

Departamento de Educación del Condado de Orange

División de Educación Alternativa

Escuelas y servicios alternativos, comunitarios y de educación correccional

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN ESTUDIANTIL

Este formulario debe guardarse en su dispositivo antes de completar

Imprima formularios de una sola cara para uso de procesamiento escolar

Por favor escriba de forma legible

Nombre legal: Apellido Nombre de pila Segundo nombre El idioma en el cual recibir correspondencia:
Inglés Español Otro*
(*referirse al reverso del formulario)

¿Previamente alumno de ACCESS?: No Sí. Si es así, ¿ha cambiado su nombre desde su inscripción previa?:
No Sí. Si es así, indique el nombre que usó en la inscripción previa:

Sexo: Hombre Mujer No binario Fecha de nacim.: Grado: Vive con: la madre Sí No el padre Sí No Nivel de educación de los padres (referirse al reverso del formulario):

Nombre de la madre: Madre Tutora Cuidadora

Nombre del padre: Padre Tutor Cuidador

Número de contacto principal: Teléfono del trabajo del padre: Ext: Teléfono del trabajo de la madre: Ext:

Domicilio Apto. Ciudad Código postal

Dirección de la residencia (Si es diferente a la anterior) Apto. Ciudad Código postal

Celular del padre: Celular de la madre: Celular del alumno:

Correo electrónico del padre: Correo electrónico de la madre: Correo electrónico del alumno:

Residencia - ¿Dónde vive su hijo/familia actualmente? (orden federal por parte de NCLB) - Por favor marque la caja adecuada:
En una residencia permanente unifamiliar (casa, apartamento, condo, casa móvil) (200) En un motel/hotel (110)
Dos familias en una vivienda (comparte una vivienda con otras familias /personas debido a dificultades o pérdidas económicas) (120) Un lugar sin techo (un carro/campamento) (130)
En un refugio o programa de vivienda de transición (100) Otro (300) (favor de especificar)

¿CUÁL ES LA ETNICIDAD DE SU HIJO? Marque la etnicidad con la que el alumno más se identifique (Por favor marque una):
Hispano o Latino (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, u otra cultura hispana, independientemente de su raza)
No Hispano o Latino

¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO? (Elija hasta cinco categorías raciales, consulte el reverso del formulario)
La pregunta anterior es sobre el origen étnico, no la raza. No importa qué etnicidad haya elegido anteriormente, continúe respondiendo lo siguiente indicando cuál considera que es su raza.
Selección: Una: Dos: Tres: Cuatro: Cinco:

Lugar de nacimiento: Ciudad: Estado: País:

Ed migrante: No Si no nació en los Estados Unidos, ¿en qué mes/año su hijo(a)... llegó a EE.UU.?
Sí, ID: ... fue inscrito(a) por primera vez en una escuela de EE.UU.? ... fue inscrito(a) por primera vez en una escuela de California?

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Enrolled By: Probation Officer:

Referrer: Probation District name:

Referrer's Name: Title:

Referral Code: Referral Date: Referral Reason:

Enrollment type: Re-enroll New Start Date: Program type: Day CL PermID:

Teacher Name/Number: Area/Site:

Home Lang as indicated by question #2 on the Home Language Survey: Primary Lang as indicated by question #1 on the Home Language Survey:

ELPAC/CELDT-Language Proficiency as indicated on Referral: Form109s:02/24/20

Códigos del nivel de educación de los padres:**Elija el código que mejor describa el nivel educativo del padre con más educación**

Código	Descripción	Código	Descripción
14	No se graduó de la preparatoria	11	Se graduó de la universidad
13	Se graduó de la preparatoria	10	Estudios superiores/Formación de posgrado
12	Algo de universidad/Certificado de Asociado	15	Sin respuesta/desconocido

Códigos de la raza:**Elija el código con el que el alumno más se identifica.**

Código	Descripción	Código	Descripción	Código	Descripción
100	Nativo americano o nativo de Alaska (personas que tienen orígenes relacionados con cualquiera de las personas originarias de Norteamérica, Centroamérica o Sudamérica)	302	Guameño	399	Otras islas del pacífico
		301	Hawaiano	303	Samoano
		208	Hmong	304	Tahitiano
205	Indio asiático	202	Japonés	204	Vietnamita
600	Negro o Afroamericano	203	Coreano	700	Blanco (personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, África del Norte o el Medio Oriente)
207	Camboyano	206	Laosiano		
201	Chino	299	Otro país asiático		
400	Filipino/Filipino americano				

* El idioma en el cual recibir correspondencia en el hogar: Si no se indica otro idioma para recibir, la correspondencia escrita será enviada en inglés.

ESCUELA(S) A LA(S) QUE ACUDIÓ PREVIAMENTE: (Solamente para el propósito de solicitar el expediente y/o archivos académicos)

NOMBRE DE LA ESCUELA (Comenzar con la más reciente)	DISTRITO	CIUDAD/ESTADO	FECHAS EN LAS QUE ACUDIÓ (Mes/Año)



División de Educación Alternativa

DATOS DE EMERGENCIA Y AUTORIZACION PARA RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO

LOS PADRES/TUTORES LEGALES DEBEN COMPLETAR TODA LA INFORMACION REQUERIDA, FIRMAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO A LA ESCUELA.

