

INGRESOS CALIFICACIÓN PARA PK 2026 - 2027

Nombre del niño/a _____

Número total de personas que viven en el hogar: _____

Ingresos del hogar:

Esto debe incluir todas las fuentes de ingresos, incluido el talón de pago actual con la declaración de impuestos de 2025, manutención infantil, SSI, pensiones, jubilación y discapacidad.

Si tiene cupones de alimentos, puede proporcionar la carta que verifica su número de caso en lugar de talones de cheques

NOMBRE (enumere a <u>todos</u> los miembros del hogar)	Ingresos y con qué frecuencia se reciben. Semanalmente (W), Cada 2 semanas (E) Dos veces al mes (T), Mensualmente (M)
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	
10.	
11.	

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios escolares pueden verificar la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa a propósito, mis hijos podrían perder sus beneficios de alimentación y podría ser procesado conforme a las leyes estatales y federales aplicables.

Firma del padre / tutor

Fecha



Commissioner Mike Morath

1701 North Congress Avenue, Austin, Texas 78701-1494 • 512-463-9734 • 512-436-9838 FAX • tea.texas.gov

Nombre del Estudiante: _____

Distrito: _____

#ID del Estudiante: _____

Escuela: _____

CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA USADO EN EL HOGAR

19 TAC Chapter 89, Subchapter BB, §89.1215

(El cuestionario sobre el idioma usado en el hogar administrado solamente durante la matriculación inicial en escuelas públicas en Texas)

Este cuestionario debe de completarse por el padre o tutor para estudiantes que cursen desde Prekínder* hasta el octavo grado (o por el estudiante si cursa grados del 9-12)

*Prekínder incluye cualquier estudiante matriculado en programas para niños de 3 o 4 años de edad.

Primera Parte:

El estado de Texas requiere que la siguiente información se complete para cada estudiante que se matricula por primera vez en una escuela pública de Texas. Es la responsabilidad del padre o tutor, no de la escuela, proporcionar la información del idioma requerida por las siguientes preguntas.

Estimado padre o tutor:

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre los idiomas que usa su hijo(a) o su familia. Si sus respuestas indican el uso de un idioma que no sea inglés, la escuela llevará a cabo una evaluación de dominio del idioma para determinar qué tan bien se comunica su hijo(a) en inglés. Esta información se utilizará para determinar cualquier apoyo lingüístico apropiado e informar las recomendaciones de instrucción. Si tiene preguntas sobre el propósito y el uso del cuestionario sobre el idioma del hogar, o si desea ayuda para completar el formulario, comuníquese con el personal de su escuela/distrito.

Este cuestionario se mantendrá en la carpeta de registro permanente de cada estudiante. Una copia de este cuestionario seguirá al estudiante mientras este matriculado en cualquier escuela pública o una escuela autónoma de inscripción abierta de Texas.

Segunda Parte:

Por favor, responda a las preguntas lo mejor que pueda.

1. ¿Cuáles idiomas se usan en el hogar? _____
2. ¿Cuáles idiomas usa el estudiante en el hogar? _____
3. Si el estudiante tenía un entorno familiar anterior, ¿cuáles idiomas se utilizaban? Si no tenía un entorno familiar anterior, responda No aplicable (N/A). _____

Al marcar este casillero, yo entiendo que una corrección a este cuestionario solo puede suceder si:

- 1) mi hijo(a) aún no ha sido evaluado para el dominio del inglés; y
- 2) las correcciones se realizan en un plazo de dos semanas naturales a partir de la fecha de matriculación de mi hijo(a).

Nota: Por favor, póngase en contacto con su escuela para informarse sobre los beneficios de los servicios de la educación bilingüe. Los siguientes recursos también pueden proporcionarle información sobre los servicios del programa que fomentan el bilingüismo.

