



# DISTRITO ESCOLAR DE BELLINGHAM Bellingham, Washington

## DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA ESTUDIANTIL

Con el propósito de determinar la residencia legal de un estudiante en relación con los límites de asistencia escolar del Distrito Escolar de Bellingham, la definición legal de residencia expresa lo siguiente:

*"WAC 392-137-115 Residencia estudiantil-Definición. Como se utiliza en este capítulo, el término "residencia estudiantil " significa la ubicación física de la morada principal de un estudiante- es decir, el hogar, casa, apartamento, instalación, estructura, o ubicación, etc. - donde el estudiante vive la mayor parte del tiempo. En la aplicación de esta sección, se considerarán:*

- 1. La dirección de correo del estudiante- por ejemplo, la dirección de los padres o apartado postal-puede ser diferente de la residencia principal del estudiante.*
- 2. La morada principal del estudiante puede ser diferente de la residencia principal de los padres del estudiante.*
- 3. La falta de una dirección de correo de un estudiante no excluye residencia bajo esta sección.*

**Una copia actual de una factura de gas o electricidad (no se aceptan facturas de alcantarillado o agua como comprobante de domicilio) con su nombre y dirección actual, tiene que estar adjunto para poder completar el proceso de registro y tener un paquete de programación disponible para su estudiante.**

Yo certifico, de acuerdo con el Código Administrativo de Washington (WAC 392-137-115 Definiciones), que:

(Nombre del Estudiante) \_\_\_\_\_

reside legalmente en \_\_\_\_\_

**Entiendo que si se determina que el estudiante no reside en la dirección anteriormente mencionada, puede ser transferido/a a su escuela residente.**

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



## Ethnicity and Race Data Collection Form

Student Name: \_\_\_\_\_

**PLEASE ANSWER QUESTIONS 1A OR 1B AND QUESTION 2**

**QUESTION 1. A.** Is your child of Hispanic or Latino origin? (if so, check all that apply)

<input type="checkbox"/> CUBAN <input type="checkbox"/> DOMINICAN <input type="checkbox"/> SPANIARD <input type="checkbox"/> PUERTO RICAN	<input type="checkbox"/> MEXICAN/ MEXICAN AMERICAN/ CHICANO <input type="checkbox"/> CENTRAL AMERICAN <input type="checkbox"/> SOUTH AMERICAN <input type="checkbox"/> LATIN AMERICAN <input type="checkbox"/> OTHER HISPANIC/LATINO
--	--

