _____
Cell Phone: _____ Email: _____
Circle one
Father/Step-Father/Guardian's Name: _____
Work Phone: _____ Employer: _____
Cell Phone: _____ Email: _____

Please list all school age brothers and sisters living in the home.

| <u>Name</u> | <u>Relationship to student</u> | <u>Date of Birth</u> |
|-------------|--------------------------------|----------------------|
| | | |
| | | |
| | | |

TRANSPORTATION INFORMATION

Morning Transportation: Car Bus Walk Afternoon Transportation: Car Bus Walk

SPECIAL PROGRAMS

Does the student currently receive any of these services? No Early Intervention (EIP) Special Education/IEP
 504 Plan Response to Intervention (RTI) Speech

Is either parent/ guardian/ step-parent with whom the student resides on full-time military duty status? Yes No
If yes, Circle: Deployed, Not Deployed, Retired, or Discharged. Branch of Service: _____

School Yr 19-20 Grade Pre K School _____ R/Eth H: Y N / AI As B W NH
 Residence: P W R O Affidavit PRZ: Y N Cust/Kinship Kinder: BC SS IM EED

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: _____
(Apellido) (Primer) (Segundo nombre)

Dirección: _____ Apt/Lot# _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección postal (si diferente): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Dónde nació: _____ # Seguro Social: _____

Sexo : Masculino Femenino Nombre que el estudiante es llamado: _____

INFORMACIÓN DE VIVIENDA

El estudiante vive con:
 Ambos Padres Madre Padre madrastra o padrastro Custodia física conjunta Tutor

Estado civil de los padres:
 Solteros Casados Divorciados Separados Otro: _____

Teléfono de la casa: _____

Nombre del adulto que inscribe al estudiante: _____ Parentesco: _____

Trace un círculo alrededor de la opción correcta
 Nombre Madre/Madrastra/Tutor: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Empleador: _____

Celular: _____ Email: _____

Trace un círculo alrededor de la opción correcta
 Nombre Padre/Padrastro/Tutor: _____

Teléfono de Trabajo: _____ Empleador: _____

Celular: _____ Email: _____

Hermanos o hermanas en la escuela que viven en la casa:

| <u>Nombre</u> | <u>Relación al estudiante</u> | <u>Fecha de nacimiento</u> |
|---------------|-------------------------------|----------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

INFORMACIÓN DE TRANSPORTE

Transporte por la mañana : Carro Bus Caminar
 Transporte por la tarde : Carro Bus Caminar

PROGRAMAS ESPECIALES

¿Su estudiante recibe actualmente alguno de estos servicios? NO Servicios del habla Respuesta a la intervención (RTI)
 Plan 504 Programa de Intervención temprana (EIP) Educación especial/Programa de educación individualizado (IEP)

¿El estudiante reside con algún padre/tutor/padrastro o madrastra que se encuentra sirviendo en las fuerzas armadas a tiempo completo? Sí No Si contestó que sí, marque una: asignado al extranjero, no asignado al extranjero, militar retirado o de baja. Rama de servicio: _____

Race and Ethnicity Identification Form

To Parents/Guardians:

Please complete **Parts 1, 2, and 3** by completely darkening the circle beside your answers.

Student _____
Last Name First Name

Date of Birth _____ Grade _____ School _____

Part 1: Ethnicity Designation

Directions: Read the definition below and completely darken the circle that indicates this student's heritage.

Is this student Hispanic or Latino? (Select one answer.)

Persons of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish culture or origin, regardless of race, are considered **Hispanic or Latino**. Yes No

Part 2: Race Designation

Directions: Read the definition below and completely darken the circle or circles that indicate this student's race.

You must select at least one race, regardless of ethnicity designation. More than one response can be selected.

Indicate the student's race. (Select all that apply answer.)

- American Indian or Alaska Native:** A person having origins in any of the original peoples of North, South, Central America (including Mexico), and who maintains a tribal affiliation or community attachment.
- Asian:** A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.
- Black or African American:** A person having origins in any of the black racial groups of Africa.
- White:** A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa.
- Native Hawaiian or Other Pacific Islander:** A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.

Part 3: I verify the information on this form is accurate.

Signature, Parent/Guardian

Date

If this form is incomplete or not returned we are required by the Department of Education to report a race/ethnicity designation based on observation.

Home Language Survey

Student's Name: _____ Date of Birth: _____
School: _____

Dear Parent or Guardian:

In order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he or she speaks and understands English. This survey assists school personnel in deciding whether your child may be a candidate for additional English language support. Final qualification for language support is based on the results of an English language assessment.