- Derechos de los padres/tutores
- Educación bilingüe
- Videos informativos para padres

Por favor, visite el portal Apoyando a estudiantes bilingües emergentes en Texas (txel.org) para obtener información adicional.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Firma del estudiante si está en los grados 9-12 _____ Fecha _____



Lindale Early Childhood Tarjeta de Inscripción

Grado: _____ Primer Día de Asistencia: _____

Salón: _____ Documentos legales en archivo: Sí No

Nombre Legal del Estudiante : _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Genero: M F Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ Seguro Social # _____

Dirección Principal del Estudiante

Dirección Física _____
Calle/P.O. Box Ciudad Estado Código Postal Condado

Dirección de Envío _____
Calle/P.O. Box Ciudad Estado Código Postal Condado

Información del Padre/Tutor: (Con Custodia)

Nombre: _____ Relación: _____ Empleador: _____

Correo Electronico: _____ Número de Licencia : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono Principal: _____ Celular: _____ Teléfono de Empleo: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Empleador: _____

Correo Electronico: _____ Número de Licencia : _____ Fecha de Nacimiento: _____

Teléfono Principal: _____ Celular: _____ Teléfono de Empleo: _____

Información para Padres/tutores (Sin Custodia)

Nombre: _____ Relación: _____ Empleador: _____

Teléfono Principal: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Licencia : _____

Correo Electronico: _____

Nombre: _____ Relación: _____ Empleador: _____

Teléfono Principal: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Licencia : _____

Correo Electronico: _____

Dirección Física _____
Calle/P.O. Box Ciudad Estado Código Postal Condado

Dirección de Envío _____
Calle/P.O. Box Ciudad Estado Código Postal Condado

Hermanos Que Asisten a Lindale ISD

Grado:	Nombre:	Escuela:
Grado:	Nombre:	Escuela:
Grado:	Nombre:	Escuela:
Grado:	Nombre:	Escuela:

Información de contacto de emergencia: (excepto los padres/tutores mencionados anteriormente)

Estos contactos también tendran permiso de recoger al estudiante si es necesario.

Nombre:	Teléfono:	Relacion:
Nombre:	Teléfono:	Relacion:
Nombre:	Teléfono:	Relacion:
Nombre:	Teléfono:	Relacion:

Firma del Padre/Tutor Inscribiendo al Estudiante: _____ Fecha: _____

Apellido: _____

Primer Nombre: _____

Local ID: _____



Cuestionario Sobre Datos Étnicos y Raciales de Estudiantes y Miembros del Personal de las Escuelas Públicas de Texas

El Departamento de Educación de los Estados Unidos (USDE) exige que todas las instituciones educativas estatales y locales recopilen datos sobre la etnicidad y la raza de sus estudiantes y personal. Esta información se utiliza para los informes de rendición de cuentas estatales y federales, así como para la Oficina de Derechos Civiles (OCR) y la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC). Se solicita al personal del distrito escolar y a los padres o tutores de los estudiantes que se matriculan en la escuela que proporcionen esta información. Si se niega a proporcionar esta información, tenga en cuenta que el USDE exige a los distritos escolares que utilicen su observación para identificación como último recurso para recopilar los datos para los informes federales.

Favor de contestar ambas partes de las siguientes preguntas sobre la etnicidad y raza del estudiante o miembro del personal.

Parte 1. Etnicidad: ¿Es la persona Hispana/Latina? (Escoja solo una respuesta)

Hispano/Latino – Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.

No Hispano/Latino

Parte 2. Raza. ¿Cuál es la raza de la persona? (Escoja uno o más de uno)

Indio Americano o Nativo de Alaska – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y del Sur (incluida América Central), y que mantiene una afiliación tribal o vínculo comunitario.

Asiático – Una persona con orígenes o de personas originarias del Lejano Este, Sureste de Asia o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Negro o Afroamericano – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de Africa.

Nativo de Hawai u otras islas del pacífico – Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

Blanco – Una persona con orígenes de personas originarias de Europa, el Medio Este o el Norte de África.