Form with fields: NOMBRE DEL ESTUDIANTE, MASCULINO/FEMENINO, TELEFONO, N.º DE CELULAR DEL ESTUDIANTE, DIRECCION COMPLETA, CORREO ELECTRONICO DEL ESTUDIANTE, CASA DE CRIANZA, DISTRITO DE RESIDENCIA, IDIOMA QUE SE HABLA EN LA CASA, FECHA DE NACIMIENTO, EDAD, LUGAR DE NACIMIENTO, PADRE/TUTOR LEGAL RESPONSIBLE DEL NIÑO, DIRECCION DEL TRABAJO O DIRECCION DE LA CASA SI ES DIFERENTE A LA ESCRITA ARRIBA, N.º DE TELEFONO COMERCIAL/HORARIO COMERCIAL, N.º DE CELULAR/CORREO ELECTRONICO.

Si las personas nombradas aqui no pudieran ser encontradas, y el niño se enfermara o se accidentara en la escuela, por favor escriba el nombre de tres personas que puedan representar a los padres. (Estas personas DEBEN tener teléfono, tener transportación disponible, el niño debe conocerlos, y deben querer representar a los padres o tutores legales.)

Table with 4 columns: NOMBRE, DIRECCION, TELEFONO, RELACION. Rows 1, 2, 3.

Agencia de Servicios Sociales (Nombre, Direccion, Telefono), si aplica

Haga una lista de las condiciones que pueden llevar al niño a sufrir un ataque de epilepsia, asma, o cualquier otro problema de salud (cardíaco, diabetes, etc.) Alergias (picadas de abejas, penicilina, etc.)

Form with fields: NOMBRE DEL MEDICO, DIRECCION, TELEFONO, NOMBRE DEL DENTISTA, DIRECCION, TELEFONO.

Form with fields: PERSONA RESPONSIBLE, COMPAÑIA DE SEGURO, NUMERO DE POLIZA O MEDI-CAL #

Form with checkboxes: Mi hijo usa los siguientes tipos de identificación de emergencia: Ninguno, Pulsera, Cadena, Otro (especifique)

INDIQUE CUALQUIER RESTRICCIÓN Y MEDICAMENTOS QUE TOMA:

Form with fields: FIRMA DEL PADRE/TUTOR LEGAL O PERSONA QUE ESTA AL CUIDADO DEL NIÑO, Fecha en que firmó

AUTORIZACION PARA OTORGAR TRATAMIENTO DE EMERGENCIA A UN MENOR DE EDAD

En caso de que su hijo(a) sufra una enfermedad súbita/repentina o un accidente, la escuela hará todo los esfuerzos posibles por ponerse en contacto con Usted, su doctor, o con las personas que Usted autorizó llamar en caso de emergencia. Si es imposible ponerse en contacto con Usted, su firma arriba asegurará tratamiento médico de emergencia por personal autorizado y/o personal del hospital.

Yo (Nosotros) los que firmamos y como padres/tutores del menor nombrado arriba, autorizamos al Departamento de Educación del Condado de Orange y a sus empleados como agentes por el firmante a consentir a cualquier examinación de rayos X, anestesia, diagnóstico médico o quirúrgico, o tratamiento y cuidado de hospital los cuales son aconsejables por, y serán rendidos bajo la supervisión general o específica de cualquier médico cirujano con licencia bajo las provisiones del Decreto de Práctica Médica sobre el personal médico de un hospital con licencia, no importa donde los servicios sean rendidos. El agente por el firmante y sus empleados estan liberados de cualquier responsabilidad civil o financiera por el dignostico ya mencionado, tratamiento, cuidado de hospital, o cualquier otro acto desempeñado y necesario para el bienestar del menor. Esta autorización es dada conforme a las proviciones de la Sección 25.8 del Código de California. Esta autorización permanecerá vigente a menos que sea revocada por escrito y enviada a dichos agentes.

Orange County Department of Education
División de Educación Alternativa
Escuelas de la Comunidad, alternativas, Correccionales y Servicios

ENCUESTA DEL IDIOMA QUE SE HABLA EN LA CASA

Form with fields for: Nombre del Estudiante (Apellido, Nombre, Segundo nombre), Fecha de Nacimiento (Mes, Día, Año, Edad, Grado), Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, Condado), AU, Escuela, Maestro(a), and questions about language acquisition with date fields (Mes, Día, Año) and checkboxes (Si, No).

El código de educación de California requiere que las escuelas determinen el/los idioma(s) que cada estudiante habla en la casa. Esta información es esencial para que las escuelas puedan proveer una enseñanza que todos los estudiantes entiendan.
Requerimos de su cooperación para cumplir con este requisito. Por favor conteste las siguientes preguntas, y asegurese de que su hijo/a regrese esta forma a su maestro/a. Gracias por su ayuda.
1. ¿Cuál fué el primer idioma que su hijo/a aprendió cuando empezó a hablar?
2. ¿Cuál es el idioma que su hijo/a usa con mas frecuencia en la casa?
3. ¿Cuál es el idioma que Ud. usa con mas frecuencia cuando habla con su hijo/a?
4. ¿Cuál es el idioma usado con mas frecuencia por todos los adultos en la casa?

Signature line (Firma del Padre) and Date line (Fecha).

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

Si las respuestas de las preguntas del #1 - #3 fueron contestadas con otro idioma que no fuera Inglés, mande una copia a: ACCESS Assessment Center – (Centro de Evaluación)

ACUSE DE RECIBO DE LOS PADRES/TUTORES DE LA NOTIFICACIÓN ANUAL DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Cortar, firmar y devolver esta página a la escuela de su hijo.

Al firmar a continuación indico que he leído el aviso adjunto. Mi firma no significa que he accedido a mi participación en algún programa o actividad.

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____ Grado: _____

Por la presente confirmo que he recibido la información sobre mis derechos, responsabilidades y protecciones.