Thank You



1. Which language does your child best understand and speak? _____
2. Which language does your child most frequently speak at home? _____
3. Which language do adults in your home most frequently use when speaking with your child? _____
4. In which language would you prefer to receive school information? _____



Signature of Parent /Guardian/ Other

Date

In what language do you prefer all school communication?

Encuesta sobre el idioma hogareño

Nombre : _____ Fecha de nacimiento : _____

Escuela: _____

Estimado padre o tutor:

Con el fin de proporcionar a su hijo la mejor educación posible, debemos determinar qué tan bien habla y entiende el inglés. Esta encuesta ayudará al personal de la escuela a decidir si su hijo reúne los requisitos para recibir apoyo adicional en el aprendizaje del idioma inglés. El requisito final para recibir el apoyo se basa en los resultados de una evaluación del idioma inglés.

Gracias

-
1. ¿Qué idioma su hijo entiende y habla mejor? _____
 2. ¿Qué idioma su hijo habla con mayor frecuencia en el hogar? _____
 3. ¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño? _____
 4. ¿En qué idioma prefiere recibir toda la información escolar? _____
-

Firma del padre/tutor/otra persona

Fecha

¿En cuál idioma prefiere la comunicación escolar?



Georgia Department of Education

Richard Woods, Georgia's School Superintendent
"Educating Georgia's Future"

School District: _____

Date Completed: _____

Parent Occupational Survey

Please complete this form to determine if your child(ren) qualify to receive additional services under Title I, Part C

Has your family moved in order to work in another city, county, or state, in the last three (3) years? Yes No

If so, what is the date your family arrived in the city/town you reside? _____

Has anyone in your immediate family been involved in one of the following occupations, either full or part-time or temporarily during the last three (3) years? (Check all that apply)

- 1) Agriculture; planting/picking vegetables or fruits such as tomatoes, squash, grapes, onions, strawberries, blueberries, etc.
- 2) Planting, growing, or cutting trees (pulpwood)/raking pine straw
- 3) Processing/packing agricultural products
- 4) Dairy/Poultry/Livestock
- 5) Meatpacking/Meat processing/Seafood
- 6) Fishing or fish farms
- 7) Other (Please specify occupation): _____

| Name of Student(s) | Name of School | Grade |
|--------------------|----------------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Names of Parent(s) or Legal Guardian(s) _____

Current Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____ Phone: _____

Thank You!

Please return this form to the school

The answers to this survey will help determine if your child(ren) are eligible to receive supplemental services from the Title I, Part C Program.

Note for the school/district: When both "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district. Please file original in student's records. Non-funded (consortium) systems should fax occupational parent surveys to the regional MEP office serving their district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, P.O. Box 780, 201 West Leo Street Brooklet, GA 30415
Toll Free (800) 621-5217 Fax (912) 842-5440
GaDOE Region 2 MEP, 221 N. Robinson Street, Lenox, GA 31637
Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251



Georgia Department of Education

Richard Woods, Georgia's School Superintendent
"Educating Georgia's Future"

School District: _____

Date Completed: _____

Encuesta Ocupacional para Padres

Por favor llene este formulario para determinar si sus hijos califican para recibir servicios a través del Programa de Título I, Parte C

¿Ustedes se han movido para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? Sí No

Si su respuesta es "Sí", ¿en qué fecha llegaron a la ciudad/pueblo donde viven actualmente? _____

¿Alguien de su familia trabaja, ha trabajado, o tiene la intención de trabajar, en una de las siguientes actividades en forma permanente o temporal o ha hecho este tipo de trabajo en los últimos tres años? (Marque todos los que apliquen)

- 1) Agricultura; plantando/cosechando vegetales o frutas como tomates, calabazas, uvas, cebollas, fresas, arándanos, etc.
- 2) Plantando o cortando árboles/juntando agujas de pino (*pine straw*)
- 3) Procesando /empacando productos agrícolas
- 4) Lechería o ganadería
- 5) Empacadoras o procesadoras de carne/pollo o mariscos
- 6) Pescando o criando pescado
- 7) Otra actividad. Por Favor especifique en cuál: _____

| Nombre de los Estudiantes | Nombre de la Escuela | Grado |
|---------------------------|----------------------|-------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Nombre de los padres o guardianes legales: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¡Muchas Gracias!

Por favor regrese este formulario a la escuela

Las respuestas a este formulario van a ayudar a determinar si sus hijos califican para recibir servicios a través del programa de Título I, Parte C.

