



INDIANAPOLIS PUBLIC SCHOOLS  
OFFICE OF STUDENT ASSIGNMENT

**INDIVIDUAL ENROLLMENT APPLICATION**

IPS OFFICE USE ONLY

<input type="checkbox"/> New Student  <input type="checkbox"/> Re-Entering Student  <input type="checkbox"/> Pre- Register  <input type="checkbox"/> Change of Address  Verification of: <input type="checkbox"/> Birth Certificate  <input type="checkbox"/> Immunization  <input type="checkbox"/> Address	Sending School _____ Receiving School _____ Current Grade _____ Special Education Program _____ IPS Student ID# _____ State Test Number _____  In what language would you like your student's written correspondence? <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish	Date Stamp         Entry Date _____
---	---	--

**PRIMERA PARTE – La información sobre el estudiante**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<u>Sexo</u>  <input type="checkbox"/> Masculino  <input type="checkbox"/> Femenino	Ambas, Parte 1 y Parte 2 debajo, <u>tienen que responderse</u> en la Etnicidad / Raza		<u>Nivel de Grado</u>  <i>Circule el grado (Se requiere comprobación para los niños que van a entrar por primera vez)</i>  <table style="width: 100%; text-align: center;"> <tr><td>PK</td><td>Kg</td><td>1</td><td>2</td><td>3</td></tr> <tr><td>4</td><td>5</td><td>6</td><td>7</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>9</td><td>10</td><td>11</td><td>12</td></tr> </table>	PK	Kg	1	2	3	4	5	6	7		8	9	10	11	12
	PK	Kg		1	2	3												
4	5	6	7															
8	9	10	11	12														
<u>Parte 1 – Etnicidad</u> (Escoja uno solamente)  <input type="checkbox"/> No, no soy Hispano/Latino  <input type="checkbox"/> Sí, Hispano/Latino	<u>Parte 2 – Raza</u> (Escoja uno o más)  <input type="checkbox"/> India Americana o Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o Africana- Americana <input type="checkbox"/> Nativa Hawaiana o Isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca																	

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Última escuela asistida en IPS: \_\_\_\_\_ Última escuela asistida \_\_\_\_\_

¿Su niño/niña ha sido suspendido o expulsado de la escuela o en proceso de ser suspendido o expulsado de la escuela?     Sí     No

Si ha sido expulsado, ¿de cuál escuela? \_\_\_\_\_

## SEGUNDA PARTE – La información sobre los padres o los apoderados

Primer Apoderado: \_\_\_\_\_

Relación al niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Extensión: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

2do Apoderado: \_\_\_\_\_

Relación al niño: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Ext: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## TERCERA PARTE – Información en caso de Emergencia

*En caso de emergencia, la escuela tratará de ponerse en contacto con los padres primeramente, El nombre y el teléfono de esta persona tienen que ser de alguien que no viva en la misma casa del estudiante.*

*En caso de que no se pueda comunicar con los padres, por favor pónganse en contacto con:*

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

## CUARTA PARTE – Información sobre la familia

Favor de agregar los nombres de todos los hermanos que viven en la misma casa.

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento	Sex	Grado	Escuela
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	_____	_____

## QUINTA PARTE – Información relacionada

(Por favor de darnos cualquier otra información que usted crea que la escuela necesita saber sobre su hijo/hija.)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo certifico que toda esta información en la planilla es verdadera y correcta hasta esta fecha. Yo comprendo que si doy una información falsa, mi hijo/hija puede perder la asignación escolar. #El nivel de grado y la colocación en un programa depende de la verificación de los requisitos de elegibilidad.

Firma de los

Padres/apoderados: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



**Oficina de Matrícula y Opciones  
Indiana Inmunización Registro Autorización de Guardián**

Yo, \_\_\_\_\_, doy permiso a las Escuelas Públicas de Indianapolis para divulgar la siguiente información concerniente a mi hijo,

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

Al Departamento de Salud del Estado de Indiana Programa de registro de inmunizaciones para niños y hoosiers (CHIRP):

- Nombre
- Fecha de nacimiento
- Datos de Inmunización
- Nombre del Guardián
- Otra información de identificación según corresponda

Entiendo que la información en el registro puede ser utilizada para verificar que mi hijo ha recibido las vacunas apropiadas y para informar a mi hijo o mi hijo del estado de vacunación de mi hijo o que se debe vacunar de acuerdo con los programas de inmunización recomendados.