**QUESTION 1. B.** Child is not Hispanic/Latino

**NOT HISPANIC/LATINO**

**QUESTION 2.** What race(s) do you consider your child? (Check all that apply)

<input type="checkbox"/> AFRICAN AMERICAN/BLACK  <input type="checkbox"/> WHITE  <input type="checkbox"/> ASIAN INDIAN <input type="checkbox"/> CAMBODIAN <input type="checkbox"/> CHINESE <input type="checkbox"/> FILIPINO <input type="checkbox"/> HMONG <input type="checkbox"/> INDONESIAN <input type="checkbox"/> JAPANESE <input type="checkbox"/> KOREAN <input type="checkbox"/> LAOTIAN <input type="checkbox"/> MALAYSIAN <input type="checkbox"/> PAKISTANI <input type="checkbox"/> SINGAPOREAN <input type="checkbox"/> TAIWANESE  <input type="checkbox"/> VIETNAMESE <input type="checkbox"/> OTHER ASIAN  <input type="checkbox"/> NATIVE HAWAIIAN <input type="checkbox"/> FIJIAN <input type="checkbox"/> GUAMANIAN OR CHAMORRO <input type="checkbox"/> MARIANA ISLANDER <input type="checkbox"/> MICRONESIAN <input type="checkbox"/> SAMOAN <input type="checkbox"/> TONGAN <input type="checkbox"/> OTHER PACIFIC ISLANDER	<input type="checkbox"/> ALASKA NATIVE <input type="checkbox"/> CHEHALIS <input type="checkbox"/> COLVILLE <input type="checkbox"/> COWLITZ <input type="checkbox"/> HOH <input type="checkbox"/> JAMESTOWN <input type="checkbox"/> KALISPEL <input type="checkbox"/> LOWER ELWHA <input type="checkbox"/> LUMMI <input type="checkbox"/> MAKAH <input type="checkbox"/> MUCKLESHOOT <input type="checkbox"/> NISQUALLY <input type="checkbox"/> NOOKSACK <input type="checkbox"/> PORT GAMBLE KLALLAM <input type="checkbox"/> PUYALLUP <input type="checkbox"/> QUILEUTE <input type="checkbox"/> QUINALT THAI <input type="checkbox"/> SAMISH <input type="checkbox"/> SAUK-SUIATTLE <input type="checkbox"/> SHOALWATER <input type="checkbox"/> SKOKOMISH <input type="checkbox"/> SNOQUALMIE <input type="checkbox"/> SPOKANE <input type="checkbox"/> SQUAXIN ISLAND <input type="checkbox"/> STILLAGUAMISH <input type="checkbox"/> SUQUAMISH <input type="checkbox"/> TULALIP <input type="checkbox"/> YAKAMA <input type="checkbox"/> OTHER WASHINGTON INDIAN <input type="checkbox"/> OTHER AMERICAN INDIAN
--	--

This information is required by the Washington State Office of the Superintendent of Public Instruction (OSPI), per Bulletin No. 004-10 Assessment and Student Information

**I CERTIFY THAT THE INFORMATION PROVIDED IS CORRECT.**

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date



**Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI, por sus siglas en inglés)  
Encuesta de Idiomas en el Hogar**

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

<b>Nombre del alumno:</b> _____		<b>Grado:</b> _____	<b>Fecha:</b> _____
Nombre del padre, madre o tutor legal _____			
Firma del padre, madre o tutor legal _____			
<p><b>Derecho a los servicios de traducción o interpretación</b> Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.</p>	<p>Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan.</p> <p>1. ¿En qué idioma prefiere su familia comunicarse con la escuela? _____</p>		
<p><b>Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas</b> 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.</p>	<p>2. ¿Qué idioma aprendió su hijo primero? _____</p> <p>3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____</p> <p>4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____</p> <p>5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí___ No___ No sé___</p>		
<p><b>Educación previa</b> Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela.</li> <li>• Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo.</li> </ul> <p><i>Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.</i></p>	<p>6. ¿En qué país nació su hijo? _____</p> <p>7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ___Sí ___No</p> <p>Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____</p> <p>8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado)</p> <p>_____</p> <p>Mes      Día      Año</p>		

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.

**Note to district:** This form is available in multiple languages on <http://www.k12.wa.us/MigrantBilingual/HomeLanguage.aspx>. A response that includes a language other than English to question #2 OR question #3 triggers English language proficiency placement testing. Responses to questions #1 or #4 of a language other than English could prompt further conversation with the family to ensure that #2 and #3 were clearly understood. "Formal education" in #7 does not include refugee camps or other unaccredited educational programs for children.





# Certificado de Estado de Vacunación

Para asistir a la guardería, el preescolar y los grados escolares K – 12

<b>Office Use Only:</b>	
Reviewed by: _____	Date: _____
Signed Cert. of Exemption on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Encuentre instrucciones al reverso para imprimir y llenar esta forma a mano con letra de molde o imprimirla con todos los datos desde Sistema Informático de Vacunación del estado de Washington.