Nombre del Estudiante/Miembro de Personal
(por favor use letra de imprenta)

Firma (Padre/Representante Legal)
/(Miembro de Personal)

Número de Identificación del
Estudiante/Miembro del Personal

Fecha

Historial de Educación Anterior

Nombre del Estudiante: _____

¿Alguna vez ha sido retenido el estudiante?: Sí No

Si es así, ¿qué grado?: _____ Año Escolar : _____

¿El estudiante ha asistido a Lindale ISD anteriormente?: Sí No

Si es así, ¿qué escuela?: _____ Año Escolar : _____

Enumere todas las escuelas a las que asistió anteriormente, comenzando con la mas reciente:

<u>ESCUELA</u>	<u>CIUDAD/ESTADO</u>	<u>GRADO</u>	<u>FECHAS</u>	<u>AÑO</u>

¿Ha estado el Estudiante en algún programa especial?: Sí / No

Si es así, marque programa especial en la inscripción abajo:

<u>Marque Sí o No</u>	<u>Programa</u>	<u>Años Escolares</u>
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Educación Especial	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	504	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Terapia del Habla	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dislexia	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	LEP/ESL/Bilingüe	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Intervención de Lectura	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Intervención de Matemáticas	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dotado y Talentoso (GT)	

Historial de Salud del Estudiante: 2026-2027

Estudiante _____ Grado _____ Maestra _____

Doctor _____ Preferencia de Hospital _____

Condiciones de Salud Crónicas

Asma-Medicamentos: _____ Alergias (Alimentos o Medicamentos): _____

Cancer-Tratamiento: _____

Diabetes-Tratamiento: _____

Problemas de Corazón-Tratamiento: _____ Lentes: ___ Si ___ No Tubos Auditivos/Fecha: _____

Convulsiones: Tipo _____ Medicamiento _____

Otras Condiciones de Salud Crónicas: _____

Tratamiento especial, necesidades o procedimientos: _____

Cirugías **Recientes**/Hospitalizaciones: _____

Otros problemas o discapacidades / Minusvalías: _____

Enumere cualquier medicamento que se utiliza de forma rutinaria por el estudiante:

Medicamento _____ Dosis / Tiempo _____

Medicamento _____ Dosis / Tiempo _____

*** Todos los medicamentos traídos a la escuela deben estar en el envase original; toda la medicación debe ser acompañada por una nota del padre / tutor. Los medicamentos dados por más de 10 días requieren una nota del médico, así como el padre / tutor.*

___ SI ___ NO Doy mi consentimiento a L.I.S.D. para divulgar información médica pertinente a aquellas personas que trabajan con el estudiante mencionado anteriormente y que necesiten saberla.

Por la presente autorizo a un representante del Distrito Escolar Independiente de Lindale, en caso de accidente o enfermedad repentina del estudiante mencionado anteriormente, y en caso de que no pueda comunicarse conmigo por teléfono, a derivar al estudiante mencionado anteriormente a los servicios médicos disponibles.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

de Celular del Padre/Tutor: _____

Dirección del Correo Electrónico del Padre/Tutor: _____ @ _____ O _____ @ _____

de Otro Contacto(s) de Emergencia: _____

SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS ALIMENTARIAS

El Proyecto de Ley 742 de la 82a Legislatura de Texas requiere que el distrito escolar solicite que un padre de un estudiante que se inscribe revele si el estudiante tiene una alergia alimentaria grave.

Este formulario le permite revelar si su hijo tiene una alergia alimentaria o una alergia alimentaria grave que usted cree que debe informarse al Distrito para permitir que el Distrito tome las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo.

"Alergia alimentaria grave" significa una reacción peligrosa o potencialmente mortal del cuerpo humano a un alérgeno de origen alimentario introducido por inhalación, ingestión o contacto con la piel que requiere atención médica inmediata.

Enumere todos los alimentos a los cuales su hijo es alérgico o gravemente alérgico, así como la reacción alérgica de su hijo al alimento.

