Lake Quinault School District
6130 US Highway 101
Amanda Park, WA 98526
Phone: 360-288-2414 x500 FAX: 360-288-2209

State Law 815-828 Paragraph F states that no school shall withhold records due to financial debts. Federal Law 99.31 - No Parent signature required for educational records to be sent to another educational agency.

REQUEST FOR TRANSFER OF EDUCATIONAL AND SPECIAL EDUCATION RECORDS BETWEEN SCHOOLS

Last School Attended_____

Street_____City_____State_____Zip_____

Student's Name_____

Birthdate_____Grade_____Start date of_____

Please send the following Information as quickly as possible:

☐ Unofficial Transcript
☐ ELL Records
☐ Report Cards
☐ Discipline Records
☐ Medically Verified Immunization Records
☐ Attendance Records
☐ Copy of Birth Certificate
☐ Legal Documents
☐ Special Education Records, including IEP's, MET, Psychological Reports

Please FAX, Email or Mail records to:

FAX: 360-288-2209
Email: amickelson@lakequinaultschools.org

Lake Quinault Schools
Records Office
PO Box 38
Amanda Park, WA 98526

_____
School Official

I acknowledge notification of this transfer of records as required by the Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 and understand that I have the right to have a copy at my own expense, if requested, and have an opportunity for a hearing of the contents of the records. I understand that the information transferred will be treated in a confidential manner and will not be transferred to a third party with my consent.

Signature of Parent or Guardian_____**Date**_____

LAKE QUINAULT SCHOOL DISTRICT #97

Student Registration Form

Staff use only – please do not write in gray boxes

Date Of Entry:	Date Of Birth:
Transferred From:	Grade:
Tribal Enrollment:	Food Service ID#:

Student Legal Last Name:	Legal First Name:	Legal Middle Name:	Birthdate(MM/DD/YY)

Gender ☐ Male ☐ Female	Pref. Gender ☐ Male ☐ Non-binary ☐ Female	Grade	Birthplace: City	State	Country

If your child was born outside the United States:	Date of Initial Enrollment in US Public School (mm/dd/yy)	Number of Months of K-12 Schooling Outside US

Ethnicity & Race Info – see additional page	Language Student Currently Speaks:	Language First Spoken By Student:	Lang. Spoken at Home:

Name of Last School(s) Attended:	Date Last Attended:	Previous School Location (City & State):

#1 Primary Household (where student resides)

Last Name	First Name	Relationship to Student

Home Phone: ☐ Primary #	Cell Phone: ☐ Primary #	Work Phone:

*Please check box next to primary number

Email:

Last Name	First Name	Relationship to Student

Cell Phone:	Work Phone:

Email:

Street Address	Street Address (Include Apt#)			Mailing Address	Street/PO Box#		
	City	State	Zip		City	State	Zip

#2 Second Household

Last Name	First Name	Relationship to Student

Home Phone: ☐ Unlisted	Cell Phone:	Work Phone:

Email:

Last Name	First Name	Relationship to Student

Cell Phone:	Work Phone:

Email:

Street Address	Street Address (Include Apt#)			Mailing Address	Street/PO Box#		
	City	State	Zip		City	State	Zip

Is there a joint custody or parenting plan in effect?	☐ Yes	☐ No	☐ Attached (If yes, copy must be on file with school)
Is there a restraining order in effect?	☐ Yes	☐ No	☐ Attached (If yes, copy must be on file with school)

LAKE QUINAULT SCHOOLS
Home of the Elks

ESCUELAS PÚBLICAS DE LAKE QUINAULT

Formulario de Registro Estudiantil

SPANISH VERSION
Student Registration Form

Solo para uso del personal; no escriba en casillas grises

Date Of Entry:	**Date Of Birth:**
Transferred From:	**Grade:**
Tribal Enrollment:	**Food Service ID#:**

Apellido del Estudiante:	Primer Nombre Legal del Estudiante:	Segundo Nombre Legal:	Fecha de Nacimiento (MM/DD/YY)

Género	Género Preferido	Grado	Lugar de Nacimiento: Ciudad	Estado	País
☐ Masculino ☐ Femenino	☐ Masculino ☐ No-binario ☐ Femenino				

Si su hijo/a nació fuera de los Estados Unidos:	Fecha de inscripción inicial en una escuela pública en los EEUU (mm/dd/aa)	Número de meses en una escuela de K-12 fuera de los EEUU
Información de etnicidad y raza – ver página adicional	Primer Idioma hablado por el Estudiante:	Primera Lengua hablada en Casa:

Nombre de la Ultima Escuela (Pre-kínder) Asistida:	Ultimo Día Asistido:	Dirección de la Escuela Anterior (Ciudad & Estado):

#1 Hogar Primario (donde reside el niño)

Apellido	Primer Nombre	Parentesco con el Niño

Teléfono del Hogar: ☐ Primario #	Teléfono Celular: ☐ Primario #	Teléfono del Trabajo:

Correo Electrónico: *Marque la casilla junto a su número principal

Apellido	Primer Nombre	Parentesco con el Niño

Teléfono Celular:	Teléfono del Trabajo:

Correo Electrónico:

Dirección de la Calle	Dirección (incluya Apt #)			Dirección de Correspondencia	Calle/Caja Postal		
	Ciudad	Estado	Código Postal		Ciudad	Estado	Código Postal

#2 Segundo Hogar

Apellido	Primer Nombre	Parentesco con el Niño

Teléfono del Hogar: ☐ Privado	Teléfono Celular:	Teléfono de Trabajo:

Correo Electrónico:

Apellido	Primer Nombre	Parentesco con el Niño

Teléfono Celular:	Teléfono del Trabajo:

Correo Electrónico:

Dirección de la Calle	Dirección (incluya Apt #)			Dirección de Correspondencia	Calle/Caja Postal		
	Ciudad	Estado	Código Postal		Ciudad	Estado	Código Postal

LAKE QUINAULT SCHOOL DISTRICT #97

Student Registration Form

If yes, restraining order is against:

Does your student have health insurance? ☐ Yes ☐ No Provider: _____

Primary Physician: Name: Phone:

Emergency Contacts – Please list adults you trust who are available during the day to pick up and provide care for your child in the event we can't reach a parent/guardian.

Name:	Relationship to Student:	Home Phone:	Cell Phone:	Work Phone:
1.				
2.				
3.				

Student Home Email:	Student Cell Phone:

Has this student taken the MSP, HSPE, EOC, or another state standardized test? ☐ Yes ☐ No

If yes, indicate the school where test was taken: _____ Month/Year: _____

Has this student been suspended or expelled?	☐ Yes ☐ No
Date of most recent incident: _____ For weapons or dangerous behavior?	☐ Yes ☐ No
Was student returned to school?	☐ Yes ☐ No

Has your child ever qualified for or received Special Education services? ☐ Yes ☐ No Current IEP? ☐ Yes ☐ No

Has your child ever qualified for or had a 504 plan? ☐ Yes ☐ No

Has your child ever received Chapter/LAP services? ☐ Yes ☐ No If yes, ☐ Math ☐ Reading

Has your child ever participated in: ☐ Gifted/HCL ☐ Title1 ☐ ESL ☐ Other _____

Has your child ever been retained? ☐ Yes ☐ No If yes, at what grade level(s): _____

Has your child ever received migrant services? ☐ Yes ☐ No

Does your child have a parent or guardian who is EITHER a member of the active duty US Armed Forces; OR a member of the reserves of the US Armed Forces; OR a member of the Washington National Guard? ☐ Yes ☐ No

Please list other siblings attending Lake Quinault School

Last Name	First Name	School	Grade

Verification of Information

The information on this form is true and accurate as of this date.
I understand that falsification of information to achieve enrollment may be cause for revocation of the student's enrollment to be able to attend Lake Quinault School.

Legal Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Staff use only – please do not write in gray boxes

StuId#: _____ Entry Date: _____	Address Verification: _____ Immunizations: _____ Birth Certificate: _____	Health Alert ☐ Y ☐ N	AM Bus _____ PM Bus _____	Transfer: ☐ Y ☐ N Approved: _____

Form205MSHS-Rev1-9-17

ESCUELAS PÚBLICAS DE LAKE QUINAULT

Formulario de Registro Estudiantil

SPANISH VERSION
Student Registration Form

¿Hay custodia compartida o plan de crianza en efecto?	☐ Sí	☐ No	☐ Adjunto (si sí, copia debe ser archivada con la escuela)
¿Hay alguna orden de restricción en efecto?	☐ Sí	☐ No	☐ Adjunto (si sí, copia debe ser archivada con la escuela)
En caso afirmativo, a quien es la orden de restricción en contra:			

¿Tiene su hijo seguro médico? ☐ Sí ☐ No Proveedor: _____

Médico	Nombre	Teléfono

Contactos de emergencia – Por Favor anotar adultos de confianza que estén disponibles durante el día para recoger y atender a su hijo en caso de que no podamos llegar al padre/guardián.

Nombre:	Parentesco con Niño:	Teléfono del Hogar:	Teléfono Celular:	Teléfono del trabajo:
1.				
2.				
3.				

Correo Electrónico del Estudiante:	Teléfono Celular del Estudiante:

¿Ha tomado este estudiante el MSP, HSPE, EDC o prueba estandarizada de otro Estado? ☐ Sí ☐ No

Si si, indiqué la escuela donde fue tomada la prueba: _____ Mes/Año: _____

¿Ha sido su hijo suspendido ó expulsado?	☐ Sí	☐ No
Fecha de los hechos más recientes: _____ ¿Por armas o conducta peligrosa?	☐ Sí	☐ No
¿Regresó el niño a la escuela?	☐ Sí	☐ No

¿Ha calificado o recibido su niño servicios de Educación Especial? ☐ Sí ☐ No Tiene un IEP? ☐ Sí ☐ No

¿Ha calificado o tenido su niño un plan 504? ☐ Sí ☐ No

¿Ha recibido su niño servicios de Capitulo/LAP? ☐ Sí ☐ No Si sí, ☐ Matemáticas ☐ Lectura

¿Ha participado su niño en: ☐ Talentoso/HCL ☐ Título 1 ☐ ESL ☐ Otro _____

¿Ha sido su niño retenido un año escolar? ☐ Sí ☐ No Si sí, cual fue el nivel de grado(s): _____

¿Ha recibido su niño servicios migratorios? ☐ Sí ☐ No

Su hijo tiene un padre o guardián que es miembro activo de las fuerzas armadas de los EEUU; ☐ Sí ☐ No
O que es miembro de las reservas de las fuerzas armadas;
¿O que es miembro de la Guardia Nacional de Washington?

Por Favor Nombre a otros hermanos que asisten a las Escuelas Públicas de Lake Quianult:

Apellido	Primer Nombre	Escuela	Grado

Verificación de Información

La información en este formulario es verdadera y exacta en la presente fecha. Entiendo que la falsificación de información para lograr la inscripción o asignación puede ser causa de caducidad de la inscripción del estudiante o la asignación a una escuela en el distrito escolar de Lake Quinault.

Firma del padre/guardián legal: _____ Fecha: _____

LAKE QUINAULT SCHOOLS

P.O. Box 38
Amanda Park, Washington
98526 (360) 288-2414 EXT 100
www.lakequinaultschools.org

Required Attendance Form for All Families

SEE REVERSE FOR SIGNATURE AREA.

Please use one form per family.

Parents/guardians, please sign the reverse and return to your school office. Please retain a copy for your records.

Consistent attendance helps children do well in school, college and at work. Attending school regularly also helps children feel better about school—and themselves. Your child can start building this habit at any age, but the earlier the better so they learn right away that going to school on time, every day is important.

We ask for your help in ensuring that your child attends regularly and is successful in school. **If your child is going to be absent, please contact your school's office as soon as possible. Ideally, this would be the day prior or the morning of the absence.**

We track attendance daily to notice when your student is missing from class, and we will communicate with you to understand why they were absent and to identify barriers and supports.

SCHOOL POLICIES, NEW STATE LAWS

It is important that you understand our policies and procedures, as well as Washington state law, to ensure your child is successful in school. State law for mandatory attendance, called the Becca Bill, requires children to attend a public school, private school, or a district-approved home school program.

- If your student has three unexcused absences in one month, state law requires we schedule a conference with you and your student to identify the barriers and supports available to ensure regular attendance. The district is obligated to develop a plan that may require an assessment to determine how to best meet the needs of your student and reduce absenteeism.
- In elementary school, after five excused absences in any month, or ten or more excused absences in the school year, the district is required to contact you to schedule a conference at a mutually agreeable, reasonable time with at least one district employee, to identify the barriers and supports available to you and your child. A conference is not required if your child has provided a doctor's note, or pre-arranged the absence in writing, and the parent, child and school have made a plan so your child does not fall behind academically. If your child has an Individualized Education Plan or a 504 Plan the team that created the plan needs to reconvene.
- If your child has seven unexcused absences in any month or ten unexcused absences within the school year, we are required to file a petition with the juvenile court, alleging a violation of RCW 28A.225.010, the mandatory attendance laws. The petition may be automatically stayed and your child and family may be referred to a Community Truancy Board, or you and your child may need to appear in Juvenile Court. If your child continues to be truant, you may need to go to court.

Formulario de asistencia requerido para todas las familias
VEA EL REVERSO PARA EL ÁREA DE FIRMAS.

Utilice un formulario por familia.
Padres / tutores, por favor firme el reverso y devuélvalo a la oficina de su escuela. Por favor, guarde una copia para sus archivos.

La asistencia constante ayuda a los niños a tener un buen desempeño en la escuela, la universidad y el trabajo. Asistir a la escuela con regularidad también ayuda a los niños a sentirse mejor con la escuela y con ellos mismos. Su hijo puede comenzar a desarrollar este hábito a cualquier edad, pero cuanto antes, mejor para que aprendan de inmediato que es importante ir a la escuela a tiempo, todos los días.

Pedimos su ayuda para asegurar que su hijo asista regularmente y tenga éxito en la escuela.
Si su hijo va a estar ausente, comuníquese con la oficina de su escuela lo antes posible. Idealmente, esto sería el día anterior o la mañana de la ausencia.

Realizamos un seguimiento de la asistencia a diario para darnos cuenta cuando su estudiante falta a clase y nos comunicaremos con usted para comprender por qué estuvo ausente e identificar barreras y apoyos.

POLÍTICAS ESCOLARES, NUEVAS LEYES ESTATALES

Es importante que comprenda nuestras políticas y procedimientos, así como la ley del estado de Washington, para garantizar que su hijo tenga éxito en la escuela. La ley estatal de asistencia obligatoria, llamada Ley Becca, requiere que los niños
asistir a una escuela pública, privada o un programa de educación en el hogar aprobado por el distrito.

Si su estudiante tiene tres ausencias injustificadas en un mes, la ley estatal requiere que programemos una conferencia con usted y su estudiante para identificar las barreras y apoyos disponibles para asegurar una asistencia regular. El distrito está obligado a desarrollar un plan que puede requerir una evaluación para determinar cómo satisfacer mejor las necesidades de su estudiante y reducir el ausentismo.