✍️ Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

FAVOR DE COMPLETAR LO SIGUIENTE SI ES APLICABLE:

MEDICACIÓN CONTINUA

Nombre del estudiante: _____

El estudiante está en un programa de medicina continua: (Por favor marque uno) SÍ _____ NO _____

Si la respuesta es **SÍ** al firmar a continuación usted tiene mi permiso para comunicarse con el médico del estudiante:

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Medicamento: _____ Dosis: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

PUBLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO

Si usted no desea que la información del directorio sea publicada (página 3), por favor firme donde se indica a continuación y asegúrese de que la oficina de la escuela haya recibido este formulario dentro de los próximos 30 días. Nota: Al firmar a continuación prohibirá al distrito proporcionar el nombre del estudiante y otra información a los medios de prensa, escuelas interesadas, asociaciones de padres y maestros, empleadores interesados y partes similares.

NO publique información del directorio relacionada a _____
(Nombre del estudiante)

Marque si se puede hacer una excepción para incluir la información y fotos del estudiante en el anuario.

✍️ Firma del padre o tutor: _____



Departamento de Educación del Condado de Orange CONTRATO MAESTRO DE ESTUDIO INDEPENDIENTE

Nombre del estudiante:		Edad:	Fecha de nacimiento:	Grado:
Correo electrónico del estudiante (personal):		Teléfono celular del estudiante: ()		
Padre/Tutor/Cuidador:		Teléfono: ()	Otro teléfono: ()	
Correo electrónico del padre/tutor/cuidador:				
Domicilio:		Ciudad:	Código postal:	
Modalidad: <input type="checkbox"/> Uno-a-Uno <input type="checkbox"/> Otra:		Duración: _____ - _____ año escolar	Frecuencia: <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Otra _____	
Área administrativa:	Escuela:	Fecha de inicio:	Fecha de conclusión:	Cita: Fecha: Hora:

ESTUDIANTE: ESTOY DE ACUERDO EN:

- Ser supervisado por personal certificado y/u otro personal aprobado de recursos académicos.
- Presentarme con mi maestro en el lugar, hora y frecuencia especificados anteriormente y en la fecha que se indica en el registro de tareas asignadas.
- Completar mis tareas de conformidad con la política de la Mesa Directiva. La duración máxima permitida para completar una tarea se indica en el registro de tareas asignadas y no puede exceder un semestre. Si no completo cuatro tareas consecutivas durante un período de asignación acordado, se llevará a cabo una evaluación de mi progreso educativo para determinar si debo permanecer en el estudio independiente.
- Asistir a una reunión del equipo de intervención estudiantil en caso de que no genere asistencia por más del 10% del tiempo de instrucción mínima requerida durante cuatro semanas continuas del calendario escolar o no participar en las instrucciones sincrónicas ofrecidas durante más del 50% del horario de instrucción sincrónica en el periodo de un mes escolar, según corresponda al grado escolar o esté en violación del Contrato Maestro de Estudio Independiente. Se enviará una carta en la que se nos informará a mí y a mi padre/tutor/cuidador de esta reunión relacionada con el cumplimiento del contrato maestro. Participarán todos los miembros del personal de la Agencia Educativa Local (LEA, por sus siglas en inglés), que hayan firmado el contrato maestro. Esta intervención incluirá una verificación de:
 1. Mi información actual de contacto.
 2. El lenguaje contenido en el contrato escrito.
 3. Mis necesidades, incluida la conexión con los servicios de salud y sociales, según sea necesario.
 4. Mi Plan Individualizado de Orientación Profesional y su impacto en mi rendimiento educativo y bienestar.
 5. Revocación de cualquier permiso de trabajo emitido hasta que mis tareas escolares sean completadas satisfactoriamente.
 6. Posible rescisión del contrato y recomendación de un programa alternativo en un plazo de cinco días.
- Obtener el transporte a la escuela. (Nota: La falta de transporte no es una razón aceptable para no reunirme con mis maestros y/o supervisores para entregar mis tareas terminadas.)
- Asistir y participar en cada uno de los exámenes exigidos por el estado a lo largo del año escolar.

Cursos de estudio propuestos:

Se negociarán contratos subsidiarios para cada curso, en los que se especificarán los objetivos, créditos, recursos, personal y materiales que se proporcionarán así como los criterios de evaluación. Estos formarán parte de este contrato maestro. Se podrán redactar contratos de cursos adicionales una vez que se reciban las constancias de estudios y calificaciones oficiales.



¿Dispone el estudiante de internet adecuado? Sí No* ¿Dispone el estudiante de la tecnología adecuada? Sí No*



* Si la respuesta es no, se ofrecerá el servicio al estudiante mediante un contrato por escrito.

Curso	Crédito necesario	Curso	Crédito necesario

CONTRATO: El Departamento de Educación del Condado de Orange se compromete a proporcionar el material y los servicios enumerados en los " acuerdos" de la página 2 de este contrato. Hemos leído las páginas 1 y 2 de este contrato y por este medio aceptamos todas las condiciones establecidas en el mismo.

Las escuelas ACCESS están plenamente acreditadas por la Asociación de Escuelas y Universidades de la Región Occidental (WASC, por sus siglas en inglés). Las escuelas ofrecen una gran selección de cursos de la A-G aprobados por la Universidad de California (UC, por sus siglas en inglés). Si la intención es aplicar a una universidad UC/CSU, preguntar por los cursos de la A-G. Las Escuelas Comunitarias del Condado ACCESS (Áreas 1, 2 y 3) no ofrecen cursos aprobados por la Asociación Atlética Nacional Universitaria (NCAA, por sus siglas en inglés).