Apellido/s del niño/a:	Primer nombre:	Inicial del otro nombre:	Fecha de nacimiento (mes/día/año):	Sexo:
<p>Le doy permiso a la escuela de compartir la información en el registro de vacunación de mi hijo/a con el Sistema Informático de Vacunación del estado para ayudar a la escuela a mantener el registro de vacunación de mi hijo/a vigente.</p> <p style="color: red; font-size: 2em;">➔</p>				
Firma requerida del padre, madre o tutor legal		Fecha		
<p>Certifico que la información en esta forma es correcta y verificable.</p> <p style="color: red; font-size: 2em;">➔</p>				
Firma requerida del padre, madre o tutor legal		Fecha		

- ◆ Requisito para guardería, preescolar y escuela
- Requisito único para guardería y preescolar

Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año	Fecha mes/día/año
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

### Vacunas requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela

◆ <b>DTaP, DT</b> (Difteria, Tétanos, Tos ferina)						
◆ <b>Tdap</b> (Tétanos, Difteria, Tos ferina)						
◆ <b>Td</b> (Tétanos, Difteria)						
◆ <b>Hepatitis B</b> <input type="checkbox"/> 2-dosis entre las edades de 11-15 años						
● <b>Hib</b> ( <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b)						
◆ <b>IPV / OPV</b> (Polio)						
◆ <b>MMR</b> (Sarampión, Paperas, Rubéola)						
● <b>PCV / PPSV</b> (Neumocócica)						
◆ <b>Varicela</b> <input type="checkbox"/> Inmunidad verificada por el Sistema						

### Vacunas recomendadas pero no requeridas para la entrada a guardería, preescolar o escuela

Gripe (Influenza)						
Hepatitis A						
HPV (Virus del Papiloma Humano o VPH)						
MCV, MPSV (Meningocócica)						
MenB (Meningocócica)						
Rotavirus						

### Documentation of Disease Immunity

Healthcare provider use only

**If the child named in this form has a history of Varicella (Chickenpox) or can show immunity by blood test (titer) it MUST be verified by a healthcare provider.**

I certify that the child named on this form has:

- a verified history of Varicella (Chickenpox).
- laboratory evidence of immunity (titer) to Disease/s marked below. **Lab report(s) for titers MUST also be attached.**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diphtheria<br><input type="checkbox"/> Hepatitis A<br><input type="checkbox"/> Hepatitis B<br><input type="checkbox"/> Hib<br><input type="checkbox"/> Measles | <input type="checkbox"/> Mumps<br><input type="checkbox"/> Polio<br><input type="checkbox"/> Rubella<br><input type="checkbox"/> Tetanus<br><input type="checkbox"/> Varicella | <input type="checkbox"/> Other:<br>_____<br>_____ |
|---|--|---|

Licensed healthcare provider signature  
Date (MD, DO, ND, PA, ARNP)

Printed Name

**Instrucciones para completar esta forma: imprímala desde el Sistema Informático de Vacunación o llénela a mano.**

**Para imprimir con todos los datos:** pregunte en la oficina de su proveedor médico si ellos ingresan los antecedentes de vacunación en el Sistema Informático de Vacunación (base de datos estatal). Si le dicen que sí, pídale imprimir el Certificado de Estado de Vacunación desde el Sistema y así la información de su hijo/a será llenada automáticamente con todos los datos. Usted también puede imprimirlo desde la comodidad de su hogar, solo necesita visitar <https://wa.myir.net> y abrir una cuenta en MyIR. **Si su médico no usa el Sistema, comuníquese con el Departamento de Salud del estado por email: [waisrecords@doh.wa.gov](mailto:waisrecords@doh.wa.gov) o teléfono: 1-866-397-0337, para recibir una copia del Certificado de su hijo/a.**

**Para llenar esta forma a mano:**

**#1** En la primera página de esta forma, proporcione los datos de su hijo/a: nombre, fecha de nacimiento y sexo. Firme su nombre en la parte indicada.