- En la escuela primaria, después de cinco ausencias justificadas en cualquier mes, o diez o más ausencias justificadas en el año escolar, se requiere que el distrito se comunique con usted para programar una conferencia en un horario razonable y de mutuo acuerdo con al menos un empleado del distrito, para Identifique las barreras y los apoyos disponibles para usted y su hijo. No se requiere una conferencia si su hijo ha proporcionado una nota del médico, o ha acordado previamente la ausencia por escrito, y el padre, el niño y la escuela han hecho un plan para que su hijo no se retrase académicamente. Si su hijo tiene un Plan de educación individualizado o un Plan 504, el equipo que creó el plan debe reunirse nuevamente.

Si su hijo tiene siete ausencias injustificadas en cualquier mes o diez ausencias injustificadas dentro del año escolar, estamos obligados a presentar una petición ante el tribunal de menores, alegando una violación de RCW 28A.225.010, las leyes de asistencia obligatoria. La petición se puede suspender automáticamente y su hijo y su familia pueden ser remitidos a una Junta de Absentismo de la Comunidad, o es posible que usted y su hijo deban comparecer en el Tribunal de Menores. Si su hijo continúa faltándose, es posible que deba ir a la corte.

If you have questions about attendance or need support, please talk with your school principal.

DID YOU KNOW?

- Starting in kindergarten, too many absences (excused and unexcused) can cause children to fall behind.
- By ninth grade, regular and high attendance is a better predictor of graduation rates than eighth grade test scores.
- Absences can affect the whole classroom if the teacher has to slow down learning to help children catch up.
- Being late to school may lead to poor attendance.
- Students can still fall behind if they miss just a day or two days every few weeks.
- Missing 10 percent (or about 18 days) increases the chance that your child will not read or master math at the same level as their peers.
- By sixth grade, absenteeism is one of three signs that a child may drop out of high school.
- By being present at school, your child learns valuable social skills and has the opportunity to develop meaningful relationships with other students and school staff.
- Absences can be a sign that a child is losing interest in school, struggling with school work, dealing with a bully or facing some other potentially serious difficulty.

WHAT YOU CAN DO

- Set a regular bed time and morning routine.
- Prepare for school the night before, finishing homework and getting a good night's sleep.
- Find out what day and time school starts and monitor the school calendar closely.
- Don't let your student stay home unless they are truly sick. Keep in mind complaints of a stomach ache or headache can be a sign of anxiety and not a reason to stay home.
- Avoid appointments and extended trips when school is in session.
- Develop back-up plans for getting to school if something comes up. Call on a family member, a neighbor, or another parent.
- Keep track of your child's attendance. Missing more than nine days could put your student at risk of falling behind.
- Talk to your child about the importance of attendance.
- Talk to your child's teachers if you notice sudden changes in behavior. These could be tied to something going on at school.
- Encourage meaningful after-school activities, including sports and clubs.

Excused absence criteria (Please refer to policy and procedure for more details):

1. Participation in school-approved activity or instructional program	**2.** Absence due to illness, health condition, family emergency, religious purpose, etc.	**3.** Absence for parental-approved activities	**4.** Absence resulting from disciplinary actions or short-term suspension	**5.** Extended illness or health condition	**6.** Excused absence for chronic health condition

For more information about the Becca bill and Common School Provisions Title 28A, visit app.leg.wa.gov/RCW.

Lake Quinault School District has provided me with a copy of this attendance information for families. Please sign and return to your school office:

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE _____ DATE _____

CHILD'S NAME (PRINT) _____ GRADE _____ CHILD'S SIGNATURE (HIGH SCHOOL STUDENTS ONLY) _____

CHILD'S NAME (PRINT) _____ GRADE _____ CHILD'S SIGNATURE (HIGH SCHOOL STUDENTS ONLY) _____

CHILD'S NAME (PRINT) _____ GRADE _____ CHILD'S SIGNATURE (HIGH SCHOOL STUDENTS ONLY) _____

SCHOOL USE ONLY:

STAFF SIGNATURE _____ DATE RECEIVED _____

Si tiene preguntas sobre la asistencia o necesita apoyo, hable con el director de su escuela.

¿SABÍAS?

• A partir del jardín de infantes, demasiadas ausencias (justificadas e injustificadas) pueden hacer que los niños se retrasen.

• Para el noveno grado, la asistencia regular y alta es un mejor indicador de las tasas de graduación que los puntajes de las pruebas de octavo grado.

• Las ausencias pueden afectar a toda la clase si el maestro tiene que retrasar el aprendizaje para ayudar a los niños a ponerse al día.

• Llegar tarde a la escuela puede provocar una mala asistencia.

• Los estudiantes aún pueden quedarse atrás si faltan solo uno o dos días cada pocas semanas.

• Falta un 10 por ciento (o alrededor de 18 días) aumenta la posibilidad de que su hijo no lea o domine las matemáticas al mismo nivel que sus compañeros.

• Para el sexto grado, el ausentismo es una de las tres señales de que un niño puede abandonar la escuela secundaria.

• Al estar presente en la escuela, su hijo aprende valiosas habilidades sociales y tiene la oportunidad de desarrollar relaciones significativas con otros estudiantes y personal escolar.

• Las ausencias pueden ser una señal de que un niño está perdiendo interés
en la escuela, luchando con el trabajo escolar, lidiando con un acosador o enfrentando alguna otra dificultad potencialmente seria.

LO QUE PUEDES HACER

• Establezca una hora regular para acostarse y una rutina matutina.

• Prepárese para la escuela la noche anterior, termine la tarea y duerma bien.

• Averigüe qué día y hora comienza la escuela y supervise de cerca el calendario escolar.

• No permita que su estudiante se quede en casa a menos que esté realmente enfermo. Tenga en cuenta que las quejas de dolor de estómago o de cabeza pueden ser un signo de ansiedad y no una razón para quedarse en casa.

• Evite citas y viajes prolongados cuando la escuela está en sesión.

• Desarrolle planes de respaldo para llegar a la escuela si surge algo. Llame a un miembro de la familia, un vecino u otro padre.

• Lleve un registro de la asistencia de su hijo. Faltar más de nueve días podría poner a su estudiante en riesgo de quedarse atrás.

• Hable con su hijo sobre la importancia de la asistencia.

• Hable con los maestros de su hijo si nota cambios repentinos en el comportamiento. Estos podrían estar relacionados con algo que suceda en la escuela.

• Fomente actividades significativas después de la escuela, incluidos deportes y clubes.

Criterios de ausencia justificada (consulte la política y el procedimiento para obtener más detalles):

1. Participación en actividad o programa instructivo aprobado por la escuela	2. Ausencia por enfermedad, estado de salud, emergencia familiar, propósito religioso, etc.	3. Ausencia por actividades aprobadas por los padres	4. Ausencia resultante de medidas disciplinarias o suspensión a corto plazo	5. Enfermedad o condición de salud prolongada	6. Ausencia justificada por enfermedad crónica

Firma del padre _____ Fecha _____

Firma del Estudiante _____ Fecha _____

Firma del Empleado de BSD _____ Fecha _____

RCW 28A.225.005 – Required attendance information for students and parents

LAKE QUINAULT SCHOOLS

OPT-OUT OF RELEASE OF STUDENT PUBLICITY/INFORMATION

Parents/guardians should only complete this Form if they do not want photos or information shared about their child per policy and District procedure. Otherwise, please disregard. If restriction is desired, please submit this form to your school or district office, PO Box 38, Amanda Park, WA 98526. This form must be submitted annually to keep the restriction active.

STUDENT PUBLICITY/ INFORMATION OPT-OUT

☐ **Please do not publicly recognize my child for awards or release their name, photo or other student information.**

Checking this box restricts your child's name, photo and directory information from being published in staff-produced district and school newsletters and publications (including events, activities and athletic programs); recognition; public displays of student work with names, photos and/or videos, including digital tools like Seesaw; (this does not restrict a teacher from sending information, photos or videos related to a student to the parent or guardian only); honor roll and graduation lists; district/school websites and social media; district/school photos and video; classroom video recording by higher education/practicum students, etc. Parents/guardians may not authorize certain parts of school-related publicity and not others while having an active 4011F-1 on file. Customized parent permission forms are not to be used for this purpose.

If no documentation is on file, it will be assumed that permission for release of information has been granted.

Please be aware that ensuring **student privacy is not possible at school or district-related public performances or athletic/activities events where cameras are permitted**. Other students, parents, community members and news media may record/photograph/film at events and publicly share this information. By choosing to have their children participate in such activities and programs, parents/guardians are agreeing to this condition. Also, student-produced news is not legally considered student directory information. Parents/guardians who do not want their children included in student-produced news should not have their children pose for these photos or participate in student media. In addition, the district does not have control of outside news media/ publications. Access by news media, individuals, organizations, or television/film production companies to non-public locations and events, such as inside a classroom, will be conditioned upon agreement to honor parent/ guardian preferences.

YEARBOOK AND CLASS PHOTO OPT-OUT

☐ **Please do not include my child (name, phone, etc.) in the elementary, middle or high school yearbook/annual or class photo. By checking this box, your child will not be listed in the yearbook/annual or photographed for a class photo.**

HIGH SCHOOL ONLY: MILITARY RECRUITMENT OPT-OUT

☐ **Please do not release student directory information (name, phone, address, etc.) to military recruiters as required by law.**

HIGH SCHOOL STUDENT/FAMILY DIRECTORY INFO OPT-OUT

☐ **Please do not release student directory information (name, phone, address, etc.) to Higher Education Institutions' as required by law.**

SIGN AND RETURN ONLY IF YOU ARE OPTING OUT.

STUDENT NAME:_____ **GRADE:**_____

_____ **DATE** _____

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN OR SIGNATURE OF STUDENT IF 18 YEARS OF AGE OR OLDER

(File in student's cumulative folder.)

Exclusión Voluntaria de Publicidad y Liberación de la Información/Estudiantil

Los padres / tutores solo deben completar este formulario si no desean que se compartan fotos o información sobre su hijo según la política y el procedimiento del distrito. Si desea la restricción, devuelva este formulario a su escuela oa la Oficina del Distrito, P.O. Box 38, Amanda Park, WA 98526. Este formulario debe enviarse cada año para mantener activa la restricción.

Exclusión Voluntaria de Publicidad Estudiantil

❍ Por favor, no reconozca públicamente a mi hijo por premios ni divulgue su nombre, fotografía u otra información estudiantil.

Al marcar esta casilla se restringe la publicación del nombre, la fotografía y la información del directorio de su hijo en boletines y publicaciones elaborados por el personal del distrito y la escuela (incluidos eventos, actividades y programas deportivos); reconocimiento; exhibiciones públicas de trabajos de estudiantes con nombres, fotografías y/o videos, incluidas herramientas digitales como Seesaw; (esto no impide que un maestro envíe información, fotografías o videos relacionados con un estudiante únicamente a los padres o tutores); cuadro de honor y listas de graduación; sitios web y redes sociales del distrito/escuela; fotografías y videos del distrito/escuela; grabación de video en el aula por parte de estudiantes de educación superior/práctica, etc. Los padres/tutores no pueden autorizar ciertas partes de la publicidad relacionada con la escuela y no otras mientras tengan un 4011F-1 activo en su archivo. No se deben utilizar formularios personalizados de permiso de los padres para este propósito.

Si no hay documentación archivada, se asumirá que se ha otorgado permiso para divulgar información.

Tenga en cuenta que no es posible garantizar la privacidad de los estudiantes en presentaciones públicas o eventos deportivos o de actividades relacionados con la escuela o el distrito donde se permiten cámaras. Otros estudiantes, padres, miembros de la comunidad y medios de comunicación pueden grabar/fotografiar/filmar eventos y compartir públicamente esta información. Al elegir que sus hijos participen en dichas actividades y programas, los padres/tutores aceptan esta condición. Además, las noticias producidas por estudiantes no se consideran legalmente información del directorio de estudiantes. Los padres/tutores que no quieran que sus hijos sean incluidos en noticias producidas por estudiantes no deben hacer que sus hijos posen para estas fotografías ni participar en los medios estudiantiles. Además, el distrito no tiene control de los medios o publicaciones de noticias externos. El acceso de los medios de comunicación, individuos, organizaciones o compañías productoras de televisión/películas a lugares y eventos no públicos, como dentro de un salón de clases, estará condicionado al acuerdo de respetar las preferencias de los padres/tutores.

OPCIÓN DE EXCLUSIÓN DEL ANUARIO Y FOTO DE CLASE

❍ Por favor no incluya a mi hijo (nombre, teléfono, etc.) en el anuario/foto anual o de clase de la escuela primaria, intermedia o secundaria. Al marcar esta casilla, su hijo no aparecerá en el anuario/anual ni será fotografiado para una fotografía de clase.

SOLO ESCUELA SECUNDARIA: OPCIÓN DE EXCLUSIÓN DEL RECLUTAMIENTO MILITAR

❍ No divulgue información del directorio de estudiantes (nombre, teléfono, dirección, etc.) a reclutadores militares como lo exige la ley.

OPCIÓN DE EXCLUSIÓN DE INFORMACIÓN DEL DIRECTORIO FAMILIAR/ESTUDIANTES DE ESCUELA SECUNDARIA

❍ No divulgue información del directorio de estudiantes (nombre, teléfono, dirección, etc.) a instituciones de educación superior como lo exige la ley.

FIRME Y DEVUELVA SOLO SI OPTA POR NO PARTICIPAR.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____ GRADO: _____

_____ FECHA:_____

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN O FIRMA DEL ESTUDIANTE SI ES DE 18 AÑOS DE EDAD O MAYOR

(Archivar en la carpeta acumulativa del estudiante).

Lake Quinault School District #97 Amanda Park, Washington

Name of Student: _____ School Year: _____ **RACE - ETHNICITY DATA COLLECTION**

The federal government expanded the categories for student ethnicity and race data. Because of these changes, we need to ask you to identify your child as Hispanic/Latino or not Hispanic/Latino and by one or more racial groups.

Washington state now has 222 racial categories to choose from. If one parent identifies with one race and the other parent with another, you will be able to check both races for your child.

Question 1: Is your child of Hispanic or Latino origin?