Entiendo que la información de mi hijo estará disponible para el registro de datos de inmunización de otro estado, un proveedor de atención médica, un departamento de salud local, una escuela primaria o secundaria a la que asiste mi hijo, un centro de cuidado infantil y la Oficina de Política y Planificación de Medicaid. Un contratista de la Oficina de Política y Planificación de Medicaid. También entiendo que otras entidades pueden ser agregadas a esta lista a través de una enmienda al IC 16-38-5-3.

Por la presente doy mi consentimiento a la divulgación de dicha información.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Escuela: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



DEPARTMENT OF EDUCATION

Dr. Jennifer McCormick  
Superintendent of Public Instruction

*Working Together for Student Success*

## Home Language Survey (HLS) Spanish Version

El Título VI, del Acta de los Derechos Civiles de 1964 Procedimientos y Cumplimiento del Lenguaje de Minorías, contiene requisitos legales que guían a las escuelas para determinar el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante. Esta información es esencial para que las escuelas puedan ofrecer instrucción significativa a todos los estudiantes como se requiere por Plyler v. Doe, 457 U.S. 202 (1982).

Esta encuesta del idioma que se habla en casa (HLS) establece el idioma principal de su hijo/a. Tiene que darse esta encuesta (HLS) a todos los estudiantes en el distrito escolar / escuela semi-autónoma. Esta encuesta (HLS) es administrada una vez, durante la matrícula inicial, y se queda en el archivo escolar acumulativo del estudiante.

Las respuestas de la encuesta son relacionadas con su hijo/a. Si se ha identificado que el idioma no es inglés a cualquiera de las tres preguntas, la escuela administrará la Prueba del Desarrollo del Inglés (LAS Links) para determinar si su hijo/a calificará para el programa de Desarrollo del idioma Inglés.

Respuesta las preguntas acerca del idioma(s) de su estudiante por favor:

1. ¿Cual es el idioma o el dialecto nativo de su hijo/hija? \_\_\_\_\_
2. ¿Cual idioma(s) es hablado más por su hijo/hija? \_\_\_\_\_
3. ¿Cual idioma habla su hijo/hija en casa con más frecuencia? \_\_\_\_\_

Nombre Legal del Estudiante: \_\_\_\_\_

Nombre del Padre, Madre o Guardián: \_\_\_\_\_

Firma del Padre, Madre o Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Al firmar aquí, usted certifica que las respuestas a las tres preguntas mencionadas arriba son relacionadas con su hijo/a. Usted entiende que si se ha identificado que el idioma no es ingles, su hijo/a tendrá un examen para determinar si él o ella califica para el programa de Desarrollo del idioma Inglés, para ayudarlo/a a que sea fluente en Inglés. Todos los estudiantes en el programa de Desarrollo del idioma Inglés tienen el derecho a servicios que lo ayudaran a aprender el idioma Inglés y tendrá un examen cada año para determinar el nivel de inglés.

### For School Use Only:

School personnel who administered and explained the HLS and the placement of a student into an English language development program if a language other than English was indicated:

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Escuelas Públicas de Indianápolis  
Ley de Asistencia para Personas sin Hogar McKinney-Vento  
Información de Residencia para Matrícula Escolar



Nombre del Estudiante(s): \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Grado: \_\_\_\_\_ Escuela Actual o Última Escuela Asistida: \_\_\_\_\_  
ID Estudiante: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Joven No Acompañado: Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono(s): \_\_\_\_\_

*Por favor anote todos los números de teléfonos donde usted pueda ser contactado (e.j., móvil, hogar, trabajo).*

**Información Confidencial**

*Por favor marque una de las siguientes afirmaciones*

- Compartir un hogar doble: **Temporalmente** viviendo con familia de otros debido a falta de vivienda o dificultades económicas
- Refugio \_\_\_\_\_ Vivienda Transitoria \_\_\_\_\_ Hogar para Madres Solteras \_\_\_\_\_
- Padre/Tutor es: Despliegue Militar \_\_\_\_\_ Encarcelado \_\_\_\_\_ Hospitalizado \_\_\_\_\_
- Hotel/Motel por falta de otra vivienda adecuada
- Viviendo en las calles: en edificios abandonados, carros, remolques temporales, lugares públicos (parques, estaciones de autobús/tren), y vivienda que no se ajusta a la habitación

*Por favor provea información sobre el área en la que el estudiante está viviendo:* \_\_\_\_\_