**#2 Información sobre vacunas:** bajo cada una de las columnas, proporcione las fechas en que las vacunas fueron administradas de la siguiente forma: mes/día/año. Si su hijo/a recibió una vacuna en forma combinada (una inyección que protege contra varias enfermedades), use las guías de referencia de abajo para proporcionar la información correcta. Por ejemplo: escriba Pediarix bajo Difteria, Tétanos, Tos ferina como **DTaP**, Hepatitis B como **Hep B**, y Polio como **IPV**.

**#3 Inmunidad a la varicela a causa de la enfermedad:** si su hijo/a tuvo varicela y desarrolló inmunidad a la enfermedad sin haber recibido la vacuna, **un proveedor médico debe dar testimonio o verificar dicha inmunidad para cumplir con el requisito escolar.**

Si su proveedor médico puede verificar que su hijo/a tuvo varicela, pídale que firme y marque el cuadrado en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity".

Si el personal escolar tiene acceso al Sistema y puede ver la sección que indica que su hijo/a tuvo inmunidad a la varicela, ellos pueden marcar el cuadrado bajo esa sección.

**#4 Documentación de inmunidad a diferentes enfermedades:** Si se puede verificar por medio de un estudio de sangre que su hijo/a es inmune a varias enfermedades aunque no haya sido vacunado, pídale a su proveedor médico que: marque los cuadrillos correspondientes a esas enfermedades en la sección titulada "Documentation of Disease Immunity", firme y ponga la fecha en la forma. **Junto con esta forma usted debe proporcionar copias de los estudios de sangre que muestran que su hijo/a tiene inmunidad.**

**Guía de referencia para abreviaciones de vacunas en orden alfabético**

Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna	Abreviaciones	Nombre completo de la vacuna
DT	Difteria, Tétanos	Hep A	Hepatitis A	MCV / MCV4	Meningocócica conjugada	OPV	Vacuna oral contra la polio	Tdap	Difteria, Tétanos, Tos ferina
DTaP	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hep B	Hepatitis B	MenB	Meningocócica B	PCV / PCV7 / PCV13	Neumocócica conjugada	VAR / VZV	Varicela
DTP	Difteria, Tétanos, Tos ferina	Hib	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	MPSV / MPSV4	Meningocócica polisacárida	PPSV / PPV23	Neumocócica polisacárida		
Gripe (IIV)	Influenza	HPV (2vHPV / 4vHPV / 9vHPV)	Virus del papiloma humano (VPH)	MMR	Sarampión, Paperas, Rubéola	Rota (RV1 / RV5)	Rotavirus		
HBIG	Inmunoglobulina de Hepatitis B	IPV	Vacuna inactivada contra la polio	MMRV	Sarampión, Paperas, Rubéola, Varicela	Td	Tétanos, Difteria		

**Guía de referencia para marcas comerciales de vacunas en orden alfabético**

Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna	Marca comercial	Vacuna
ActHIB®	Hib	Fluarix®	Influenza	Havrix®	Hep A	Menveo®	Meningocócica	Rotarix®	Rotavirus (RV1)
Adacel®	Tdap	Flucelvax®	Influenza	Hiberix®	Hib	Pediarix®	DTaP + Hep B + IPV	RotaTeq®	Rotavirus (RV5)
Afluria®	Influenza	FluLaval®	Influenza	HibTITER®	Hib	PedvaxHIB®	Hib	Tenivac®	Td
Bexsero®	MenB	FluMist®	Influenza	Ipol®	IPV	Pentacel®	DTaP + Hib + IPV	Trumenba®	MenB
Boostrix®	Tdap	Fluvirin®	Influenza	Infanrix®	DTaP	Pneumovax®	PPSV	Twinrix®	Hep A + Hep B
Cervarix®	2vHPV	Fluzone®	Influenza	Kinrix®	DTaP + IPV	Prevnar®	PCV	Vaqta®	Hep A
Daptacel®	DTaP	Gardasil®	4vHPV	Menactra®	MCV o MCV4	ProQuad®	MMR + Varicela	Varivax®	Varicela
Engerix-B®	Hep B	Gardasil® 9	9vHPV	Menomune®	MPSV4	Recombivax HB®	Hep B		