☐ Not Hispanic/Latino ☐ Hispanic/Latino

Question 2: What race(s) do you consider your child? (Please check ALL that apply)

White/Black/African American

RACE
- ☐ White
- ☐ Black/African-American
- ☐ African-American
- ☐ African-Canadian

Washington State Tribes/Alaskan Native

RACE
- ☐ American Indian/Alaskan Native
- ☐ Chinook Tribe
- ☐ Confederated Tribes and Bands of the Yakama Nation
- ☐ Confederated Tribes of the Chehalis Reservation
- ☐ Confederated Tribes of the Colville Reservation
- ☐ Cowlitz Indian Tribe
- ☐ Duwamish Tribe
- ☐ Hoh Indian Tribe
- ☐ Jamestown S'Klallam Tribe
- ☐ Kalispel Indian Community of the Kalispel Reservation
- ☐ Kikiallus Indian Nation
- ☐ Lower Elwha Tribal Community
- ☐ Lummi Tribe of the Lummi Reservation
- ☐ Makah Indian Tribe of the Makah Indian Reservation
- ☐ Marietta Band of Nooksack Tribe
- ☐ Muckleshoot Indian Tribe
- ☐ Nisqually Indian Tribe
- ☐ Nooksack Indian Tribe of Washington
- ☐ Port Gamble S'Klallam Tribe
- ☐ Puyallup Tribe of Puyallup Reservation
- ☐ Quileute Tribe of the Quileute Reservation
- ☐ Quinault Indian Nation
- ☐ Samish Indian Nation
- ☐ Sauk-Suiattle Indian Tribe of Washington
- ☐ Shoalwater Bay Indian Tribe of the Shoalwater Bay Indian Reservation
- ☐ Skokomish Indian Tribe
- ☐ Snohomish Tribe
- ☐ Snoqualmie Indian Tribe
- ☐ Snoqualmoo Tribe
- ☐ Spokane Tribe of the Spokane Reservation
- ☐ Squaxin Island Tribe of the Squaxin Island Reservation
- ☐ Steilacoom Tribe
- ☐ Stillaguamish Tribe of Indians of Washington
- ☐ Suquamish Indian Tribe of the Port Madison Reservation
- ☐ Swinomish Indian Tribal Community
- ☐ Tulalip Tribes of Washington

Alaskan Native (Write In) ☐ **American Indian** (Write In) ☐

Eastern European

RACE
- ☐ Bosnian
- ☐ Herzegovinian
- ☐ Polish
- ☐ Romanian
- ☐ Russian
- ☐ Ukrainian

Eastern European (Write In) ☐

Asian

RACE
- ☐ Asian Indian
- ☐ Bangladeshi
- ☐ Bhutanese
- ☐ Burmese/Myanmar
- ☐ Cambodian/Khmer
- ☐ Cham
- ☐ Chinese
- ☐ Filipino
- ☐ Hmong
- ☐ Indonesian
- ☐ Japanese
- ☐ Korean
- ☐ Lao
- ☐ Malaysian
- ☐ Mien
- ☐ Mongolian
- ☐ Nepali
- ☐ Okinawan
- ☐ Pakistani
- ☐ Punjabi
- ☐ Singaporean
- ☐ Sri Lankan
- ☐ Taiwanese
- ☐ Thai
- ☐ Tibetan
- ☐ Vietnamese

Asian (Write In) ☐

Caribbean

RACE
- ☐ Anguillan
- ☐ Antiguan
- ☐ Bahamian
- ☐ Barbadian
- ☐ Barthélemois/Barthélemoises
- ☐ British Virgin Islander
- ☐ Caymanian (Cayman Island)
- ☐ Cuba Dominican
- ☐ Dominican (Dominican Republic)
- ☐ Dutch Antillean (Netherlands Antilles)
- ☐ Grenadian
- ☐ Guadeloupian
- ☐ Haitian
- ☐ Jamaican
- ☐ Martiniquais/ Martiniquaise
- ☐ Montserratian
- ☐ Puerto Rican

Caribbean (Write In) ☐

Latin American

RACE
- ☐ Argentine
- ☐ Belizean
- ☐ Bolivian
- ☐ Brazilian
- ☐ Chilean
- ☐ Colombian
- ☐ Costa Rican
- ☐ Ecuadorian
- ☐ El Salvadoran
- ☐ Falkland Islander
- ☐ French Guianese
- ☐ Guatemalan
- ☐ Guyanese
- ☐ Honduran
- ☐ Mexican
- ☐ Nicaraguan
- ☐ Panamanian
- ☐ Paraguayan
- ☐ Peruvian
- ☐ So. Georgia/So. Sandwich Islands
- ☐ Surinamese
- ☐ Uruguayan
- ☐ Venezuelan

Latin American (Write In) ☐

Pacific Islander/Native Hawaiian

RACE
- ☐ Native Hawaiian/Other Pacific Islander
- ☐ Carolinian
- ☐ Chamorro
- ☐ Chuukese
- ☐ Fijian
- ☐ i-Kiribati/Gilbertese
- ☐ Kosraean
- ☐ Maori
- ☐ Marshallese
- ☐ Native Hawaiian
- ☐ Ni-Vanuatu
- ☐ Palauan
- ☐ Papuan
- ☐ Pohpeian
- ☐ Samoan
- ☐ Solomon Islander
- ☐ Tahitian
- ☐ Tokelauan
- ☐ Tongan
- ☐ Tuvaluan
- ☐ Yapese

Native Hawaiian (Write In) ☐ **Other Pac. Islander** (Write In) ☐

Middle Eastern/North African

RACE
- ☐ Algerian
- ☐ Amazigh or Berber
- ☐ Arab or Arabic
- ☐ Assyrian
- ☐ Bahraini
- ☐ Bedouin
- ☐ Chaldean
- ☐ Copt
- ☐ Druze
- ☐ Egyptian
- ☐ Emirati
- ☐ Iranian
- ☐ Iraqi
- ☐ Israeli
- ☐ Jordanian
- ☐ Kurdish Kuwaiti
- ☐ Lebanese
- ☐ Libyan
- ☐ Moroccan
- ☐ Omani
- ☐ Palestinian
- ☐ Qatari
- ☐ Saudi Arabian
- ☐ Syrian
- ☐ Tunisian
- ☐ Yemeni

Middle Eastern (Write In) ☐ **North African** (Write In) ☐

East African

RACE
- ☐ Burundian
- ☐ Comoran
- ☐ Djiboutian
- ☐ Eritrean
- ☐ Ethiopian
- ☐ Kenyan
- ☐ Malagasy (Madagascar)
- ☐ Malawian
- ☐ Mauritian (Mauritius)
- ☐ Mahoran (Mayotte)
- ☐ Mozambican
- ☐ Reunionese
- ☐ Rwandan
- ☐ Seychellois Seychelloise
- ☐ Somali
- ☐ South Sudanese
- ☐ Sudanese
- ☐ Ugandan
- ☐ Tanzanian (United RC of Tanzania)
- ☐ Zambian
- ☐ Zimbabwean

East African (Write In) ☐

West African

RACE
- ☐ Beninese
- ☐ Bissau-Guinean
- ☐ Burkinabé (Burkina Faso)
- ☐ Cabo Verdean
- ☐ Ivorian (Cote d'Ivoire)
- ☐ Gambian
- ☐ Ghanaian
- ☐ Liberian
- ☐ Malian
- ☐ Mauritanian
- ☐ Nigerien (Niger)
- ☐ Nigerian (Nigeria)
- ☐ Saint Helenian
- ☐ Senegalese
- ☐ Sierra Leonean
- ☐ Togolese

West African (Write In) ☐

Central African

RACE
- ☐ Angolan
- ☐ Cameroonian
- ☐ Central African (Cen. African RC)
- ☐ Chadian
- ☐ Congolese (RC of the Congo)
- ☐ Congolese (Dem. RC of the Congo)
- ☐ Equatorial Guinean
- ☐ Gabonese
- ☐ São Toméan
- ☐ Principe

Central African (Write In) ☐

South African

RACE
- ☐ Botswanan
- ☐ Mosotho (Lesotho)
- ☐ Namibian
- ☐ South African
- ☐ Swazi

South African (Write In) ☐

Nombre del estudiante: _____ Nombre del estudiante: _____ **RAZA - RECOGIDA DE DATOS DE ETNIA**

El gobierno federal amplió las categorías para los datos de etnicidad y raza de los estudiantes. Debido a estos cambios, debemos pedirle que identifique a su hijo como hispano/latino o no hispano/latino y por uno o más grupos raciales.

El estado de Washington ahora tiene 222 categorías raciales para elegir. Si uno de los padres se identifica con una raza y el otro padre con otra, podrá verificar ambas razas para su hijo.

Pregunta 1: ¿Es su hijo de origen hispano o latino?

☐ No hispano / latino ☐ Hispano / latino

Pregunta 2: ¿De qué raza(s) considera que es su hijo? (Por favor marque todos los que apliquen)

Blanco / negro / afroamericano

RACE
- ☐ Blanco
- ☐ Negro / afroamericano
- ☐ Afroamericano
- ☐ Africano-canadiense

Tribus del estado de Washington / nativo de Alaska

RACE
- ☐ Indio americano / nativo de Alaska
- ☐ Tribu Chinook
- ☐ Tribus y bandas confederadas de la Nación Yakama
- ☐ Tribus Confederadas de la Reserva Chehalis
- ☐ Tribus confederadas de la reserva de Colville
- ☐ Tribu india Cowlitz
- ☐ Tribu Duwamish
- ☐ Tribu india Hoh
- ☐ Tribu Jamestown S'Klallam
- ☐ Comunidad india de Kalispel de la reserva de Kalispel
- ☐ Nación india Kikiallus
- ☐ Comunidad Tribal del Bajo Elwha
- ☐ Tribu Lummi de la Reserva Lummi
- ☐ Tribu Indígena Makah de la Reserva india Makah
- ☐ Marietta Band de la tribu Nooksack
- ☐ Tribu india Muckleshoot
- ☐ Tribu India Nisqually
- ☐ Tribu india Nooksack de Washington
- ☐ Tribu Port Gamble S'Klallam
- ☐ Tribu Puyallup de la reserva Puyallup Quileute
- ☐ Tribu de la Reserva Quileute Quinault
- ☐ nación india
- ☐ Nación india Samish
- ☐ Tribu india Sauk-Suiattle de Washington Tribu
- ☐ india de la bahía de Shoalwater de la reserva india de Shoalwater Bay
- ☐ Tribu india skokomish
- ☐ Tribu Snohomish
- ☐ Tribu india Snoqualmie
- ☐ Tribu Snoqualmoo
- ☐ Tribu Spokane de la Reserva Spokane
- ☐ Tribu de la isla Squaxin de la tribu Steilacoom de la reserva de la isla Squaxin
- ☐ Tribu Stillaguamish de indios de Washington
- ☐ Tribu india suquamish de la comunidad tribal india Swinomish de la reserva de Port Madison
- ☐ Tribus Tulalip de Washington

Nativo de Alaska (escribir) ☐ Indio americano (escribir) ☐

Europa del Este

RACE
- ☐ Bosnio
- ☐ Herzegoviniano
- ☐ Polaco
- ☐ Rumano
- ☐ Ruso
- ☐ Ucranio

Europa del Este (escribir) ☐

Asiático

RACE
- ☐ Indio asiático
- ☐ bangladesí
- ☐ Butanés
- ☐ Birmano/Myanmar
- ☐ Camboyano / Khmer
- ☐ Cham
- ☐ Chino
- ☐ Filipino
- ☐ Hmong indonesio
- ☐ Japonés
- ☐ Coreano
- ☐ laosiano
- ☐ Malasio
- ☐ Semblante
- ☐ Mongol
- ☐ nepalí
- ☐ Okinawa
- ☐ pakistaní
- ☐ Punjabi
- ☐ singapurense
- ☐ de Sri Lanka
- ☐ Taiwanés
- ☐ Tailandés
- ☐ Tibetano
- ☐ vietnamita

Asiático (escribir) ☐

caribe

RACE
- ☐ anguila
- ☐ Antiguo
- ☐ Bahameño
- ☐ barbadense
- ☐ Barthélemois/Barthélemoises
- ☐ virgen británica
- ☐ isleño de las islas Caimán
- ☐ (Islas Caimán) Cuba República Dominicana
- ☐ dominicano (República Dominicana)
- ☐ holandés antillano (Antillas Holandesas)
- ☐ Granadino
- ☐ haitiano
- ☐ guadalupeño
- ☐ Jamaicano
- ☐ Martiniquais/ Martiniquaise
- ☐ Montserratian
- ☐ Puertorriqueño

Caribe (escribir) ☐

Latinoamericano

RACE
- ☐ Argentino
- ☐ Beliceño
- ☐ Boliviano
- ☐ Brasileño
- ☐ Chileno
- ☐ Colombiano
- ☐ Costa Rica
- ☐ Ecuatoriano
- ☐ el salvadoreño
- ☐ Isleño de las Malvinas
- ☐ guayanés francés
- ☐ Guatemalteco
- ☐ Guyanés
- ☐ Hondureño
- ☐ Mexicano
- ☐ nicaragüense
- ☐ Panameño
- ☐ Paraguayo
- ☐ Peruano
- ☐ Entonces. Georgia/So. Islas Sándwich
- ☐ Surinamés
- ☐ Uruguayo
- ☐ Venezolano

Latinoamericano (escribir) ☐

Isleño del Pacífico / Hawaiano nativo

RACE
- ☐ Nativo hawaiano / otro isleño del Pacífico
- ☐ carolino
- ☐ Chamorro
- ☐ chuukés
- ☐ Fiyiano
- ☐ i-Kiribati/Gilbertés
- ☐ kosraeano
- ☐ maorí
- ☐ Marshalés
- ☐ nativo hawaiano
- ☐ Ni-Vanuatu
- ☐ Palauan
- ☐ papú
- ☐ pohpeiano
- ☐ Samoano
- ☐ Isleño de Salomón
- ☐ tahitiano
- ☐ Tokelauano
- ☐ Tongano
- ☐ Tuvaluano
- ☐ Yapes

Nativo hawaiano (escribir) ☐ Otros Pac. Isleño (escriba) ☐

Oriente Medio/África del Norte

RACE
- ☐ Argelino
- ☐ amazigh o bereber
- ☐ árabe o árabe
- ☐ Asirio
- ☐ bahreiní
- ☐ Beduino
- ☐ Astrólogo
- ☐ copto
- ☐ Druso
- ☐ Egipcio
- ☐ emiratí
- ☐ iraní
- ☐ iraquí
- ☐ israelí
- ☐ Jordano
- ☐ Kurdo
- ☐ kuwaití
- ☐ libanés
- ☐ Libio
- ☐ marroquí
- ☐ omaní
- ☐ Palestino
- ☐ catarí
- ☐ Arabia
- ☐ Saudita sirio
- ☐ tunecino yemení

Oriente Medio (escribir) ☐ África del Norte (escribir) ☐

Africano oriental

RACE
- ☐ Burundés
- ☐ Comoran
- ☐ Djibouti
- ☐ Eritreo
- ☐ etíope
- ☐ Keniano
- ☐ madagascarí (Madagascar)
- ☐ malauí
- ☐ Mauricio (Mauricio)
- ☐ Mahoran (Mayotte)
- ☐ Mozambiqueño
- ☐ reunionés
- ☐ ruandés
- ☐ Seychelles Seychelles
- ☐ somalí
- ☐ Sudanés del sur
- ☐ Sudanés
- ☐ Ugandés
- ☐ Tanzano (RC Unida de Tanzania)
- ☐ Zambiano
- ☐ zimbabuo

África oriental (escribir) ☐

Africano occidental

RACE
- ☐ Beninés
- ☐ Bissau-Guineano
- ☐ burkinabé (Burkina Faso)
- ☐ caboverdiano Marfileño (Costa de Marfil)
- ☐ Gambiano
- ☐ Ghanés
- ☐ Liberiano
- ☐ Malí
- ☐ Mauritano
- ☐ Níger (Níger)
- ☐ Nigeriano (Nigeria)
- ☐ santa helena
- ☐ Senegalés
- ☐ Sierra Leona
- ☐ Togolés

África occidental (escribir) ☐

Africano centro

RACE
- ☐ Angoleño
- ☐ Camerunés
- ☐ Africano centro (Cen. RC africano)
- ☐ Chadiano
- ☐ Congoleño (RC del Congo) Africano Central (Escribir)
- ☐ Congoleño (RC Dem. del Congo)
- ☐ ecuatoguineano
- ☐ Gabonés
- ☐ Santo Tomás
- ☐ príncipe

☐

Sudafricano

RACE
- ☐ Botsuano
- ☐ Mosotho (Lesoto)
- ☐ Namibio
- ☐ Sudafricano
- ☐ suazi

Sudafricano (escribir) ☐

Washington Office of Superintendent of
PUBLIC INSTRUCTION

Home Language Survey - English

The Home Language Survey is given to *all* students enrolling in Washington schools.