 Firma del estudiante Fecha

 Firma del maestro supervisor Fecha


 Firma del padre/tutor/cuidador Fecha

 Firma del Maestro de Educación Especial (si aplicable) Fecha

RESPONSABILIDADES DEL ESTUDIANTE, (Continuación):**ENTIENDO LO SIGUIENTE:**

- El estudio independiente es una opción alternativa de educación que he seleccionado voluntariamente. Tendré siempre una opción disponible en el salón de clases en caso de que decida dejar de participar en el estudio independiente.
- Al ingresar al programa del Departamento de Educación del Condado de Orange, no he renunciado a ningún derecho como estudiante.
- Como estudiante de un estudio independiente, estoy consciente de que dispondré de los recursos del personal de OCDE, del plan de estudios, del equipo, de los libros de texto, de los materiales complementarios, de los recursos de la comunidad, según se indica en mi contrato(s) del curso y/o en mi registro(s) de tareas asignadas.
- Se me ofrecerá apoyo académico y de otro tipo para atender mis necesidades si no estoy rindiendo al nivel de grado, o si necesito apoyo en otras áreas, como en el caso de los estudiantes de inglés, personas con necesidades excepcionales a fin de ser coherentes con un programa o plan de educación individualizado de acuerdo con la Sección 504 de la Ley Federal de Rehabilitación de 1973 (29 U.S.C. Sec. 794), estudiantes en hogares de crianza o sin hogar, y estudiantes que requieren apoyos de salud mental.
- Si se me ha referido al Departamento de Educación del Condado de Orange de acuerdo con el Código de Educación 48915 o 48917, se me ha ofrecido instrucción alternativa en el salón de clases y está disponible en todo momento.
- Los cambios permanentes o temporales en el día y/o la hora de la cita pueden hacerse para acomodar los días feriados de la escuela, los días de servicio de los maestros o el horario del estudiante por razones buenas y suficientes. Los cambios relacionados con el día y/o la hora de la cita se documentarán en la sección "Registro/Comentarios del maestro" del Formulario de Registro de Tareas Asignadas.
- Debo seguir todas las normas de disciplina y comportamiento del código del Departamento de Educación del Condado de Orange. Cualquier violación de estas normas o el incumplimiento de los requisitos de OCDE podría resultar en mi suspensión del Departamento de Educación del Condado de Orange.
- Las visitas en cualquier otro plantel escolar requieren el permiso de esa escuela.
- Si solamente cumpla con los requisitos mínimos de estudio, completaré el equivalente a un solo curso semestral por mes, o un mínimo de 25 créditos por semestre. El programa de la escuela preparatoria del distrito es de 30 créditos por semestre.

PADRE/TUTOR/CUIDADOR

ENTIENDO Y ACEPTO QUE EL OBJETIVO PRINCIPAL DEL ESTUDIO INDEPENDIENTE ES OFRECER UNA ALTERNATIVA VOLUNTARIA DE EDUCACIÓN PARA MI HIJO O HIJA, CON LA OPCIÓN CONTINUA DE INSTRUCCIÓN EN EL SALÓN DE CLASES. ESTOY DE ACUERDO CON LAS CONDICIONES ANTES MENCIONADAS EN EL APARTADO "RESPONSABILIDADES DEL ESTUDIANTE". TAMBIÉN ENTIENDO Y ACEPTO QUE:

- Los objetivos de los cursos individuales son coherentes y se evalúan de la misma manera que lo harían si mi hijo/a estuviera inscrito en un programa escolar del distrito.
- Soy responsable de los gastos de reposición o reparación de los libros y otros bienes escolares deliberadamente dañados o destruidos por mi hijo.
- A menos que se indique lo contrario, un maestro o supervisor se reunirá con mi hijo de forma regular para dirigir y medir su progreso. El horario y el lugar de las reuniones con el maestro serán determinados por el mismo maestro en consulta con mi hijo.
- Se espera que yo anime a mi hijo a hacer más que los requisitos mínimos de estudio y que participe en actividades educativas adecuadas como: Programa ocupacional regional; trabajo voluntario en la comunidad; o un proyecto directo.
- Tengo derecho a apelar cualquier decisión sobre la colocación, el programa escolar o el traslado de mi hijo de acuerdo con los procedimientos del distrito escolar que lo ha referido.

ENTIENDO MIS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES COMO PADRE/TUTOR CONFORME A LOS SIGUIENTES CÓDIGOS DE EDUCACIÓN DE CALIFORNIA [EC, por sus siglas en inglés]:

- La asistencia escolar del estudiante es responsabilidad de los padres y su incumplimiento es una infracción del Código de Educación. (EC 48290)
- Se conservan los expedientes de cada estudiante y pueden ser revisados por los padres, el tutor o el estudiante. Se puede solicitar por escrito que se elimine información conflictiva. Todos los expedientes de los estudiantes se conservan durante períodos específicos, solamente el "expediente permanente" se conserva a perpetuidad. (EC 49063, 49068 y 49073)
- Ningún estudiante con discapacidad temporal puede recibir instrucción individual a través del estudio independiente. (EC 48206.3)
- El acoso sexual es ilegal; es una violación de las leyes estatales y federales. (EC 48980 / Federal 212.6)
- Se requiere el permiso por escrito de los padres o tutores para la inmunización de enfermedades contagiosas. (EC 48980)
- La administración durante el horario de clases de medicamentos recetados por un médico puede ser realizada por un enfermero o un maestro, bajo instrucciones detalladas, previa solicitud escrita de los padres. (EC 49451)
- No se podrá realizar un examen físico a un estudiante cuyos padres hayan presentado una objeción por escrito para el año escolar en curso. Un estudiante puede ser enviado a casa si, por una buena razón, se cree que padece una enfermedad contagiosa o infecciosa reconocida. (EC 49451)
- Si se planifican cursos de educación sexual, se le notificará su derecho a inspeccionar y revisar los materiales escritos o audiovisuales pertinentes antes de impartir el curso. Se respetará la objeción por escrito para su hijo. (EC 51550. *Esta sección no se aplica a las palabras o imágenes de cualquier libro de texto de ciencias, higiene o salud.*)