1306 Dupont Street  
Bellingham, Washington 98225  
(360) 676-6400  
bellinghamschools.org

# Exclusión Voluntaria de Publicidad y Liberación de la Información Estudiantil

Los padres/guardianes **sólo deben completar este Formulario 4011-F si no quieren que se comparta información sobre su hijo/a según la política y procedimiento 4011/P. Si quiere la restricción, favor de entregar este formulario con fecha límite del 1 de septiembre a su escuela o a la Oficina del Distrito, 1306 Dupont St., Bellingham, WA 98225. Hay que entregar este formulario cada año para mantener activa la restricción.**

## Sólo Preparatoria: Exclusión Voluntaria de Reclutamiento Militar

- POR FAVOR DE NO** liberar información del directorio estudiantil (nombre, teléfono, dirección, etc.) a los reclutadores militares como es requerido por ley.

## Exclusión Voluntaria de Publicidad Estudiantil

- POR FAVOR DE NO** reconocer públicamente a mi hijo/a por premios o liberar su nombre, foto u otra información estudiantil.

Al marcar esta casilla y devolver este formulario, usted restringe el nombre, foto e información de su hijo/a de ser publicados en boletines y publicaciones escolares producidos por personal del distrito (incluyendo eventos, actividades y programas atléticos), reconocimiento, exhibición pública de trabajos del estudiante que contienen nombres o fotos, listas de honor y graduación, sitios web del distrito/escuela y medios sociales, fotos y vídeo del distrito/escuela, grabación de vídeo en clases por estudiantes en la educación superior/prácticas, etc. Los padres/guardianes no pueden autorizar sólo ciertas partes de publicidad relacionada con la escuela y no otras cuando tienen un 4011F-1 activo en archivo. No se puede usar formularios de permiso de padres personalizados para este propósito.

Si no hay documentación en archivo, se asume que el permiso para la liberación de información se ha concedido.

Tenga en cuenta que **no es posible asegurar la privacidad del estudiante en espectáculos públicos patrocinados por la escuela o el distrito o eventos atléticos/actividades donde se permite cámaras.** Otros estudiantes, padres, miembros de la comunidad y medios de comunicación podrían grabar/tomar fotos/grabar vídeo en sus eventos y compartir esta información públicamente. Al permitir la participación de sus hijos en tales actividades y programas, los padres/guardianes están aceptando esta condición. También, las noticias producidas por estudiantes no se consideran legalmente información del directorio estudiantil. Los padres/guardianes que no quieren que sus hijos estén incluidos en noticias producidas por estudiantes no deben permitir a sus estudiantes posar para estas fotos o participar en medios estudiantiles. Además, el distrito no tiene control sobre medios de noticias/publicaciones que vienen de fuera. El acceso de los medios de comunicación a lugares y eventos no públicos, como dentro del aula, dependerá de su acuerdo para respetar las preferencias de los padres/guardianes.

## Exclusión Voluntaria del Anuario

- POR FAVOR DE NO** incluir a mi hijo/a (nombre, teléfono, etc.) en el anuario de la escuela primaria, secundaria, o preparatoria.

## Exclusión Voluntaria del Directorio de la PTA (Asociación de Padres y Maestros)

- POR FAVOR DE NO** liberar información del directorio (nombre, teléfono, dirección, etc.) a organizaciones de padres para los directorios escolares. Al marcar esta casilla, su familia no estará incluida en el directorio escolar.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

ESCUELA \_\_\_\_\_

GRADO: \_\_\_\_\_

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

FECHA: \_\_\_\_\_



1306 Dupont Street  
Bellingham, Washington 98225  
(360) 676-6400  
bellinghamschools.org

# 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 proteccionies 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:** \_\_\_\_\_

**NÚMERO 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)