Student Name:	**Grade:**	**Date:**

Parent/Guardian Name _____ Parent/Guardian Signature _____

Right to Translation and Interpretation Services

All families have the right to information about their child's education in a language they understand. Please tell us your language preferences so we can provide an interpreter or translated documents, free of charge, when you need them.

1. a) In what language(s) would your family prefer to receive written communication from the school? _____

   b) Do you need an interpreter for meetings and phone calls (including ASL)?

   Parent/Guardian Name #1:_____

   Interpreter Needed? _____ Yes _____ No | Language_____

   Parent/Guardian Name #2:_____

   Interpreter Needed? _____ Yes _____ No | Language_____

Eligibility for Language Development Support

Information about the student's language helps us identify students who qualify for support to develop the language skills necessary for success in school. Testing may be necessary to determine if language supports are needed.

2. What language(s) did your child first speak or understand?_____
3. What language does your child use the most at home?_____
4. What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by your child? _____
5. Has your child received English language development support in a previous school? Yes_____ No_____ Don't Know_____

Prior Education

Your responses about your child's birth country and previous education:

- Give us information about the knowledge and skills your child is bringing to school.
- May enable the school district to receive additional federal funding to provide support to your child.

This form is not used to identify students' immigration status.

6. In what country was your child born? _____
7. Has your child ever received formal education outside of the United States? (K-12th Grade) _____Yes _____No

   If yes: Number of months: _____

   Language(s) of instruction: _____
8. When did your child first attend a school in the United States? (K-12th Grade)

   _____

   Month Day Year

Thank you for providing the information needed on the Home Language Survey. Contact your school district if you have further questions about this form or about services available at your child's school.

Forms and Translated Material from the Multilingual Education Office of the Office of Superintendent of Public Instruction are licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a *todos* los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.

Nombre del alumno:	**Grado:**	**Fecha:**

Nombre del padre, madre o tutor legal _____

Firma del padre, madre o tutor legal _____

Derecho a los servicios de traducción o interpretación

Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan. Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.

1. a) ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir las comunicaciones por escrito de la escuela? _____

   b) ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)?

   Nombre del padre/madre/tutor 1:_____
   ¿Necesita intérprete? _____ Sí ____ No | Idioma_____

   Nombre del padre/madre/tutor 2:_____
   ¿Necesita intérprete? _____ Sí ____ No | Idioma_____

Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas

La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.

2. ¿Qué idioma(s) habló o entendió primero su hijo(a)?
   _____
3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____
4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____
5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí_____ No_____ No sé_____

Educación previa

Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:

- Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela.
- Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo.

Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.

6. ¿En qué país nació su hijo? _____
7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) _____Sí _____No

   Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____

   Idioma de formación: _____
8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)

   _____
   Mes Día Año

Gracias por brindarnos la información necesaria en la Encuesta de Idiomas en el Hogar. Póngase en contacto con su distrito escolar si tiene más preguntas sobre este formulario o sobre los servicios que ofrece la escuela de su hijo.

Forms and Translated Material from the Multilingual Education Office of the Office of Superintendent of Public Instruction are licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License.

LAKE QUINAULT SCHOOLS

P.O. Box 38
Amanda Park, Washington
98526 (360) 288-2414 EXT 100
www.lakequinaultschools.org

Student Housing Questionnaire

Please use one form per family. Return to school registration office within 14 days of receipt. If you require additional copies, please contact your school.

NAME OF STUDENT: _____ _____ _____
FIRST MIDDLE LAST

NAME OF SCHOOL: _____ **GRADE:** _____ **BIRTH DATE:** ____/____/____ **AGE:** _____
MONTH DAY YEAR

OTHER CHILDREN LIVING IN THE HOME:

Name: _____ **School:** _____
Name: _____ **School:** _____
Name: _____ **School:** _____

The answers to the following questions can help determine the services this student may be eligible to receive under the McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435.

1. **Is this student's home address a temporary living arrangement, other than rental?** ☐ Yes ☐ No
2. **Is this a temporary living arrangement due to a loss of housing or economic hardship?** ☐ Yes ☐ No
3. **Is this student in a temporary foster care placement or awaiting foster care?** ☐ Yes ☐ No
4. **As a student, are you living with someone other than your parent or legal guardian?** ☐ Yes ☐ No

If you answered YES to **any** of the above questions, please complete the remainder of this form.

If you answered NO to all of the above questions, you may stop here.

Where is this student currently living? (check box)

- ☐ **In a motel**
- ☐ **In a shelter**
- ☐ **With more than one family in a house or apartment**
- ☐ **Moving from place to place**
- ☐ **In a location not designed for sleeping accommodations such as a car, park or campsite**
- ☐ **Transitional housing (through community agency)**
- ☐ **"Awaiting" Foster Care**

ADDRESS OF CURRENT RESIDENCE: _____
(OR)
NAME OF MOTEL /SHELTER OF CURRENT RESIDENCE: _____
(OR)
NAME OF "GENERAL AREA" OF CURRENT RESIDENCE: _____

PHONE NUMBER OR CONTACT NUMBER: _____ **NAME OF CONTACT:** _____

Print name of parent(s)/legal guardians(s): _____
(Or unaccompanied youth)
Signature of parent/legal guardian: _____ **Date:** _____
(Or unaccompanied youth)

Please Return completed form to : April Mickelson, District Homeless Liaison, 360-288-2414 ext 500

For School Personal Only: For data collection purposes and student information system coding

(N) Not Homeless **(A) Shelters** **(B) Doubled-Up** **(C) Unsheltered** **(D) Hotels/Motels**

LAKE QUINAULT SCHOOLS

P.O. Box 38
Amanda Park, Washington
98526
(360) 288-2414 EXT 100
www.lakequinaultschools.org

SPANISH VERSION
Student Housing Questionnaire

Cuestionario de Vivienda del Estudiante

Utilice una forma para cada familia. Regrésela a la oficina de matricula dentro de 14 días de haberla recibido

NOMBRE DE ESTUDIANTE: _____ _____ _____
PRIMER SEGUNDO APELLIDO

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____ **GRADO:** ____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____ **EDAD:** ____
MES DÍA AÑO

OTROS NIÑOS VIVIENDO EN LA CASA:

Nombre: _____ **Escuela:** _____
Nombre: _____ **Escuela:** _____
Nombre: _____ **Escuela:** _____

Las respuestas de las siguientes preguntas ayudaran a determinar los servicios y proteccioines que este estudiante puede recibir bajo el Acta de Asistencia Educativa para "los Sin Hogar" de McKinney-Vento - 42 U.S.C. 11435.

1. **¿Para este estudiante el domicilio es temporal y no propiedad de renta?** ☐ **Sí** ☐ **No**
2. **¿Esta residencia temporal es a causa de recursos económicos?** ☐ **Sí** ☐ **No**
3. **¿Este estudiante esta en cuidado temporal del estado?** ☐ **Sí** ☐ **No**
4. **¿Como estudiante, estas viviendo con una persona que no es tu padre(s) ni guardián legal?** ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contestó sí a cualquiera de las preguntas anteriores, complete el resto de esta forma.

Si contestó no a todas las preguntas anteriores, puede para aquí.

¿Dónde está viviendo este estudiante?

☐ **En un motel**
☐ **En un refugio para familias sin hogar**
☐ **Comparatiendo una vivienda con otra familia o pariente**
☐ **Viviendo de lugar en lugar**
☐ **En un alojamiento inadecuado, como vehículo, parque para acampar, o al aire libre**
☐ **Asistencia de vivienda temoral**
☐ **"Esperando" Hogar de acogida**

DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL: _____
(o)
NOMBRE DE MOTEL /REFUGIO DE RESIDENCIA: _____
(o)
NOMBRE DE "AREA GENERAL" DE RESIDENCIA: _____

NÚMBERO DE TELÉFONO O DE CONTACTO: _____ **NOMBRE DE CONTACTO:** _____

Nombre de padre(s)/guardián legal(es): _____
(O Joven no acompañado/a)
Firma de padre(s)/ guardián legal(es): _____ **Fecha:** _____
(O Joven no acompañado/a)

Please Return completed form to : April Mickelson, District Homeless Liaison, 360-288-2414 ext 500

Solo para uso personal de la escuela: Para fines de recopilación de datos y codificación del sistema de información del estudiante.

(N) No sin hogar **(A) Refugios** **(B) Doblado** **(C) Desenvainado** **(D) Hoteles / Moteles**

LAKE QUINAULT SCHOOLS

ANNUAL STUDENT HEALTH CONCERNS DOCUMENT

Information on this form is to be filled out for each new school year and is designed to aid school staff in anticipating any health concerns that might affect your student's safety or learning. Checked health conditions will be shared with school personnel on a "need to know" basis.

Student Name: _____ School Year:_____

School: _____ Grade: _____ Birthdate: _____

If student needs medication during the school day, an Authorization for Medications at School Form is required.

HEALTH CONDITIONS

The nurse must know of any health conditions (severe allergy with anaphylaxis, asthma, diabetes or seizure disorders) prior to attending school, as these require a health care plan in place (per RCW 28A.210.320).

Eyes:

- ☐ Wears Glasses
- ☐ Wears Contacts

Ears:

- ☐ Has hearing problems
- ☐ Has tubes in ears
- ☐ Uses hearing aids
- ☐ Requires preferential seating

☐ **Asthma**/Medication used to control asthma symptoms_____

☐ **Diabetes Type** _____ Using ❑ insulin pump, ❑ insulin pen, ❑ insulin vial/syringe, ❑ oral medications

☐ **Seizure Disorder** / Meds used to control seizures: _____ Last seizure on: _____

☐ **Other life threatening condition(s):**_____

☐ **Life threatening condition requiring epinephrine auto injector**:
Life threatening Allergen(s) _____

SPECIAL HEALTH CARE PLANNING check appropriate boxes and contact your school nurse for a health care plan. Treatment order from the doctor is required for most special health care needs other than mobility aids.

❑ Tube Feeding ❑ Tracheostomy ❑ Catheter ❑ Intravenous line or PICC line ❑ Oxygen
❑ Other medical treatment:_____
❑ My child requires a mobility aid, such as a wheel chair, walker, brace:_____

For all other health conditions that need accommodations during the school day such as allergies, medications, or treatments, contact the school nurse directly.

Tanya LeFevre : tlefevre@esd113.org

AUTHORIZATION FOR EMERGENCY PROCEDURE & IMMUNIZATION INFORMATION RECORDING

If the parent/guardian and Licensed Health Care Provider named on the registration record cannot be reached at the time of an emergency and if immediate observation or treatment is urgent in the judgment of the school authorities, I authorize and direct the school authorities to send my child (properly accompanied) to the hospital or Licensed Health Care Provider most easily accessible. I understand that I will assume full responsibility for the payment of any service rendered. I give permission to my child's school to add immunization information with the Immunization Information System to help the school maintain my child's school record.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____ Phone Number: _____

LAKE QUINAULT SCHOOLS

SPANISH VERSION
ANNUAL STUDENT HEALTH

DOCUMENTO ANUAL DE CUIDADO DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Este cuestionario está diseñado para ayudar al personal escolar a anticipar problemas de salud que puedan afectar la seguridad o aprendizaje de su hijo/a.

Nombre del Estudiante_____ **Año Escolar**_____

Escuela_____ **Grado**_____ **Sexo**_____ **Fecha de Nacimiento**_____

ALERGIA CON REACCIÓN DE PELIGRO DE MUERTE REQUIRE un Auto-Inyector de Epinefrina en la escuela y seguimiento médico. ** *Necesita comunicarse con la enfermera de la escuela*

☐ **Alergia con peligro de muerte:** _____

☐ Otras **Alergias, No con Peligro de Muerte** pero necesita evitar:

ASMA:

☐ Intermitente:- El estudiante tiene síntomas de tos y respiración silbante máximo de 2 días a la semana, con dificultad de asma durante la noche dos veces al mes o menos. No tiene otros síntomas más que estos episodios.

☐ Leve –El estudiante tiene una prescripción para Albuterol/Inhalador de Rescate y lo usa 1-2 veces por semana.

☐ Moderada –El estudiante tiene una prescripción para Singulair/Flovent, además de un Inhalador de Rescate que se usa menos de 2 veces por semana.

☐ Severa –El estudiante tiene una prescripción para Advair/Qvar/Xolair, además de un Inhalador de Rescate, y un historial de visitas la Sala de Emergencias.

☐ Necesita inhalador/medicamento en la escuela *ver instrucciones abajo

DESORDEN DE DEFICIENCIA DE ATENCIÓN:

☐ Necesita medicamento en la escuela ***ver instrucciones abajo**

☐ Medicamento en casa solamente

☐ Diagnosticado, pero no medicado

DIABETES:

****necesita comunicarse con la enfermera de la escuela**

☐ Dependiente de insulina y se necesita un programa escolar

☐ No dependiente de insulina y necesita un programa escolar

OJOS:

☐ Usa anteojos

☐ Lleva contactos

OREJAS:

☐ Tiene problemas de audición

☐ Tiene tubos en los oídos

☐ Usa audífonos

☐ Requiere asiento preferencial

CONVULSIONES:

****necesita comunicarse con la enfermera de la escuela**

☐ Necesita medicamento en la escuela * **ver instrucciones abajo**

☐ Medicamento en casa

☐ Antecedentes de convulsiones, pero no medicado actualmente

Fecha de la Ultima Convulsión: _____

RESTRICCIONES FÍSICAS QUE LIMITAN ACTIVIDADES:

☐ Limitaciones esqueléticas (huesos) o musculares:

_____

OTRAS NECESIDADES DE SALUD O MEDICACIONES:

☐ Medicamento no mencionado que su hijo/a necesita en la escuela:
*** ver instrucciones más abajo**

_____

PROBLEMAS ADICIONALES DE SALUD QUE AFECTEN EL RENDIMIENTO ESCOLAR:

_____

_____

_____

_____

* **MEDICAMENTO EN LA ESCUELA:**
Debe entregar el formulario Autorización para suministrar medicamento en la escuela, que se puede obtener en la oficina de la escuela o en el sitio web del BSD. Este formulario debe ser completado por un Proveedor de Salud Licenciado antes que el medicamento pueda ser administrado.