Escuelas y Servicios de Educación Alternativa, Comunitaria y Correccional ACCESS Plan Individual de Aprendizaje

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Fecha de Nacimiento) _____

Para lograr el éxito

Exito Académico: (Favor de marcar dos opciones en esta sección)

- Tengo un Promedio de 2.5 o más alto
 - Tener un promedio mínimo de asistencia del 90%
 - Mejorar mis habilidades en computadoras y tecnología
 - Completar un mínimo de 25 créditos por semestre
- Razones por haber seleccionado las opciones de arriba: _____

Colegio & Preparación para una Carrera: (Favor de marcar dos opciones es esta sección.)

- Completar una visita de la Universidad o Vocacional
 - Completar una evaluación de carrera
 - Crear un currículum
 - Solicitar una entrevista para un trabajo
 - Reunirme con mi consejero universitario/educador/entrenador de carrera/especialista de transición y crear un plan de acción
- Razones por haber seleccionado las opciones anteriores: _____

Habilidades para la vida & Desarrollo Personal: (Favor de elegir al menos una opción en esta sección.)

- Practicar una conducta positiva (no reportes de disciplina o suspensión)
 - Participar en un Foro del Colegio o un recorrido de una universidad
- Razones por haber seleccionado las opciones anteriores: _____

Participación en la Comunidad: (Favor de elegir al menos una opción en esta sección.)

- Completar 25 o más horas de servicio voluntario en la comunidad
 - Completar un proyecto de aprendizaje de servicio (ver al maestro para más información)
 - Participar en una actividad extracurricular patrocinada por ACCESS
 - Otra: _____
- Razones por haber seleccionado las opciones anteriores: _____

Plan de Transición

Para lograr el éxito después de terminar el programa ACCESS, Yo planeo . . .

- Volver a inscribirme en mi Preparatoria
- Graduarme de ACCESS
- Inscribirme en un Colegio Comunitario
- Obtener un empleo

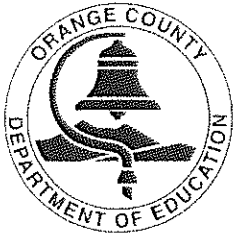
Para: _____ (fecha)

ILP debe completarse cada 6 meses
Original: Carpeta del Estudiante
Copia: Estudiante/Padre

Fecha de Revisión: _____

Firma de Estudiante

Firma del Maestro



9 de julio de 2020

Estimados padre o madre, tutor o cuidador:

OCDE/ACCESS tiene como objetivo proporcionarles a nuestros estudiantes oportunidades para obtener los servicios más integrales a fin de garantizar la salud y el bienestar de nuestros estudiantes y nuestra comunidad. Con este objetivo, nos complace informarles que está participando en el Registro de vacunación de California (CAIR), un sistema de vacunación informático seguro. Vea <http://cairweb.org>.

CAIR tiene muchos beneficios, entre ellos:

- Ayudar a garantizar que su hijo no pierda ninguna vacuna ni reciba demasiadas.
- Simplificarle a la escuela la entrega de tarjetas amarillas de reemplazo actualizadas cuando los padres las necesitan.
- Permitirles a nuestras oficinas ver con facilidad si su hijo ha recibido todas las vacunas necesarias para la inscripción en la escuela.
- Darle a nuestra escuela la posibilidad de llevar un registro electrónico del historial de vacunación de los pacientes.

Estamos entusiasmados de usar CAIR y ofrecerle sus beneficios. En el pasado, es posible que usted le haya entregado a la escuela los registros de vacunación de su hijo. Estos registros están protegidos por la Ley Federal de Derechos de la Familia en Educación y Privacidad de 1974, Código de Los Estados Unidos (20 U.S.C. § 1232g). La escuela puede divulgar estos registros a CAIR e incluirlos en la base de datos de CAIR sólo si usted acepta voluntariamente la divulgación por escrito. Hemos adjuntado un formulario de consentimiento para padres para la autorización de esta divulgación. Complete la parte de abajo del formulario de consentimiento indicando si le gustaría participar en el programa CAIR.

Si tiene preguntas sobre CAIR, llame a nuestra oficina al 714-245-6608. Si después de hablar con nuestra oficina, tiene más preguntas sobre CAIR, comuníquese con un miembro del personal de CAIR llamando al 1-800-578-7889.

Atentamente,

Dr. Jeff Hittenberger, Director Académico
Adj.

**ORANGE COUNTY
DEPARTMENT
OF EDUCATION**

200 KALMUS DRIVE
P.O. BOX 9050
COSTA MESA, CA
92628-9050

(714) 966-4000

FAX (714) 432-1916

www.ocde.us

AL MIJARES, Ph.D.
County Superintendent
of Schools

**ORANGE COUNTY
BOARD OF EDUCATION**

MARI BARKE

REBECCA 'BECKIE' GOMEZ

TIM SHAW

LISA SPARKS, PH.D.