- En espera de colocación de cuidado de crianza
- No aplica: estudiante **NO ESTÁ** sin hogar

*Si usted marcó uno de los cuadros anteriores, por favor, conteste las siguientes preguntas:*

¿Cuál es/son la razón(es) que el estudiante está viviendo en la dirección temporal mencionada anteriormente? \_\_\_\_\_

¿Está usted buscando una vivienda permanente?  Sí  No

Si no, por qué no? \_\_\_\_\_

¿Está uno de los padres viviendo en la misma dirección que el estudiante?  Sí  No

Si no, con quién está viviendo el estudiante: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Hermanos en el hogar con el estudiante: \_\_\_\_\_ (0-5) \_\_\_\_\_ (6-13) \_\_\_\_\_ (14-17) \_\_\_\_\_ (18+)

*(Si alguna clarificación es necesaria, el Trabajador Social de la Escuela o el Especialista/Enlace de McKinney-Vento puede ponerse en contacto con usted.)*

**Residencia y Derechos Educativos**

Los estudiantes que se encuentran en situaciones de vida temporal, inadecuada y sin hogar tienen los siguientes derechos:

1. Inscripción inmediata en la última escuela que ellos asistieron o la escuela cuya área de asistencia ellos están actualmente quedándose, aunque no tengan todos los documentos requeridos en el momento de la inscripción,
2. Acceso a comidas gratis y libros de texto, Título I y otros programas educativos y otros servicios comparables incluyendo transportación.
3. Asistencia a las mismas clases y actividades que los estudiantes en otras situaciones de la vida también participan sin temor de ser separados o tratados de manera diferente debido a su situación de vivienda.

Si tiene preguntas sobre estos derechos deben ser dirigidas a la oficina local del Coordinador de McKinney-Vento al 317.226.3208 y 317.226.4748 o al Coordinador del Estado al 317.234.4827.

Al firmar a continuación, reconozco que he recibido y entiendo los derechos antes mencionados.

\_\_\_\_\_  
*Firma del Padre/Tutor/Joven No Acompañado*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Para uso oficial solamente: Envíe esta forma por Fax al Coordinador de McKinney-Vento al 317.226.3665.



DEPARTMENT OF EDUCATION

Dr. Jennifer McCormick
Superintendent of Public Instruction

Working Together for Student Success

El Programa de Educación Migrante (MEP) provee educación y servicios suplementarios a niños que califican a través de fondos nacionales. El propósito de MEP es asegurar que todos los estudiantes migrantes tengan éxito académico y que se gradúen con su diploma (o que completen el GED)

ENCUESTA DE TRABAJO

Gracias por contestar las siguientes preguntas. Si su hijo(a) resulta elegible para el Programa de Educación Migrante, podría recibir apoyo educativo adicional. La información es totalmente confidencial.

Nombres de los Padres: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

- 1. ¿Cuanto tiempo han vivido en esta ciudad/distrito escolar? \_\_\_\_\_
2. Durante los últimos tres años, ¿Se han mudado sus hijos o han cambiado de distrito escolar dentro de los Estados Unidos, solos, con un padre o pariente, para que esa persona pudiera buscar trabajo temporal o de temporada en algo relacionado con la agricultura?
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Sí contestó NO, favor de parar aquí. STOP

Si contestó SI, favor de continuar.

- 3. ¿Cuándo fue la última vez que usted o un miembro de su familia se mudó para trabajar en la agricultura? Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

- 4. Por favor marque en la parte abajo la actividad agrícola en la cual usted buscó trabajo o trabajó.

- \_\_\_ Matadero de patos, pavos, pollos, cerdos o vacas \_\_\_ Enlatar o congelar verduras o frutas en la bodega
\_\_\_ La espiga (maíz) \_\_\_ Trabajar en la siembra o cosecha de césped
\_\_\_ Cultivar tabaco \_\_\_ Plantar, emparejar o cortar árboles
\_\_\_ Pollería o granja de huevos \_\_\_ Granja de vacas lecheras
\_\_\_ Plantar o cosechar verduras o frutas \_\_\_ Cultivar y cosechar flores
\_\_\_ Trabajar en un criadero de peces \_\_\_ Trabajar en la cría de plantas

Por favor escribe los nombres de todos los niños, menos de 22 años de edad, que viven con usted.

Table with 2 columns: Nombre del niño(a), Fecha de nacimiento. Rows 1-5.