** **CONDICIÓN DE RIESGO DE MUERTE: ¡Necesita comunicarse con la enfermera de la escuela! Un plan de salud debe ponerse en lugar con la enfermera escolar antes de que el estudiante pueda asistir a la escuela.**

Tanya LeFevre : tlefevre@esd113.org

AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Si el padre o Proveedor de Salud Licenciado mencionado en el record de registro no pueden ser contactados en caso de una emergencia y observación y tratamiento es urgente a juicio de las autoridades escolares, yo autorizo y dirijo a las autoridades escolares a enviar a mi hijo/a (con acompañamiento adecuado) al hospital o Proveedor de Salud Licenciado más accesible. Comprendo que yo voy a asumir toda responsabilidad por el pago de cualquier servicio prestado.

Los problemas de salud previamente mencionados podrán ser compartidos con el personal escolar a "medida que sea necesario"

Firma del padre/guardián: _____ ***Fecha:*** _____

Formerly: 1-13-2012
Last Revised:3-11-2021

Lake Quinault School District

Emergency Early Dismissal Form

Dear Parent/Guardian:

It may become necessary to close school early because of inclement weather or some other emergency. Please complete this form and return it to your school promptly so we can provide safe and accurate dismissal of your child should it become necessary at any time other than regular school hours. It is important to discuss your emergency early dismissal plans with your child.

Student(s):_____

In the event of an emergency early dismissal when bus service is available:

- ❍ Send my child home per their regular routine. Someone will be home.
- ❍ No one will be home during the day to care for my child. Please send my child to:

  Name: _____

  Address: _____

  Relationship to you/your child:_____

  - ❍ My child will walk to the above address.
- ❍ My child will ride his/her usual bus but the above address will be at a different stop.
- ❍ My child will need to ride a different bus than normally ridden to the above address.

  Bus#_____

In the event there is no bus service available during an emergency early dismissal, the following persons, other than custodial parents, have my permission to pick my child up at school:

Name:_____ Phone number:_____

Name:_____ Phone number:_____

❍ I will pick my child up if there is no bus service.

Phone number_____ Cell Phone_____

Notes:_____

_____

_____

Parent/Guardian:_____

Parent/Guardian Signature_____ Date_____

Distrito escolar de Lake Quinault

Formulario de salida anticipada de emergencia

Estimado padre/tutor:

Puede resultar necesario cerrar la escuela temprano debido al mal tiempo o alguna otra emergencia. Complete este formulario y devuélvalo a su escuela lo antes posible para que podamos brindar una salida segura y precisa de su hijo en caso de que sea necesario en cualquier momento fuera del horario escolar regular. Es importante discutir sus planes de salida anticipada de emergencia con su hijo.

Estudiante(s):_____

En caso de salida anticipada de emergencia cuando el servicio de autobús esté disponible:

- ❍ Enviaré a mi hijo a casa según su rutina habitual. Alguien estará en casa.
- ❍ Durante el día no habrá nadie en casa para cuidar a mi hijo. Envíen a mi hijo a:

  Nombre: _____

  DIRECCIÓN: _____

  Relación con usted / su hijo:_____

  - ❍ Mi hijo caminará a la dirección de arriba.
- ❍ Mi hijo viajará en su autobús habitual, pero la dirección indicada anteriormente estará en una parada diferente.
- ❍ Mi hijo tendrá que viajar en un autobús diferente al que utiliza normalmente para llegar a la dirección indicada anteriormente. Autobús#_____

En caso de que no haya servicio de autobús disponible durante una salida temprana de emergencia, las siguientes personas, además de los padres con custodia, tienen mi permiso para recoger a mi hijo en la escuela:

Nombre:_____ Número de teléfono:_____

Nombre:_____ Número de teléfono:_____

❍ Recogeré a mi hijo si no hay servicio de autobús.

Número de teléfono:_____ Teléfono móvil_____

Notas:_____

_____

_____

Padre/Tutor:_____

Firma del padre/tutor_____ Date_____

LAKE QUINAULT SCHOOLS

Grays Harbor County, Consolidated School District No. 97

6130 HWY. 101
PHONE 360-288-2414 POST OFFICE BOX 38 FAX 360-288-2732
AMANDA PARK, WASHINGTON 98526

Immunization Record Requirements

Dear Parent or Guardian,

Starting August 1, 2020, all immunization records turned in to schools or child care centers are required by state law to be medically verified. Immunization records must be turned into the school on or before the first day of attendance. This means immunization records turned in to the school must be from a health care provider, or you must attach paperwork from a health care provider to your handwritten form that shows your child's records are accurate. Your child cannot attend school until you provide these records.

Here are some examples of medically verified immunization records:

- A completed Certificate of Immunization Status (CIS) signed by a health care provider. Find the CIS form by visiting https://www.doh.wa.gov/SCCI and clicking on "Certificate of Immunization Status."
- A CIS filled out by you or another parent/guardian with medical records attached.
- A CIS printed by a health care provider or school from the Washington State Immunization Information System.
- A CIS printed from MyIR which is a free Department of Health online tool that allows families to view and print their official immunization records themselves. Go to https://wa.myir.net/register to begin the sign-up process.

If you are requesting an exemption from one or more of the immunization requirements, you must provide the school a completed Certificate of Exemption.

If your child already meets immunization requirements and has records on file with the school, you do not need to do anything. If you aren't sure, or if you have any questions, please contact your health care provider or the school nurse, Tanya LeFevre at tlefevre@esd113.org

Washington State Department of Health

DOH 348-744 January 2020

To request this document in another format, call 1-800-525-0127. Deaf or hard of hearing customers, please call 711 (Washington Relay) or email civil.rights@doh.wa.gov.

LAKE QUINAULT SCHOOLS

Grays Harbor County, Consolidated School District No. 97

6130 HWY. 101
PHONE 360-288-2414 POST OFFICE BOX 38 FAX 360-288-2732
AMANDA PARK, WASHINGTON 98526

SPANISH VERSION
Immunization Letter

Requisitos para los registros de vacunación

Estimado padre o tutor,

A partir del 1 de agosto del 2020, la ley estatal requiere que todos los registros de vacunación entregados a las escuelas o centros de cuidado infantil sean verificados médicamente. Los registros de vacunación deben entregarse a la escuela el primer día de asistencia escolar o antes. Esto significa que los registros de vacunación entregados a las escuelas deben provenir de un proveedor de atención médica, o usted debe adjuntar documentación de un proveedor de atención médica a su formulario escrito a mano que muestre que los registros de su hijo/a son los correctos. Su hijo/a no puede asistir a la escuela hasta que proporcione estos registros.

Estos son algunos ejemplos de registros de vacunación médicamente verificados:

- Un Certificado de Estado de Vacunación (CEV) completo y firmado por un proveedor médico. Encuentre una copia de este certificado en línea en www.doh.wa.gov/SCCI. Busque el documento que diga “Certificate of Immunization Status (CIS)”, haga clic y busque la copia en español.
- Un CEV (CIS, por sus siglas en inglés) completado por usted u otro padre o tutor legal con registros médicos adjuntos.
- Un CEV impreso por un proveedor médico o una escuela usando el Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.
- Un CEV impreso desde el portal MyIR (en inglés), una herramienta gratuita en línea del Departamento de Salud que permite a las familias ver e imprimir sus registros oficiales de vacunación. Visite https://wa.myir.net/register (en inglés) para iniciar su proceso de registro.

Si solicita una exención para uno o más de los requisitos de vacunación, debe proporcionarle a la escuela un Certificado de exención completo.

Si su hijo/a cumple con los requisitos de vacunación y tiene registros en los archivos de la escuela, no necesita hacer nada por ahora. Si no está seguro o si tiene alguna pregunta, comuníquese con su proveedor de atención médica o con la enfermera de la escuela, Tanya LeFevre en tlefevre@esd113.org .

Washington State Department of Health

DOH 348-744 January 2020 Spanish

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Clientes sordos o con problemas de audición, favor de llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a civil.rights@doh.wa.gov.

Washington State Department of HEALTH

Certificate of Immunization Status (CIS)

Please print. See back for instructions on how to fill out this form or get it printed from the Washington Immunization Information System.

Reviewed by: Date:

Signed COE on File? ☐ Yes ☐ No

Child's Last Name:	First Name:	Middle Initial:	Birthdate (MM/DD/YYYY):

I give permission to my child's school/child care to add immunization information into the Immunization Information System to help the school maintain my child's record.	Conditional Status Only: I acknowledge that my child is entering school/child care in conditional status. For my child to remain in school, I must provide required documentation of immunization by established deadlines. See back for information.
X_____ **Parent/Guardian Signature** **Date**	X_____ **Parent/Guardian Signature Required if Starting in Conditional Status** **Date**

Required Vaccines for School or Child Care Entry ▲Required School ● Required Child Care/Preschool	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY	MM/DD/YY
●▲ DTaP *(Diphtheria, Tetanus, Pertussis)*						
▲ Tdap *(Tetanus, Diphtheria, Pertussis) grade 7+*						
●▲ DT or Td *(Tetanus, Diphtheria)*						
●▲ Hepatitis B						
● Hib *(Haemophilus influenzae type b)*						
●▲ IPV *(Polio)*						
●▲ OPV *(Polio)*						
●▲ MMR *(Measles, Mumps, Rubella)*						
● PCV *(Pneumococcal)*						
●▲ Varicella *(Chickenpox)* ☐ History of disease verified by IIS						
Recommended Vaccines (Not Required for School or Child Care Entry)						
COVID-19						
Flu *(Influenza)*						
Hepatitis A						
HPV *(Human Papillomavirus)*						
Meningococcal Disease types A, C, W, Y						
Meningococcal Disease type B						
Rotavirus						

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

If the child named in this CIS has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.

I certify that the child named on this CIS has:

☐ A verified history of varicella (chickenpox) disease.

☐ Laboratory evidence of immunity (titer) to disease/s marked below.

☐ Diphtheria	☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B
☐ Hib	☐ Measles	☐ Mumps
☐ Rubella	☐ Tetanus	☐ Varicella

☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)

▶

Licensed Health Care Provider Signature Date

▶

Printed Name

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.

Health Care Provider or School Official Name: _____ **Signature:** _____ **Date:** _____

Handwritten forms must have medical immunization records attached for school or child care staff verification.

Certificado de Estado de Vacunación

Imprima este formulario. Vea el reverso de este formulario para obtener instrucciones sobre cómo llenarlo o imprimirlo del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Reviewed by:	Date:
Signed COE on File? * Yes * No	

Apellido del niño:	**Nombre:**	**Inicial del segundo nombre:**	**Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA):**

Autorizo a la escuela/establecimiento de cuidado infantil de mi hijo a agregar información sobre las vacunas en el IIS para ayudar a la escuela a mantener un registro de mi hijo.	Solo estado condicional: Reconozco que mi hijo está ingresando a la escuela/establecimiento de cuidado infantil en estado condicional. Para que mi hijo permanezca en la escuela, debo proporcionar la documentación requerida de las vacunas en los plazos establecidos. Consulte en el reverso para obtener orientación sobre el estado condicional.
X _____ **Firma del padre, la madre o el tutor** **Fecha**	X _____ **Se requiere la firma del padre, la madre o el tutor si comienza en estado condicional** **Fecha**

Vacunas obligatorias para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil						
▲Se requiere para la escuela ● Se requiere para el establecimiento de cuidado infantil/preescolar	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA	DD/MM/AA
●▲ DTaP (difteria, tétanos y tos ferina)						
▲ Tdap (tétanos, difteria y tos ferina) (a partir de 7.º grado)						
●▲ DT o Td (tétanos, difteria)						
●▲ Hepatitis B						
● Hib *(Haemophilus influenzae* tipo b*)*						
●▲ IPV (polio) (cualquier combinación de IPV/OPV)						
●▲ OPV (polio)						
●▲ MMR (sarampión, paperas, rubéola)						
● PCV (antineumocócica)						
●▲ Varicela ☐ Antecedentes de la enfermedad verificados por el IIS						
Vacunas recomendadas (no se requieren para el ingreso a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil)						
COVID-19						
Gripe (influenza)						
Hepatitis A						
VPH (virus del papiloma humano)						
MCV/MPSV (meningococo tipo A, C, W, Y)						
MenB (meningococo tipo B)						
Rotavirus						

Documentation of Disease Immunity (Health care provider use only)

If the child named in this Certificate of Immunization Status (CIS) has a history of varicella (chickenpox) disease or can show immunity by blood test (titer), it must be verified by a health care provider.

I certify that the child named on this CIS has:

- A verified history of varicella (chickenpox) disease.
- Laboratory evidence of immunity (titer) to disease(s) marked below.

☐ Diphtheria	☐ Hepatitis A	☐ Hepatitis B
☐ Hib	☐ Measles	☐ Mumps
☐ Rubella	☐ Tetanus	☐ Varicella

☐ Polio (all 3 serotypes must show immunity)

►

Licensed Health Care Provider Signature Date

►

Printed Name

I certify that the information provided on this form is correct and verifiable.

Health Care Provider or School Official Name: _____ Signature: _____ Date:_____
If verified by school or child care staff the medical immunization records must be attached to this document.

Instructions for completing the Certificate of Immunization Status (CIS): Print the from the Immunization Information System (IIS) or fill it in by hand.

To print with the immunization information filled in:

Ask if your health care provider's office enters immunizations into the WA Immunization Information System (Washington's statewide registry). If they do, ask them to print the CIS from the IIS and your child's immunization information will fill in automatically.

You can also print a CIS at home by signing up and logging into MyIR at https://myirmobile.com/

If your provider doesn't use the IIS, email or call the Department of Health to get a copy of your child's CIS: waiisrecords@doh.wa.gov or 1-866-397-0337.

To fill out the form by hand:

1. Print your child's name and birthdate, and sign your name where indicated on page one.
2. Write the date of each vaccine dose received in the date columns (as MM/DD/YY). If your child receives a combination vaccine (one shot that protects against several diseases), use the Reference Guides below to record each vaccine correctly. For example, record Pediarix under Diphtheria, Tetanus, Pertussis as DTaP, Hepatitis B as Hep B, and Polio as IPV.
3. If your child had chickenpox (varicella) disease and not the vaccine, a health care provider must verify chickenpox disease to meet school requirements.
   - If your health care provider can verify that your child had chickenpox, ask your provider to check the box in the Documentation of Disease Immunity section and sign the form.
   - If school staff access the IIS and see verification that your child had chickenpox, they will check the box under Varicella in the vaccines section.
4. If your child can show positive immunity by blood test (titer), have your health care provider check the boxes for the appropriate disease in the Documentation of Disease Immunity section, and sign and date the form. You must provide lab reports with this CIS.
5. Provide proof of medically verified records, following the guidelines below.

Acceptable Medical Records

All vaccination records must be medically verified. Examples include:

- A Certificate of Immunization Status (CIS) form printed with the vaccination dates from the Washington State Immunization Information System (IIS), MyIR, or another state's IIS.
- A completed hardcopy CIS with a health care provider validation signature.
- A completed hardcopy CIS with attached vaccination records printed from a health care provider's electronic health record with a health care provider signature or stamp. The school administrator, nurse, or designee must verify the dates on the CIS have been accurately transcribed and provide a signature on the form.