KEN L. WILLIAMS, D.O.



Estimado padre o tutor:

Con el comienzo del año escolar 2013-2014, el Estado de California implementó un nuevo método para financiar a los distritos escolares y oficinas de educación de los condados, llamado Fórmula de Financiamiento de Control Local (LCFF, por sus siglas en inglés). La Asamblea Legislativa de California aprobó el nuevo método de financiamiento el 14 de junio de 2013 y el Gobernador Brown firmó el proyecto de ley el 1 de julio de 2013.

**ORANGE COUNTY
DEPARTMENT
OF EDUCATION**

200 KALMUS DRIVE
P.O. BOX 9050
COSTA MESA, CA
92628-9050

(714) 966-4000

FAX (714) 432-1916

www.ocde.us

AL MIJARES, Ph.D.
County Superintendent
of Schools

La LCFF representa un cambio histórico en la forma en que California financia las escuelas públicas y reemplaza la vieja fórmula para el financiamiento de las escuelas públicas establecida por el Gobernador Ronald Reagan en la década de 1970. La LCFF presenta una oportunidad igualmente histórica para que las agencias de educación locales mejoren los resultados de los estudiantes, cierren las brechas de rendimiento y aumenten el nivel de comunicación entre las escuelas y las comunidades a las que atienden.

La LCFF es una fórmula ponderada basada en los estudiantes que reconoce que los alumnos de bajos ingresos, los estudiantes que están aprendiendo inglés y los que están en hogares de crianza temporal necesitan apoyo adicional. Para brindar este apoyo adicional, la nueva fórmula de financiamiento pone a disposición de las oficinas de los condados y los distritos escolares, fondos adicionales para estos estudiantes.

El Departamento de Educación del Condado de Orange (OCDE) mediante su División de Educación Alternativa (ACCESS), ya recopila información y datos sobre los estudiantes clasificados como alumnos que están aprendiendo el idioma inglés y los estudiantes identificados como niños en hogares de crianza. ACCESS no ha recopilado información sobre los estudiantes que pertenecen a familias de bajos ingresos. Para que ACCESS reciba estos fondos adicionales y con ello brindar apoyo adicional, debemos identificar a aquellas que califiquen como familias de bajos ingresos.

En un esfuerzo por identificar a los estudiantes de bajos ingresos solo para fines de responsabilidad y financiamiento, el programa ACCESS solicita a todas las familias que llenen el "FORMULARIO DE ELEGIBILIDAD CON RESPECTO A LA RESPONSABILIDAD Y FINANCIAMIENTO POR BAJOS INGRESOS" para cada estudiante inscrito en ACCESS, cuya copia se adjunta a la presente. Lea atentamente el formulario, llénelo y devuélvalo con los demás documentos de inscripción que se le han dado para completar.

En el reverso del formulario verá una escala de elegibilidad relacionada con los ingresos del hogar. El formulario en sí no solicita una cantidad de ingresos específica. Le pregunta en qué rango de ingresos se encuentra. Si sus ingresos no se ajustan a ninguno de los rangos de la escala de elegibilidad, simplemente marque la casilla que dice: "El estudiante no cumple con los criterios descritos anteriormente". No se le pide que revele los ingresos específicos de su hogar. El tamaño de la familia y los ingresos del hogar permanecerán estrictamente confidenciales y no se compartirán con ningún propósito. Su privacidad es muy importante para nosotros.

Si ahora no encaja en uno de los rangos de elegibilidad, pero luego hubiera reducciones en los ingresos de su hogar, como la pérdida de un trabajo, o si el tamaño de su familia aumentara, se volviera elegible para Cupones para Alimentos, CalWORKS, Kin-GAP, o beneficios FDPIR; usted puede enviar otro formulario en ese momento.

Atentamente


Vern Burton, Superintendente Adjunto

**ORANGE COUNTY
BOARD OF EDUCATION**

MARI BARKE

TIM SHAW

LISA SPARKS, PH.D.

JORGE VALDEZ Esq.

KEN L. WILLIAMS, D.O.



Departamento de Educación del Condado de Orange
División de Educación Alternativa
Escuelas de Educación Alternativa y Servicios Correccionales de la Comunidad

FÓRMULA DE FINANCIAMIENTO DE FONDOS CON CONTROL LOCAL
RENDICIÓN DE CUENTAS DE ESTUDIANTES DE BAJOS INGRESOS Y
ELEGIBILIDAD PARA FINANCIAMIENTO 2023-24

Con el objetivo de identificar a los estudiantes de bajos ingresos utilizando la Fórmula de Financiamiento de Fondos con Control Local (Local Control Funding Formula, LCFF) sólo para fines de rendición de cuentas y financiamiento, llene este formulario para cada estudiante inscrito.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre/tutor/representante: _____

Escuela/Unidad administrativa: _____

Marque las opciones que apliquen al estudiante antes mencionado:

Form with checkboxes for household benefits: CalFresh, Kin-GAP, CalWORKS, FDPIR. Includes text: 'Un miembro del hogar recibe uno de los siguientes beneficios. Marque una casilla:'

Form with checkbox: 'Estudiante colocado en un hogar de crianza o en cuidado fuera del hogar (está bajo la responsabilidad legal de una agencia de hogar de crianza o de un tribunal).'

Form with checkboxes: 'El estudiante no tiene hogar*1 se ha fugado*2 es un migrante*3'

Form with checkbox: 'Cumple con los requisitos de elegibilidad de ingreso de FRPM según las "Escalas de elegibilidad de ingreso de FRPM" (vea el reverso del formulario)'

Form with checkboxes: 'Escala de elegibilidad FM Escala de elegibilidad RM'

Form with checkbox: 'El estudiante no cumple con los criterios descritos arriba.'