Note for the school/district: When both (Yes) "Si" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district. Please file original in student's records. Non-funded (consortium) systems should fax occupational parent surveys to the regional MEP office serving their district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, P.O. Box 780, 201 West Lee Street Brooklet, GA 30415
Toll Free (800) 621-5217 Fax (912) 842-5440
GaDOE Region 2 MEP, 221 N. Robinson Street, Lenox, GA 31637
Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251

Student Residency Questionnaire

Name of School: _____

Grade: _____

Name of Student: _____
Last First Middle

Gender: M or F

Date of Birth: ____/____/____ Age: _____ Social Security #: _____

This questionnaire is intended to address the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435 and Every Student Succeeds Act . The answers to this residency information help determine the services the student may be eligible to receive.

1. Is your current address a temporary living arrangement? Yes No
2. Have you lost your housing due to economic or other hardship (eviction, fire, or other emergency, domestic violence)? Yes No
3. Is the student currently placed in state care or custody? Yes No
If yes, from which county _____ and date entered care _____

**If you answered YES to the above questions, please complete the remainder of this form.
If you answered NO, please sign below.**

Where is the student presently living? (Check on Box)

- In a motel _____
- In a shelter _____
- With more than one family in a house or apartment
- Moving from place to place
- In a place not designed for ordinary sleeping accommodations such as a car, park or campsite
- Unaccompanied youth
- Other living situation (please explain): _____

Name of Parent(s)/ Legal Guardian (s) _____
Address _____ Zip Code _____
Telephone Number _____ Alternate Telephone Number (s) _____

Other children (newborn – age 17) also living with this student:

| Name | Date of Birth | Name of School/Preschool/Daycare |
|-------|---------------|----------------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Presenting a false record of falsifying records is an offense under OCGA 16-10-20.

Signature of Parent/Legal Guardian _____ Date _____

Signature of Foster Parent _____ Date _____

Please send a copy to McKinney-Vento Liaison or Foster care Liaison

Office use only

I Certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act and Every Student Succeeds Act.

Date McKinney-Vento Liaison Signature

Parent/Guardian received copy of rights of McKinney-Vento Act

Cuestionario de Residencia para Estudiantes

Nombre de la Escuela _____ Grado: _____

Nombre del Estudiante: _____ Apellido Nombre Segundo nombre Sexo: M o F

Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Edad: _____ # de Seguro Social: _____
Mes Día Año

El propósito de este cuestionario es presentar los objetivos del Acta McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435 y de la Ley Todo Estudiante Tiene Éxito. Las respuestas a estas preguntas ayudarán a determinar los servicios que el alumno debe recibir.

1. ¿Es su domicilio actual un arreglo de vivienda temporal (de poca duración)? Sí No
2. ¿Usted ha perdido su vivienda debido a un problema económico o otras dificultades (desalojo, fuego, otra emergencia, o violencia doméstica)? Sí No
3. ¿En la actualidad el estudiante está bajo cuidado o custodia del estado? Sí No
Si marca Sí, en qué condado _____ y en qué fecha se le colocó bajo custodia _____

**Si usted contestó SÍ a estas preguntas, por favor complete el resto de este formulario.
Si usted contestó NO a estas preguntas, por favor firma abajo.**

¿Dónde vive el estudiante actualmente? (Marque una opción)

- En un motel _____
- En un albergue o lugar de refugio _____
- Con más de una familia en una casa o apartamento _____
- Mudándose de lugar a otro _____
- En un lugar no designado como alojamiento (ejemplo: carro, parque, o campamento) _____
- Niños o jóvenes sin acompañante _____
- Otra (por favor explique): _____

Nombre del Padre/ Madre/ Tutor _____

Dirección _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ Otro Teléfono: _____

Otros niños (recién nacido hasta los diecisiete años) que también viven con el estudiante:

| Nombre | Fecha de nacimiento | Nombre de la escuela o la guardería |
|--------|---------------------|-------------------------------------|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Presentar información falsa o la falsificación de documentos para uso escolar son ofensas bajo OCGA 16-10-20.

Firma de los Padres/ Guardián _____ Fecha _____

Firma de los Apoderados (cuidado o custodia del estado) _____ Fecha _____

Uso de oficina

I certify the above named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act and Every Student Succeeds Act..

Date _____ McKinney-Vento Liaison Signature _____
 Parent/Guardian received copy of rights of McKinney-Vento Act