Conditional Status

Children can enter and stay in school or child care in conditional status if they are catching up on required vaccines for school or child care entry. (Vaccine series doses are spread out among minimum intervals, so some children may have to wait a period of time before finishing their vaccinations. This means they may enter school while waiting for their next required vaccine dose). To enter school or child care in conditional status, a child must have all the vaccine doses they are eligible to receive before starting school or child care.

Students in conditional status may remain in school while waiting for the minimum valid date of the next vaccine dose plus another 30 days time to turn in documentation of vaccination. If a student is catching up on multiple vaccines, conditional status continues in a similar manner until all of the required vaccines are complete.

If the 30-day conditional period expires and documentation has not been given to the school or child care, then the student must be excluded from further attendance, per RCW 28A.210.120. Valid documentation includes evidence of immunity to the disease in question, medical records showing vaccination, or a completed certificate of exemption (COE) form.

Instrucciones para completar el Certificado de Estado de Vacunación: Imprima el formulario del Sistema Informático de Vacunación o rellénelo a mano.

Para imprimir con la información de la vacunación completada:

Pregunte si el consultorio de su proveedor médico ingresa las vacunas en el Sistema Informático de Vacunación de WA (el registro estatal de Washington). Si es así, solicíteles que impriman el certificado usando el sistema y la información de vacunación de su hijo se llenará de forma automática. También puede imprimir un certificado en su casa. Solo tiene que registrarse e ingresar a MyIR en https://myirmobile.com. Si su proveedor no utiliza el sistema, envíe un correo electrónico al Departamento de Salud a waiisrecords@doh.wa.gov o llame al 1-866-397-0337 para obtener una copia del certificado de su hijo.

Para llenar el formulario a mano:

1. Escriba en letra de imprenta el nombre y la fecha de nacimiento de su hijo y firme donde se indica en la página uno.
2. Escriba la fecha de cada dosis de la vacuna recibida en las columnas de fechas (con el formato DD/MM/AA). Si su hijo recibe una vacuna combinada (una sola inyección que lo protege contra varias enfermedades), utilice las guías de referencia que aparecen a continuación para registrar cada vacuna de manera correcta. Por ejemplo, registre la vacuna Pediarix bajo difteria, tétanos, tos ferina como DTaP, hepatitis B como Hep B, y polio como IPV.
3. Si su hijo tuvo varicela y no fue vacunado, un proveedor de atención médica debe corroborar que tuvo varicela para cumplir con los requisitos de la escuela.
   * Si el proveedor médico puede corroborar que su hijo tuvo varicela, pídale que marque la casilla en la sección en inglés “Documentation of Disease Immunity” y que firme el formulario.
   * Si el personal de la escuela tiene acceso al Sistema Informático de Vacunación y ven la verificación de que su hijo tuvo varicela, marcarán la casilla debajo de varicela en la sección de las vacunas.
4. Si un análisis de sangre (valor) da positivo y muestra que su hijo es inmune, pídale al proveedor médico que marque las casillas de la enfermedad correspondiente en la sección en inglés “Documentation of Disease Immunity”, y que firme y ponga la fecha el formulario. Debe proporcionar los resultados del laboratorio junto con este certificado.
5. Proporcione pruebas de registros con verificación médica según las pautas que se indican a continuación.

Registros médicos aceptables

Todos los registros de vacunación deben estar corroborados por un médico. Por ejemplo:

- Un formulario del Certificado de Estado de Vacunación impreso con las fechas de vacunación del Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington, MyIR o el sistema de otro estado.
- Una copia impresa completa del certificado con la firma de validación del proveedor médico.
- Una copia impresa completa del certificado con los registros de vacunación adjuntos, impresos desde el registro de salud electrónico de un proveedor médico y con la firma o el sello de un proveedor médico. El administrador de la escuela, el enfermero o la persona designada debe verificar que las fechas en el certificado se transcribieron con precisión y debe firmar el formulario.

Estado condicional

Los niños pueden ingresar y permanecer en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil en estado condicional si se están poniendo al día con las vacunas obligatorias para ingresar a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil. (Las dosis del esquema de vacunas se distribuyen en intervalos mínimos, por lo que algunos niños pueden tener que esperar un tiempo antes de terminar de recibir sus vacunas. Esto significa que es posible que ingresen a la escuela mientras esperan la siguiente dosis de la vacuna obligatoria). Para ingresar a una escuela o establecimiento de cuidado infantil en estado condicional, un niño debe tener todas las dosis de las vacunas obligatorias antes de empezar a ir a la escuela o al establecimiento de cuidado infantil.

Los estudiantes que estén en estado condicional pueden permanecer en la escuela hasta la fecha de validez mínima de la próxima dosis de la vacuna y tendrán un período adicional de 30 días para presentar la documentación de la vacunación. Si un estudiante debe ponerse al día con varias vacunas, el estado condicional continúa de forma similar hasta que reciba todas las vacunas obligatorias.

Si el período condicional de 30 días se vence antes de que se presente la documentación en la escuela o en el establecimiento de cuidado infantil, el estudiante deberá ser excluido de dicha escuela o establecimiento de cuidado infantil, conforme al capítulo 28A.210.120 del Código Revisado de Washington. La documentación válida incluye pruebas de inmunidad a la enfermedad en cuestión, registros médicos que demuestren la vacunación o un formulario de certificado de exención (COE) completado.

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a doh.information@doh.wa.gov.
DOH 348-013 September 2024 Spanish

Parents– Are Your Kids Ready for School?

Required Immunizations for School Year 2025-2026



Instructions: To see which vaccines are required for school, find your child's grade in the first column. Look at the matching row across the page to find the amount of vaccines required for your child to enter school.

	DTaP/Tdap (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)	**Hepatitis B**	**Hib** (*Haemophilus influenzae* type B)	**MMR** (Measles, mumps, rubella)	**PCV** (Pneumococcal Conjugate)	**Polio**	**Varicella** (Chickenpox)
Preschool Age 19 months to <4 years on September 1st	4 doses DTaP	3 doses	3 or 4 doses* (depending on vaccine)	1 dose	4 doses*	3 doses	1 dose**
Preschool/Transitional Kindergarten 4 years of age or older on September 1st	5 doses DTaP*	3 doses	3 or 4 doses* (depending on vaccine) (Not required at 5 years of age or older)	2 doses	4 doses* (Not required at 5 years of age or older)	4 doses*	2 doses**
Kindergarten through 6th	5 doses DTaP*	3 doses	Not Required	2 doses	Not Required	4 doses*	2 doses**
7th through 12th	5 doses DTaP* *Plus* Tdap at age ≥10 years	3 doses	Not Required	2 doses	Not Required	4 doses*	2 doses**

*Vaccine doses may be acceptable with fewer than listed depending on when they were given.

**Health care provider verification of history of chickenpox disease is also acceptable.

Students must get vaccine doses at the correct timeframes to be in compliance with school requirements. Talk to your health care provider or school staff if you have questions.

Find information on other important vaccines not required for school at: www.immunize.org/cdc/schedules.

To request this document in another format, call 1-800-525-0127.
Deaf or hard of hearing customers, please call 711 (Washington Relay) or email doh.information@doh.wa.gov

DOH 348-295 Dec. 2024

Padres, ¿sus hijos están listos para la escuela?

Vacunas obligatorias para el año escolar 2025-2026



Instrucciones: Busque el grado de su hijo para ver cuáles son las vacunas obligatorias para asistir a la escuela. Observe la fila correspondiente en la página para averiguar la cantidad de vacunas requeridas para que su hijo pueda ingresar a la escuela.

	Difteria, tétanos, tos ferina	**Hepatitis B**	***Haemophilus influenzae* tipo b**	**Sarampión, paperas, rubéola**	**Neumocócica conjugada**	**Polio**	**Varicela**
	DTaP/Tdap	Hepatitis B	Hib	MMR	PCV	Polio	Varicella
Prescolar Desde los 19 meses hasta antes de cumplir los 4 años el 01/09/2024	4 dosis de DTaP	3 dosis	3 o 4 dosis* (según la vacuna)	1 dosis	4 dosis*	3 dosis	1 dosis**
Prescolar/jardín de infantes de transición Con 4 años o mayor el 01/09/2024	5 dosis de DTaP*	3 dosis	3 o 4 dosis* (según la vacuna) (No obligatoria a partir de los 5 años)	2 dosis	4 dosis* (No obligatoria a partir de los 5 años)	4 dosis*	2 dosis**
Jardín de infantes hasta 6.º grado	5 dosis de DTaP*	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**
De 7.º grado a 12.º grado	5 dosis de DTaP* *Más* Tdap a partir de los 10 años	3 dosis	No obligatoria	2 dosis	No obligatoria	4 dosis*	2 dosis**

* Pueden aceptarse menos dosis de las vacunas indicadas según la fecha en que se administraron. **También es posible que el proveedor de atención médica verifique los antecedentes de varicela.

Los estudiantes deben recibir las dosis de las vacunas en los plazos correctos para cumplir con los requisitos de la escuela.Hable con su proveedor de atención médica o con el personal de
la escuela si tiene alguna pregunta.

Puede encontrar información sobre otras vacunas importantes que no son obligatorias para la asistencia a la escuela en www.immunize.org/cdc/schedules.

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (servicio de relé de Washington) o enviar un correo electrónico a doh.information@doh.wa.gov.

DOH 348-295 Dec. 2024 Spanish

Child Care Vaccines Required Chart for Parents



Instructions: To see which vaccines are required for child care, find your child's age and look at that row going across to find the vaccines and doses needed. Children must meet minimum vaccine intervals and ages to meet the requirements. Please talk to your health care provider or child care provider if you have questions.

	Hepatitis B	**DTaP** (Diphtheria, Tetanus, Pertussis)	**Hib** (*Haemophilus influenza* type B)	**Polio**	**PCV** (Pneumococcal Conjugate)	**MMR** (Measles, mumps rubella)	**Varicella** (Chickenpox)
By 3 Months	2 doses	1 dose	1 dose	1 dose	1 dose	Not routinely given before 12 months of age	Not routinely given before 12 months of age
By 5 Months	2 doses	2 doses	2 doses	2 doses	2 doses		
By 7 Months	2 doses	3 doses	2 or 3 doses**	2 doses	3 doses		
By 16 Months	2 doses	3 doses	3 or 4 doses**	2 doses	4 doses**	1 dose	1 dose
By 19 Months	3 doses	4 doses	3 or 4 doses**	3 doses	4 doses**	1 dose	1 dose
By 7 years or preschool/ school entry at ≥ 4 years*	3 doses	5 doses**	Not routinely given to children age 5 years and older	4 doses**	Not routinely given to children age 5 years and older	2 doses	2 doses

***Children attending Preschool-12th grade must meet the immunization requirements for their grade in school.**

**Vaccine doses may be acceptable with fewer than listed depending on when they were given.

The Preschool-12th grade requirement chart and additional immunization resources can be found at: www.doh.wa.gov/SCCI
Find information about other important vaccines not required for child care attendance at: www.immunize.org/cdc/schedules.

To request this document in another format, call 1-800-525-0127.
Deaf or hard of hearing customers, please call 711 (Washington Relay) or email civil.rights@doh.wa.gov.

DOH 348-425 Dec. 2022

Cuadro de vacunas obligatorias requeridas por los proveedores de cuidado infantil para padres



Instrucciones: Para consultar qué vacunas son obligatorias para acceder a los servicios de cuidado infantil, busque la edad de su hijo y consulte esa fila para encontrar las vacunas y dosis necesarias. Los niños deben cumplir con las edades y los intervalos de vacunación mínimos para cumplir con los requisitos. Hable con su proveedor de atención médica o

	Hepatitis B	**DTaP** (difteria, tétanos, tos ferina)	**Hib** (*Haemophilus influenza* tipo b)	**Polio**	**PCV** (neumocócica conjugada)	**MMR** (sarampión, paperas, rubéola)	**Varicela**
3 meses	2 dosis	1 dosis	1 dosis	1 dosis	1 dosis	No se administra de forma rutinaria antes de los 12 meses.	No se administra de forma rutinaria antes de los 12 meses.
5 meses	2 dosis	2 dosis	2 dosis	2 dosis	2 dosis		
7 meses	2 dosis	3 dosis	2-3 dosis**	2 dosis	3 dosis		
16 meses	2 dosis	3 dosis	3-4 dosis**	2 dosis	4 dosis**	1 dosis	1 dosis
19 meses	3 dosis	4 dosis	3-4 dosis**	3 dosis	4 dosis**	1 dosis	1 dosis
7 años o para el ingreso a preescolar/ escuela a los ≥4 años*	3 dosis	5 dosis**	No se administra de forma rutinaria a niños mayores de 5 años.	4 doses**	No se administra de forma rutinaria a niños mayores de 5 años.	2 dosis	2 dosis

*** Los niños que asisten a centros preescolares hasta 12.º grado deben cumplir con los requisitos de vacunación para su grado escolar.**

** Pueden aceptarse menos dosis de las vacunas indicadas según la fecha en que se administraron.

Puede encontrar el cuadro de requisitos para niños en edad preescolar hasta 12.º grado y los recursos adicionales de vacunación en www.doh.wa.gov/SCCI

Puede encontrar información sobre otras vacunas importantes no obligatorias para la asistencia a centros de cuidado infantil en www.immunize.org/cdc/schedules.

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Las personas con sordera o problemas de audición deben llamar al 711 (Washington Relay) o enviar un correo electrónico a email civil.rights@doh.wa.gov.

DOH 348-425 Dec. 2022 Spanish

Lake Quinault School District 97

FEDERAL IMPACT AID
Annual Parent-Student Survey (Federal Employment/Military Card)

Dear Parent/Guardian:

Attached is an important survey that we are asking all parents to complete in order to determine if our school district qualifies to receive additional funds from the federal government. These funds are part of a program called "Impact Aid", which is designed to lessen the impact of federal activity on the operating budgets of school districts.

How does federal activity impact school district budgets?

Districts rely upon local property taxes as a major source of revenue to operate and maintain schools. However, there are some exemptions that no not generate these taxes and reduce a portion of the district's revenue. These exemptions include:

- Native American property
- Active military personnel
- Home on federal property
- Business and government agencies on federal property

Why must parents complete a survey?

In order to receive Impact Aid funds, the school district must provide a form to a parent or guardian of each student enrolled in the district to:

1. Confirm the student's place of residence, and
2. determine if the student's parent or guardian is employed on federal property or is in on active military duty.

Your support is needed in obtaining the district's appropriate share of federal Impact Aid funds. Please complete and sign a Parent/Student Survey for each child in your household and return it to you child's school as soon as possible. All information that you provide on the survey will be treated confidentially.

If you need additional information, please call 360-288-2414, ext. 500. Thank you for your help and support.