Certifico (prometo) que la información provista arriba es verdadera y correcta y que todos los ingresos fueron incluidos al determinar la elegibilidad por ingreso. Entiendo que se proporciona esta información en relación al recibo de fondos estatales y que los funcionarios de la escuela podrán verificar la información en cualquier momento, y que la tergiversación internacional de la información me expone a ser enjuiciado según las leyes estatales y federales correspondientes.

Escriba en letra impresa el nombre del miembro del hogar que está completando este formulario: _____

Firma del adulto miembro del hogar que está completando este formulario: _____

Fecha en que se firmó: _____

Dirección, número de departamento, etc. Ciudad Estado Código postal

Número del teléfono de casa Numero de teléfono celular Correo electrónico

*Para uso oficial de la escuela: verificación completada por el intermediario de los que no tienen hogar; el intermediario de la educación local, el coordinador local del Programa de Educación para Migrantes (Migrant Education Program, MEP) o el intermediario de la educación local. Si, el estudiante califica bajo la definición del estado No, el estudiante no califica.

Escalas de elegibilidad de ingreso de FRPM para el 2023-24

A partir del 1º de julio de 2023 hasta el 30 de junio de 2024, los participantes de hogares con ingresos iguales o menores a los valores indicados a continuación calificarán bajo el financiamiento de subsidio adicional/de concentración.

Nota:

Los cálculos de ingreso se basan en las cifras anuales y las siguientes fórmulas: Mensual = ingreso anual dividido entre 12; Dos veces al mes = ingreso anual dividido entre 24; Cada dos semanas = ingreso anual dividido entre 26; y Semanalmente = ingreso anual dividido entre 52. Todos los montos en dólares se redondean al siguiente número entero.

El cálculo debe incluir el ingreso de todos los miembros del hogar.

Los ingresos de todos los miembros del hogar deben ser incluidos en el cálculo.

El ingreso incluye, entre otros: Ganancias brutas del trabajo (monto obtenido antes de impuestos y otras deducciones), pensiones, jubilación, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), beneficios de asuntos para veteranos (VA), beneficios de prestaciones sociales, manutención, pagos de pensión alimenticia, beneficios por discapacidad, indemnización laboral, beneficios por desempleo o huelga, contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar, dinero en efectivo retirado de cuentas de ahorros, intereses y dividendos, ingreso de patrimonios, fideicomisos e inversiones, regalías y anualidades netas, ingreso neto por arrendamiento y cualquier otro tipo de ingreso, incluyendo ingreso temporal.

No incluye ingresos provenientes de CalFresh, CalWorks, Kin-GAP, FDPIR, WIC, beneficios de educación federal, ni pagos de la agencia de asignación que recibe su familia por el cuidado temporal que provee, Iniciativa de privatización de viviendas militares o pago por combate.

Encierre en un círculo la cantidad de miembros de la familia y el rango de los ingresos del hogar.

PLEASE INITIAL										
	FM ESCALA DE ELEGIBILIDAD					RM ESCALA DE ELEGIBILIDAD				
MIEMBROS DE LA FAMILIA	AÑO	MES	DOS VECES AL MES	CADA DOS MESES	SEMANAL	AÑO	MES	DOS VECES AL MES	CADA DOS MESES	SEMANAL
1	\$18,954	\$1,580	\$790	\$729	\$365	\$26,973	\$2,248	\$1,124	\$1,038	\$519
2	\$25,636	\$2,137	\$1,069	\$986	\$493	\$36,482	\$3,041	\$1,521	\$1,404	\$702
3	\$32,318	\$2,694	\$1,347	\$1,243	\$622	\$45,991	\$3,833	\$1,917	\$1,769	\$885
4	\$39,000	\$3,250	\$1,625	\$1,500	\$750	\$55,500	\$4,625	\$2,313	\$2,135	\$1,068
5	\$45,682	\$3,807	\$1,904	\$1,757	\$879	\$65,009	\$5,418	\$2,709	\$2,501	\$1,251
6	\$52,364	\$4,364	\$2,182	\$2,014	\$1,007	\$74,518	\$6,210	\$3,105	\$2,867	\$1,434
7	\$59,046	\$4,921	\$2,461	\$2,271	\$1,136	\$84,027	\$7,003	\$3,502	\$3,232	\$1,616
8	\$65,728	\$5,478	\$2,739	\$2,528	\$1,264	\$93,536	\$7,795	\$3,898	\$3,598	\$1,799
Por cada miembro adicional, agregue:										
	\$6,682	\$557	\$279	\$257	\$129	\$9,509	\$793	\$397	\$366	\$183

Hogar es sinónimo de familia y se refiere a un grupo de personas que tengan o no un parentesco, quienes no viven en una institución o una pensión, pero que viven como una unidad económica en la que comparten los ingresos y los gastos de vivienda y gastos importantes. Esta escala no aplica a los hogares que reciben beneficios del Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP) – conocido como CalFresh en California, beneficios del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indias (FDPIR), o niños que reciben Asistencia Temporal para las Familias Necesitadas – conocido como CalWORKS en California. Aquellos niños califican automáticamente para los beneficios alimenticios gratuitos.

En el Componente de Cuidado para Adultos del Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos, un hogar incluye al adulto participante y, si reside con el participante, él o su cónyuge, así como también las personas que dependen del adulto participante en términos económicos. Esta escala no aplica para los miembros de SNAP ni a los recipientes de beneficios de seguridad de ingreso suplementario, Medicaid (conocido Medi-Cal en California) o FDPIR. Aquellos participantes califican automáticamente para alimentos gratuitos.