Comida	¿Cuál es la reacción alérgica al alimento?

El Distrito mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada anteriormente y podrá divulgarla a maestros, consejeros escolares, enfermeras escolares y otro personal escolar apropiado solo dentro de las limitaciones de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia y la política del Distrito.

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____

Grado: _____

Nombre del Padre / Tutor: _____

Teléfono: _____

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Fecha forma fue recibido por la escuela: _____



LINDALE EARLY CHILDHOOD CENTER

P. O. Box 370 * 201 Stadium Drive * Lindale, Texas 75771

Ph.: 903.881.4400 * Fax: 903.881.4401

www.lindaleeagles.org

A Quien Le Interese:

Doy mi permiso firmado, como padre/tutor del niño mencionado a continuación, para que su agencia divulgue información médica y de vacunación al Distrito Escolar Independiente de Lindale.

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Firma del padre / tutor

Fecha de la firma

1. Incluya o adjunte cualquier información adicional que pueda ser importante para la inscripción de su hijo (es decir, evaluaciones de otras agencias, como el pediatra de su hijo, el Centro de Estudios Infantiles, etc.)

2. Incluya cualquier información/comentario adicional que considere útil para comprender mejor a su hijo.

3. Estudiante que recibe programas/servicios especiales:

Servicios del habla

plan 504

Apoyos de educación especial (los padres deben firmar el documento de transferencia hoy para que se envíen los registros a LISD)

Cuestionario de Residencia Estudiantil del Distrito Escolar Independiente de Lindale

Las respuestas a este cuestionario de residencia ayudan a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir de acuerdo con la Ley McKinney-Vento, 42 USC 11435

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____ Escuela: _____

Última escuela a la que asistió: _____

Nombre del padre (s) / tutores legales (s): _____

1. ¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? Si No

2. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de la vivienda o dificultades económicas?
 Si No

3. ¿Fue desplazado de su hogar debido a un desastre natural? (huracán, incendio, inundación, tornado, etc.)
 Si No

Tipo de desastre natural:

Huracán: _____ (Favor de nombrar)

Otro: _____ (Por favor describa)

Por favor seleccione en cuál de las siguientes situaciones se encuentra actualmente el estudiante (seleccione todas las que correspondan):

Casa o apartamento con padre o tutor

En un motel/hotel

En un refugio u otra vivienda de transición

Compartiendo vivienda con amigos o familiares (que no sean o además de los padres/tutores)

Moviéndose de un lugar a otro

Sin refugio-en un automóvil, parque o campamento

Si vive en una vivienda compartida, marque todos los motivos siguientes que correspondan:

Pérdida de vivienda

Dificultades económicas

El padre/tutor se encuentra actualmente en servicio activo en el ejército de los EE. UU.

Otro (Por favor explique; ej. vivienda deficiente): _____

¿Eres un estudiante que vive separado de tus padres o tutores? Si No

Firma del padre/tutor/joven no acompañado/representante de la escuela

Cuestionario de Residencia Estudiantil del Distrito Escolar Independiente de Lindale

Para ser completado por la oficina del campus:

Sibling: _____ Campus: _____ Grade: _____

Sibling: _____ Campus: _____ Grade: _____

Sibling: _____ Campus: _____ Grade: _____

Sibling: _____ Campus: _____ Grade: _____

Sibling not enrolled in school: _____ Age: _____

Sibling not enrolled in school: _____ Age: _____

Sibling not enrolled in school: _____ Age: _____

Campus Registrar/Date

Notes about the situation and services that might be offered:

Homeless Indicator: ___ 0 (No) ___ 2 (doubled) ___ 3 (unsheltered) ___ 4 (motel) ___ 5 (shelter)

Unaccompanied Indicator: ___ 3 (not unaccompanied) ___ 4 (unaccompanied) Effective Date: _____

McKinney-Vento Liaison/Representative

Date