Sincerely,

April Mickelson
Administrative Coordinator
amickelson@lakequinaultschools.org

Lake Quinault School District 97

AYUDA FEDERAL DE IMPACTO
Encuesta Anual de Padres y Estudiantes (Tarjeta Federal de Empleo/Militar)Card)

Estimado padre/tutor:

Adjunto se encuentra una encuesta importante que pedimos a todos los padres que completen para determinar si nuestro distrito escolar califica para recibir fondos adicionales del gobierno federal. Estos fondos son parte de un programa llamado "Impact Aid", que está diseñado para disminuir el impacto de la actividad federal en los presupuestos operativos de los distritos escolares.

¿Cómo afecta la actividad federal a los presupuestos de los distritos escolares?

Los distritos dependen de los impuestos locales a la propiedad como una fuente importante de ingresos para operar y mantener las escuelas. Sin embargo, existen algunas exenciones que no generan estos impuestos y reducen una parte de los ingresos del distrito. Estas exenciones incluyen:

- Propiedad de nativos americanos
- Personal militar activo
- Casa en propiedad federal
- Agencias comerciales y gubernamentales en propiedad federal

¿Por qué los padres deben completar una encuesta?

Para recibir fondos de Impact Aid, el distrito escolar debe proporcionar un formulario a un padre o tutor de cada estudiante matriculado en el distrito para:

1. Confirmar el lugar de residencia del estudiante, y
2. determinar si el padre o tutor del estudiante está empleado en propiedad federal o está en servicio militar activo.

Se necesita su apoyo para obtener la parte apropiada del distrito de los fondos federales de Ayuda de Impacto. Complete y firme una Encuesta para padres/estudiantes para cada niño en su hogar y devuélvala a la escuela de su hijo lo antes posible. Toda la información que proporcione en la encuesta será tratada de forma confidencial.

Si necesita información adicional, llame al 360-288-2414, ext. 500. Gracias por su ayuda y apoyo.

Atentamente,

April Mickelson
Coordinadora administrativa

amickelson@lakequinaultschools.org

Lake Quinault School District 97

FEDERAL IMPACT AID

Annual Parent-Student Survey (Federal Employment/Military Card)

All information submitted is strictly confidential. Please complete a separate form for each child in your household and submit it to their school.

STUDENT INFORMATION (Please Print):

Student's Name_____
First Name Middle Initial Last Name

Address:_____
Street City State Zip

PARENT/GUARDIAN WORK INFORMATION (Please Print):
Note: This section applies only to the parent/guardian with whom the student resides.

_____ Lives on Native American Property.

_____ Works or lives on property owned by the federal government.

_____ Does not work or live on property owned by the federal government.

_____ Does not know if the property on which you work or live is owned by the federal government.

_____
Parent or Guardian's Name Employer Work Address Work Phone

_____
Parent or Guardian's Name Employer Work Address Work Phone

PARENT/GUARDIAN MILITARY SERVICE INFORMATION:
Note: This section does not apply to the National Guard or the Reserves unless on active duty.

Name of Parent/Guardian on active duty:_____Rank:_____

Name of Parent/Guardian on active duty:_____Rank:_____

Please check the type of service:

TYPE OF SERVICE:

- ❑ U.S Military
- ❑ Foreign Military
- ❑ Retired Military

BRANCH OF SERVICE:

- ❑ Air Force
- ❑ Army
- ❑ National Guard
- ❑ Marine Corp
- ❑ Coast Guard
- ❑ Navy
- ❑ Commissioned Officer: Public Health Service
- ❑ NOAA Corps

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE:

_____
Signature Telephone Email Address Date

Lake Quinault School District 97

AYUDA FEDERAL DE IMPACTO

Encuesta Anual de Padres y Estudiantes (Tarjeta Federal de Empleo/Militar)Card)

Toda la información enviada es estrictamente confidencial. Complete un formulario por separado para cada niño en su hogar y envíelo a su escuela.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (Por favor imprima):

Nombre del estudiante _____

Nombre de pila Inicial del segundo nombre Apellido

Dirección:_____

Calle Ciudad Estado Código postal

INFORMACIÓN LABORAL DEL PADRE/TUTOR (Por favor imprima):
Nota: Esta sección se aplica únicamente al padre/tutor con quien reside el estudiante.

_____ Vive en propiedad de nativos americanos.
_____ Trabaja o vive en propiedades propiedad del gobierno federal.
_____ No trabaja ni vive en propiedades propiedad del gobierno federal.
_____ No sabe si la propiedad en la que trabaja o vive es propiedad del gobierno federal.

_____

Nombre del padre o tutor Empleador Dirección de trabajo Teléfono de trabajo

_____

Nombre del padre o tutor Empleador Dirección de trabajo Teléfono de trabajo

INFORMACIÓN DEL SERVICIO MILITAR PARA PADRES/TUTOR:
Nota: Esta sección no se aplica a la Guardia Nacional ni a las Reservas a menos que estén en servicio activo.

Nombre del padre/tutor en servicio activo: _____ Rango:_____
Nombre del padre/tutor en servicio activo: _____ Rango:_____

Por favor marque el tipo de servicio:

TIPO DE SERVICIO:

- ❑ Ejército de EE. UU.
- ❑ Militar extranjero
- ❑ Militar retirado

RAMA DE SERVICIO:

- ❑ Air Force
- ❑ Army
- ❑ National Guard
- ❑ Marine Corp
- ❑ Coast Guard
- ❑ Navy
- ❑ Commissioned Officer: Public Health Service
- ❑ NOAA Corps

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE:

_____

Signature Telephone Email Address Date

OMB Control No. 1810-0021 (Exp. 06/30/2026)

ED 506 Form
Indian Student Eligibility Certification Form for Title VI Indian Education Formula Grant Program

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count for the Title VI Indian Education Formula Grant Program. If you choose to submit a form, your child could be counted for funding under the program. The grantee receives the grant funds based on the number of eligible forms counted during the established count period. You are not required to complete or submit this form unless you wish for your child(ren) to be included in the Indian student count. This form should be kept on file with the grant applicant and will not need to be completed every year. Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. § 1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

Student Information

Name of the Child _____ Date of Birth _____ Grade level _____

Name of School _____ School District _____

Tribal Membership

The individual with Tribal membership is the (select only one): ____child ____child's parent ____child's grandparent

If the individual with Tribal membership is **not** the child listed above, name the individual (parent/grandparent) with tribal membership: _____

Name and address of Tribe or Band that maintains updated and accurate membership data for the individual listed above:

Name _____ Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

The Tribe or Band is (select only one):

- ☐ Federally Recognized Tribe
- ☐ State Recognized Tribe
- ☐ Terminated Tribe
- ☐ Alaska Native
- ☐ Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994.

Proof of membership in Tribe or Band listed above, as defined by Tribe or Band is:

- o Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or
- o Other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach)

Membership or enrollment number establishing membership (if readily available) or other evidence establishing membership in the Tribe listed above (describe and attach). _____

Attestation Statement

I verify that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge and belief.

Printed Name of Parent/Guardian _____ Signature _____

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Phone Number _____ Email _____ Date _____

Formulario ED 506

Formulario de certificación de elegibilidad de estudiantes indios para el programa de becas de fórmula de educación india del Título VI0

Padre/Tutor: Este formulario sirve como registro oficial de la determinación de elegibilidad para cada niño individual incluido en el conteo de estudiantes para el Programa de Becas de Fórmula de Educación Indígena del Título VI. Si decide enviar un formulario, su hijo podría contarse para la financiación del programa. El beneficiario recibe los fondos de la subvención según la cantidad de formularios elegibles contados durante el período de conteo establecido. No es necesario que complete ni envíe este formulario a menos que desee que su(s) hijo(s) sean incluidos en el recuento de estudiantes indios. Este formulario debe mantenerse archivado con el solicitante de la subvención y no será necesario completarlo todos los años. Cuando corresponda, la información contenida en este formulario puede divulgarse con su consentimiento previo por escrito o el consentimiento previo por escrito de un estudiante elegible (de 18 años o más), o si lo autoriza la ley, si hacerlo estuviera permitido según la Ley Educativa Familiar. Ley de Derechos y Privacidad, 20 U.S.C. § 1232g, y cualquier requisito de confidencialidad estatal o local aplicable.

Información del estudiante

Nombre del niño_____Fecha de nacimiento_____Nivel de grado_____

Nombre de Escuela_____Distrito escolar_____

Membresía Tribal

El individuo con membresía tribal es (seleccione solo uno): ☐ niño ☐ Padre del niño ☐ abuelo del niño

Si la persona con membresía tribal no es el niño mencionado anteriormente, nombre la persona (padre/abuelo) con membresía tribal: _____

Nombre y dirección de la Tribu o Banda que mantiene datos de membresía actualizados y precisos para el individuo mencionado anteriormente:

Nombre_____DIRECCIÓN _____

Ciudad _____Estado _____ Código postal _____

La Tribu o Banda es (seleccione solo una):

☐ Tribu reconocida federalmente

☐ Tribu reconocida por el estado

☐ Tribu Terminada

☐ Nativo de Alaska

☐ Miembro de un grupo indio organizado que recibió una subvención en virtud de la Ley de Educación India de 1988, tal como estaba en vigor el 19 de octubre de 1994.

La prueba de membresía en la Tribu o Banda mencionada anteriormente, según lo definido por Tribu o Banda es:

☐ Número de membresía o inscripción que establece la membresía (si está disponible) o

☐ Otra evidencia que establezca la membresía en la Tribu mencionada anteriormente (describa y adjunte)

Número de membresía o inscripción que establece la membresía (si está disponible) u otra evidencia que establezca la membresía en la Tribu mencionada anteriormente (describa y adjunte)._____

Declaración de atestación

Verifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre Impreso del Padre / Tutor_____Firma_____

DIRECCIÓN_____Ciudad_____Estado_____Código Postal_____

Número de Teléfono_____Correo Electrónico_____Fecha_____

For Parent/Guardians:

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

Student Information: Write the name of the child, date of birth, grade level, name of school and school district. Only name one child per form.

Tribal Membership: Write the name of the individual with the tribal membership, if it is not the child listed. Only one name is needed for this section, even though multiple persons may have tribal membership. Select only one identifier: the child, child's parent or grandparent, for whom you can provide membership information.

Write the name and address of the organization that maintains updated and accurate membership data for such Tribe or Band of Indians. The name does not need to be the official name as it appears exactly on the Department of Interior's list of federally recognized Tribes, but the name must be recognizable and be of sufficient detail to permit verification of the eligibility of the Tribe. Check only one box indicated whether it is a Federally Recognized, State Recognized, Terminated Tribe or Organized Indian Group. Write the enrollment number establishing the membership for the child, parent or grandparent, if readily available, or other evidence of membership.

Attestation Statement: Provide the printed name of parent/guardian and signature, address, phone number and email of the parent or guardian of the child. The signature of the parent or guardian of the child verifies the accuracy of the information supplied.

Paperwork Burden Statement: According to the Paperwork Reduction Act of 1995, no persons are required to respond to a collection of information unless such collection displays a valid OMB control number. The valid OMB control number for this information collection is 1810-0021. The time required to complete this portion of the information collection per type of respondent is estimated to average: 15 minutes per Indian student certification (ED 506) form; including the time to review instructions, search existing data resources, gather the data needed, and complete and review the information collection. If you have any comments concerning the accuracy of the time estimate(s) or suggestions for improving this form, please write to: U.S. Department of Education, Washington, D.C. 20202-4651. If you have comments or concerns regarding the status of your individual submission of this form, write directly to: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W238, Washington, D.C. 20202-6335

Para padres/tutores:

Definiciones:

Indio significa un individuo que es (1) Miembro de una Tribu o Banda India, tal como la membresía se define por la Tribu o Banda India, incluida cualquier Tribu o Banda disuelta desde 1940, y cualquier Tribu o Banda reconocida por el Estado en el que se encuentra. Reside la Tribu o Banda; (2) Un descendiente de un padre o abuelo que cumpla con los requisitos descritos en el párrafo (1) de esta definición; (3) Considerado por el Secretario del Interior como indio para cualquier propósito; (4) un esquimal, aleutiano u otro nativo de Alaska; o (5) Un miembro de un grupo indio organizado que recibió una subvención en virtud de la Ley de Educación India de 1988, tal como estaba en vigor el 19 de octubre de 1994.

Información del estudiante: Escriba el nombre del niño, fecha de nacimiento, grado, nombre de la escuela y distrito escolar. Solo nombre un niño por formulario.

Membresía tribal: Escriba el nombre de la persona con membresía tribal, si no es el niño mencionado. Sólo se necesita un nombre para esta sección, aunque varias personas puedan ser miembros tribales. Seleccione solo un identificador: el niño, el padre o el abuelo del niño, para quienes puede proporcionar información de membresía.

Escriba el nombre y dirección de la organización que mantiene datos de membresía actualizados y precisos de dicha Tribu o Banda de Indios. No es necesario que el nombre sea el nombre oficial, ya que aparece exactamente en la lista de tribus reconocidas a nivel federal del Departamento del Interior, pero el nombre debe ser reconocible y tener suficiente detalle para permitir la verificación de la elegibilidad de la tribu. Marque solo una casilla que indique si se trata de una tribu reconocida federalmente, reconocida por el estado, una tribu extinta o un grupo indígena organizado. Escriba el número de inscripción que establece la membresía del niño, padre o abuelo, si está disponible, u otra evidencia de membresía.

Declaración de atestación: Proporcione el nombre impreso del padre/tutor y la firma, dirección, número de teléfono y correo electrónico del padre o tutor del niño. La firma del padre o tutor del niño verifica la exactitud de la información proporcionada.

Declaración de carga burocrática: Según la Ley de Reducción de Trámites de 1995, ninguna persona está obligada a responder a una recopilación de información a menos que dicha recopilación muestre un número de control válido de 0 MB. El número de control válido de 0 MB para esta recopilación de información es 1810-0021. Se estima que el tiempo promedio necesario para completar esta parte de la recopilación de información por tipo de encuestado es: 15 minutos por certificación de estudiante indio (ED
506) formulario; incluido el tiempo para revisar las instrucciones, buscar recursos de datos existentes, recopilar los datos necesarios y completar y revisar la recopilación de información. Si tiene algún comentario sobre la exactitud de las estimaciones de tiempo o sugerencias para mejorar este formulario, escriba a: Departamento de Educación de EE. UU., Washington, D.C. 20202-4651. Si tiene comentarios o inquietudes sobre el estado de su envío individual de este formulario, escriba directamente a: Office of Indian Education, U.S. Department of Education, 400 Maryland Avenue, S.W., LBJ/Room 3W238, Washington, D.C. 20202-6335

2026–27 Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application – Lake Quinault School District 97

This application may qualify you for: meal benefits, Summer EBT benefits (if enrolled in a NSLP/SBP school), reduced fees for other programs and activities, and/or help secure funding for your school district. If your child(ren) are enrolled in a Community Eligibility Provision (CEP) or Provision 2 school, completing this application will not impact your eligibility to receive meals at no cost.

Complete, sign, and return this application to: the school office.