FOR SCHOOL USE ONLY

ACCESS Area #: _____
 Permanent ID: _____
SHQ is CONFIDENTIAL. Do not place in cumulative file.

CUESTIONARIO DE VIVIENDA DEL ESTUDIANTE

Primer Nombre: _____ Apellido: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Edad 18+
 Nombres del padre/tutor legal: _____
 Dirección actual: _____ Número de teléfono: _____
 Correo electrónico: _____ Número de teléfono del estudiante: _____
 Fecha de vigencia (fecha de matriculación o cambio de estado de vivienda): _____

La información proporcionada a continuación le ayudará al Enlace de McKinney-Vento en determinar en qué servicios podrían ser elegibles en recibir usted y / o su hijo. Esto puede incluir servicios adicionales a través del Título I, Parte A y / o la Ley federal de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario se mantendrá confidencial y será compartida solamente con el personal apropiado del distrito y del sitio escolar.

Actualmente, ¿está usted o su familia viviendo bajo alguna de estas situaciones? (seleccione su residencia nocturna actual):

- Se hospeda en un refugio (refugio de familias, refugio para víctimas de abuso doméstico, refugio para jóvenes) o en una caravana de la Agencia del Manejo de Emergencias Federal (FEMA, por sus siglas en inglés)
- Comparte hospedaje con otro (s) a causa de pérdida de alojamiento, dificultades económicas, desastre natural, falta de alojamiento adecuado o una razón similar
- Vive en un carro, parque, área de campamento, edificio abandonado o cualquier alojamiento inadecuado (por ejemplo, con falta de agua, electricidad o calefacción)
- Vive temporalmente en un motel u hotel debido a una pérdida de alojamiento, dificultad económica, desastre natural o alguna situación similar.
- Viven solos en una residencia permanente

¿Hay niños en la familia menores de 5 años de edad? SI NO Nombres y edades: _____

Información adicional (seleccione todo lo que aplique):

- Migrante (el niño/joven o el padre es un trabajador agrícola migratorio Y cumple con los requisitos de McKinney-Vento)
- Bilingüe Emergente (Aprendiz de Inglés)
- Niño/joven con discapacidades (Educación Especial)
- Juventud Adoptiva
- Menor No Acompañado (menor de 18 años y viviendo separado de sus padres o tutores)

La persona que firma certifica que la información proporcionada es correcta y precisa.

Firma: _____ Fecha: _____
 Padre o Tutor Estudiante Maestro Consejero Escolar Enlace de McKinney-Vento o designado

Usted o su hijo o hijos pueden tener el derecho a:

- La matriculación inmediata en la última escuela que ellos asistieron (escuela de origen) o la escuela local donde se hospedan actualmente, aunque no tenga todos los documentos normalmente requeridos en el momento de la matriculación
- De continuar asistiendo a su escuela de origen, si usted lo solicita y es en el mejor interés del estudiante
- Recibir transporte hacia y de su escuela de origen, los mismos programas y servicios especiales, si son necesarios, que se ofrecen a todos los demás niños, incluyendo comidas gratuitas y el Título I
- Recibir todas las protecciones y servicios proporcionados bajo las leyes federales y estatales, como se relacionan a los niños sin hogar, jóvenes y sus familias

Si tiene alguna pregunta sobre estos derechos, por favor comuníquese con una de las Enlaces de McKinney Vento de ACCESS: Wendy Rogan al (714) 836-1563 o wrogan@ocde.us / Mickey DeLaCruz al (714) 245-6429 o mdelacruz@ocde.us
 Para información y recursos adicionales, favor de visitar la página web de McKinney-Vento de ACCESS al <https://ocde.us/ACCESS/Pages/ACCESS-McKinney-Vento-Educational-Services.aspx>



Departamento de Educación del Condado de Orange
División de la educación alternativa
Comunidad alternativa y escuelas y servicios educativos correccionales

Reconocimiento y confirmación de los acuerdos subsidiarios

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

He leído en su totalidad todos los documentos disponibles en el sitio web del Programa ACCESS <http://ocde.us/access> enumerados a continuación, y acepto todas las estipulaciones establecidas en estos documentos. Una copia de estos documentos está disponible a solicitud del Centro de asistencia escolar y registros de ACCESS (714) 547-9972.

Escriba sus iniciales a la izquierda de cada documento indicando que lo ha leído.

Iniciales o firma

Documento

✍️ _____ Acuerdo de las reglas y regulaciones ([Enlace](#))

✍️ _____ Política del uso aceptable de Internet ([Enlace](#))

✍️ _____ Reproducción de imágenes/Formulario de autorización para la prensa ([Enlace](#))

Estudiante: Por la presente ___ doy___ no doy permiso
Yo, estaría no estaría interesado en que me entrevisten los miembros de la prensa.

Padres: Por la presente _____ doy_____ no doy permiso
Yo, doy no doy permiso para que los miembros de la prensa entrevisten a mi hijo.

✍️ _____ Convenio de la familia ([Enlace](#))

✍️ _____ Acuerdo de uso aceptable del estudiante ([Enlace](#))

Las firmas a continuación indican el entendimiento y la aprobación de la información antes mencionada.

✍️ Firma de los padres: _____ Fecha: _____

✍️ Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Este formulario debe guardarse en su dispositivo antes de completar

Imprima formularios de una sola cara para uso de procesamiento escolar