Check here if you received meal benefits last year: ☐

1. List **all students** living with you that are attending school. If the student is in foster care, experiencing homelessness, or receiving migrant education services, indicate this by placing an "x" in the appropriate box. Include any personal income received by the student and make an "x" in the correct box for how often it is received. ☐ **Homeless** ☐ **Migrant**

Student's Last Name	Student's First Name	MI	Foster	Date of Birth	School	Grade	Student Income	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

2. If any Household Members (including yourself) currently participate in one or more of the following assistance programs, please write in a case number. If no, go to Step 3.

☐ Basic Food ☐ TANF ☐ Food Distribution Program on Indian Reservations (FDIPR) Case Number: _____

3. List the names of all other household members - Enter income (in whole dollars) and CHECK how often it is received. If a household member does not receive income, write 0. If you enter 0 or leave the income sections blank, you are promising there is no income to report.

Names of ALL other household members (do not include students listed above)	Foster	Earnings from work (before any deductions)	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly	Public Assistance/ Child Support/ Alimony	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly	Pensions/ Retirement/ Social Security (SSI)	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly	Any Other Income Not Already Listed	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. Total Household Members (include all people living in your household): ☐ **Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of** ☐ Check if no SSN: ☐

(total listed must equal number of household members listed above) **Primary Wage Earner or Other Household Member** (*Optional if only applying for Summer EBT)*

5. Contact Information & Signature – Complete, sign, and return this application to:

I certify (promise) that all information on this application is true, that all income is reported, and that my household does not receive Summer EBT benefits through a different State or Indian Tribal Organization (if applicable). I understand that this information is given in connection with the receipt of federal or state benefits and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose these benefits, and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws.

Printed Name of Adult Household Member _____ **Adult Household Member Signature** _____ **E-mail Address** _____

Mailing Address _____ **City, State & Zip Code** _____ **Daytime Phone** _____ **Date** _____

2026-27 APLICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA NUTRICIÓN INFANTIL Y BENEFICIOS EDUCATIVOS
LAKE QUINAULT SCHOOL DISTRICT 97

Esta aplicación puede calificarlo para: beneficios de comidas, beneficios de EBT de verano (si está inscrito en una escuela NSLP/SBP), tarifas reducidas para otros programas y actividades, y/o ayuda para asegurar fondos para su distrito escolar. Si su(s) hijo(s) están inscritos en una escuela de Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP) o de Disposición 2, completar esta aplicación no afectará su elegibilidad para recibir comidas sin costo.

Complete, firme y envíe esta solicitud a: la oficina de la escuela

Marque aquí si recibió beneficios de comidas el año pasado: ☐

1. Enumere todos los estudiantes que viven con usted y asisten a la escuela. Si el niño está en cuidado de crianza temporal, sin hogar, o recibiendo servicios abajo el programa de educación migrante, indíquelo colocando una "x" en la casilla correspondiente. Incluya todos los ingresos personales recibidos por el estudiante y marque con una "x" el casillero correcto para indicar la frecuencia con que se recibe dicho ingreso. ☐ Sin hogar ☐ Migrante

Apellido del estudiante	Primer nombre del estudiante	Segundo nombre	Niño de crianza	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado	Ingreso del estudiante	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐
			☐				$	☐	☐	☐	☐

2. Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de Asistencia, escriba el número de caso. Si no tiene, vaya al paso 3.

☐ Basic Food ☐ TANF ☐ Programa de distribución de alimentos en las Reservaciones Indigenas (FDPIR) Numero de caso: _____

3. Enumere los nombres de todos los miembros del grupo familiar. Declare el ingreso y MARQUE la frecuencia con que se recibe. Si algún miembro del grupo familiar no recibe ingresos, escriba 0. Si usted ingresa 0 o deja la sección en blanco, usted promete que no hay ningún ingreso que reportar.

Nombres de TODOS los demás miembros del grupo familiar (no incluya los nombres de los estudiantes enumerados más arriba)	Niño de crianza	Ingreso proveniente del trabajo (antes de cualquier deducción)	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual	Asistencia pública/ Manutención de menores/Pensión alimentaria	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual	Pensiones/ Jubilaciones/ Seguridad Social (SSI)	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual	Cualquier otro ingreso no enumerado en este formulario	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces por mes	Mensual
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐
	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐	$	☐	☐	☐	☐

4. Total de miembros del grupo familiar (incluya todas las personas que viven en su hogar): ☐ **Últimos cuatro dígitos del Número de seguro social (SSN)** ☐ Marcar si no tiene SSN: ☐
(el total especificado debe ser equivalente al número de miembros del grupo familiar antes indicado) **del principal proveedor de sustento o de otro miembro del grupo familiar** (opcional si solo está aplicando para EBT de verano)

5. Información de contacto y firma – Complete, firme y envíe esta solicitud a: INSERT FULL APPLICATION PROCESSING ADDRESS HERE

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera, que todo el ingreso ha sido reportado, y que mi hogar no recibe beneficios de EBT de verano a través de un estado diferente o de una organización Tribal Indígena (si corresponde). Entiendo que esta información se proporciona para recibir fondos del gobierno federal y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que, si falsifico información de manera intencional, mis hijos pueden perder los beneficios de comidas y yo puedo ser procesado conforme a las leyes estatales y federales vigentes.

_____ _____ _____

Nombre en imprenta de miembro adulto del grupo familiar **Firma del miembro adulto del grupo familiar** **Dirección de correo electrónico**

6. **Children's Racial and Ethnic Identities (Optional) – We are required to ask for information about your child(ren)'s race and ethnicity. This information is important and helps make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your child(ren)'s eligibility for free & reduced-price meals.**

Mark one or more racial identities:

- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Asian
- ☐ Black, or African American
- ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- ☐ White

Mark one ethnic identity:

- ☐ Hispanic or Latino
- ☐ Not Hispanic or Latino

Child Nutrition Eligibility: The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced-price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (Basic Food), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced-price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

1. **mail:**
   U.S. Department of Agriculture
   Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
   1400 Independence Avenue, SW
   Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:**
   (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **email:**
   Program.Intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

INSERT DISTRICT NAME School District's Non-Discrimination Statement

SCHOOL USE ONLY DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL: ☐ Basic Food/TANF/FDPIR/Foster ☐ Income Household

Total Household Size _____

Total Household Income $_____

Weekly	Bi-Weekly	2x per Month	Monthly	Annual
☐	☐	☐	☐	☐

APPLICATION APPROVED FOR: ☐ Free Eligible ☐ Reduced-Price Eligible

APPLICATION DENIED BECAUSE: ☐ Income Over Allowed Amount ☐ Other: _____ ☐ Incomplete/Missing Information

_____ Date Notice Sent

_____ Signature of Approving Official

_____ Date

Dirección postal	Ciudad, Estado, & Código postal	Teléfono durante el día	Fecha

6. **Identidades raciales y étnicas de los niños (Opcional)- Estamos obligados a pedir información sobre su hijo(a)'s de la raza y la etnicidad. Esta información es importante y ayuda a asegurarse de que estamos plenamente sirviendo a nuestra comunidad. Respondiendo a esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de su hijo(a)'s a recibir comidas gratis o a precio reducido**

Marque una o más identidades raciales:

- ☐ Indio americano o Nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Negro o Afroamericano
- ☐ Nativo de Hawái o isleño del pacifico
- ☐ Blanco

Marque una identidad:

- ☐ Hispano o Latino
- ☐ No Hispano o Latino

Elegibilidad para Nutrición Infantil: La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Basic Food (Programa Suplementario de Asistencia Nutricional), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

(1)correo:
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or

(2)fax:
(833)256-1665 o (202) 690-7442; o

(3)correo electrónico:
program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

INSERT DISTRICT NONDISCRIMINATION STATEMENT HERE

PARA USO EXCLUSIVO DEL COLEGIO – NO RELLENAR

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12. (Do **NOT** convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL: ☐ Basic Food/TANF/FDPIR/Foster ☐ Income Household

Total Household Size _____

Total Household Income $_____

Weekly	Bi-Weekly	2x per Month	Monthly	Annual
☐	☐	☐	☐	☐

APPLICATION APPROVED FOR: ☐ Free Meals ☐ Reduced-Price Meals

APPLICATION DENIED BECAUSE: ☐ Income Over Allowed Amount ☐ Other: _____ ☐ Incomplete/Missing Information

Date Notice Sent	Signature of Approving Official	Date

Lake Quinault School District

Application for User Name and Password for Skyward Family Access

Please enter the following information to obtain a Skyward Family Access user name and password.

Parent/Guardian (First and Last) Name(s):_____

_____

Parent/Guardian Email Address:_____

I give permission to use my Email Address for School related communications. Yes ☐ No ☐

I give permission to use my email address to send progress reports home for my student(s). Yes ☐ No ☐

Student(s) First and Last Name:_____

Home Phone Number:_____

Parent/Guardian Signature:_____

You will receive an email to set up your account. To access Skyward Family Access go to the school's website at https://www.lakequinaultschools.org/ and click on the Skyward Family Access tab.

Please return this application to the school office.

Distrito escolar del Lake Quinault

Solicitud de nombre de usuario y contraseña para Skyward Family Access

Ingrese la siguiente información para obtener un nombre de usuario y una contraseña de Skyward Family Access.

Nombre(s) del padre/tutor (primer nombre y apellido):

_____

Dirección de correo electrónico del padre/tutor:

_____

Doy permiso para usar mi dirección de correo electrónico para las comunicaciones relacionadas con la escuela.	Sí ☐	No ☐
Doy permiso para usar mi dirección de correo electrónico para enviar informes de progreso a casa para mi(s) estudiante(s).	Sí ☐	No ☐

Nombre (s) del estudiante:_____

Número de teléfono de casa:_____

Firma del Padre / Tutor:_____

Recibirás un correo electrónico para configurar tu cuenta. Para acceder a Skyward Family Access, vaya al sitio web de la escuela en https://www.lakequinaultschools.org/ y haga clic en la pestaña Skyward Family Access.

Por favor devuelva esta solicitud a la oficina de la escuela.

Lake Quinault School District

ELECTRONIC INFORMATION NETWORKS
INDIVIDUAL USER ACCESS INFORMED CONSENT

My child/I agree to abide by the District's Policy and Procedures for Electronic Information Systems, which I/we have reviewed and understand. I/we acknowledge that failure to comply with the policy and procedures may result in the revocation of network use privileges. My child/I acknowledge and agree that **Lake Quinault School District** has the right to review, edit or remove any materials installed, used, stored, or distributed on or through the network or District's system. I/we hereby waive any right of privacy which my child/I may otherwise have to such material. I/We have also been presented with opportunities to learn more about the Internet and electronic networks in schools.

APPLICANT	**PARENT/GUARDIAN**
_____ Printed Name of Applicant ❍ Staff ❍ Student	_____ Printed Name of Parent or Guardian (Required if applicant is under age 18)
_____ Signature of Applicant	_____ Signature of Parent or Guardian
_____ Date Signed	_____ Date Signed

For Official Use Only

This form should be kept at the school in the student's cumulative folder or on file with the building coordinator.

_____ _____

Signature of Building Coordinator Date

Distrito escolar de Lake Quinault

REDES DE INFORMACIÓN ELECTRÓNICA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ACCESO
DE USUARIOS INDIVIDUALES

Mi hijo/yo acepto cumplir con la Política y los Procedimientos del Distrito para los Sistemas de Información Electrónica, que he/hemos revisado y entiendo. Reconozco/reconocemos que el incumplimiento de la política y los procedimientos puede resultar en la revocación de los privilegios de uso de la red. Mi hijo/yo reconocemos y aceptamos que el Distrito Escolar Lake Quinault tiene el derecho de revisar, editar o eliminar cualquier material instalado, utilizado, almacenado o distribuido en o a través de la red o el sistema del Distrito. Por la presente, renuncio/renuncios a cualquier derecho de privacidad que mi hijo/yo pudiéramos tener sobre dicho material. También se me han presentado oportunidades de aprender más sobre Internet y las redes electrónicas en las escuelas.

SOLICITANTE	**PADRE / TUTOR**
_____ Nombre impreso del solicitante ❍ Personal ❍ Estudiante _____ Firma del solicitante _____ Fecha de firma	_____ Nombre impreso del padre o tutor (Obligatorio si el solicitante es menor de 18 años) _____ Firma del padre o tutor _____ Fecha de firma

For Official Use Only

This form should be kept at the school in the student's cumulative folder or on file with the building coordinator.

_____ _____

Signature of Building Coordinator Date

Chromebook Agreement Form

(Grades 9-12 only)

Please choose one of the following options:

❍ I, _____ will be having a Chromebook checked out and agree to follow all the policies and procedures outlined in the Electronic Use Policy found in the student handbook. I will be responsible for **ALL DAMAGES TO THE CHROMEBOOK INCLUDING THE COST OF LOST CHARGERS AND COSTS TO REPAIR THE CHROMEBOOK IF NECESSARY**.

❍ _____ will use a **PERSONAL DEVICE** and does not want to check out a Chromebook from the school. We understand that although it is not covered by these rules, it is still subject to the electronic use policy outlined in the student handbook when being used at school.

Type of device to be used _____

❍ _____ **will not be checking out a school Chromebook.** We understand the device has been offered and we are refusing it. Furthermore, we understand that our student will be responsible for ALL work assigned by teachers that utilize the Chromebook, electronic textbooks, or submitting their work electronically.

Student Name (Print) _____ (Signature) _____

Student Email (Print) _____

Parent/GuardianName (Print) _____ (Signature) _____

Parent/Guardian Email (Print) _____

Parent/Guardian Phone _____

District Use Only

Chromebook Serial Number _____

Chromebook LQS Inventory Number _____

Checked out: _____ Checked in: _____

Formulario de acuerdo de Chromebook

Sólo grados 9 a 12

SPANISH VERSION
Chromebook
Agreement Form

Por favor, elije alguna de las siguientes opciones:

❍ I, _____ Se prestará una Chromebook y se compromete a seguir todas las políticas y procedimientos descritos en la Política de uso electrónico que se encuentra en el manual del estudiante. Seré responsable de TODOS LOS DAÑOS AL CHROMEBOOK, INCLUYENDO EL COSTE DE LOS CARGADORES PERDIDOS Y LOS COSTOS DE REPARAR EL CHROMEBOOK SI ES NECESARIO.

❍ _____ usará un DISPOSITIVO PERSONAL y no quiere sacar un Chromebook de la escuela. Entendemos que, aunque no está cubierto por estas reglas, todavía está sujeto a la política de uso electrónico descrita en el manual del estudiante cuando se usa en la escuela.

Tipo de dispositivo que se utilizará _____

❍ _____ no sacará un Chromebook de la escuela. Entendemos que se ha ofrecido el dispositivo y lo rechazamos. Además, entendemos que nuestro estudiante será responsable de TODO el trabajo asignado por los maestros que utilicen el Chromebook, libros de texto electrónicos o envíen su trabajo electrónicamente.

Nombre del estudiante (imprimir)_____ (firma)_____

Correo electrónico del estudiante (Imprimir)_____

Nombre del padre/ tutor (imprimir)_____ (firma)_____

Correo electrónico del padre/tutor (imprimir)_____

Teléfono del padre/tutor _____

District Use Only

Chromebook Serial Number _____

Chromebook LQS Inventory Number _____

Checked out: _____ Checked in: _____