



JASPER COUNTY CHARTER SYSTEM PAQUETE DE INSCRIPCION ESTUDIANTIL 2020 - 2021

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Nombre legal del estudiante: _____
(Apellido) (Nombre de pila) (Segundo nombre)

Grado: ____ Genero: ____ Fecha de nacimiento: _____ # de seguro social: _____ Lugar de nacimiento: _____

¿Es el estudiante de etnia hispana/latina: ____ Sí ____ No

Raza (tiene que seleccionar uno) ____ Indio Americano o Nativo de Alaska ____ Hawaiano nativo o Isleño del Pacifico
____ Asiático ____ Blanco
____ Negro o Americano Africano

¿El estudiante ha sido inscrito en una escuela del Condado de Jasper anteriormente? ____ No ____ Sí.

Si es Sí, escuela asistida _____

¿Esta su hijo actualmente en suspensión o expulsión de otro sistema escolar?: ____ Sí ____ No
Si es Sí, Motivo de expulsión: _____ Sistema escolar: _____ Fecha: _____

¿Este estudiante ha sido sentenciado como delincuente o condenado por homicidio, homicidio voluntario, violación, sodomía agravada, abuso agravado de un menor, agresión agravada a robo a mano armada? ____ Sí ____ No
Si es Sí, ¿Dónde ocurrió esta infracción? _____

INFORMACION DEL HOGAR PRINCIPAL

Dirección física: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección de correo (si es diferente de la dirección física): _____

NOMBRE DE PADRES/TUTORES VIVIENDO EN LA DIRECCION FISICA ANTERIORMENTE

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono principal: _____ (celular o casa) Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

Teléfono principal: _____ (celular o casa) Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____

HERMANOS ASISTIENDO LAS ESCUELAS DEL CONDADO DE JASPER:

Nombre: _____ Grado: _____ Nombre: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Grado: _____ Nombre: _____ Grado: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ GRADO: _____

INFORMACION DE CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA

En EL caso de que no pueda ser contactado, enumere a otras personas a quienes se les permita contactarse y / o recoger a su hijo de la escuela:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
Teléfono principal: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
Teléfono principal: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
Teléfono principal: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
Teléfono principal: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono de trabajo _____

Enumere las personas que NO PUEDEN recoger a su hijo/a:

Nombre: _____ Relación al estudiante: _____

Nombre: _____ Relación al estudiante: _____

Nombre: _____ Relación al estudiante: _____

Nombre: _____ Relación al estudiante: _____

INFORMACIÓN MILITAR

(El Departamento de Educación de GA requiere esta información.)

¿El niño/a tiene un padre/tutor que cumple con uno de los siguientes criterios en cualquier momento durante el año?

_____ **Sí (complete la información a continuación)**

_____ **No (proceder a la siguiente sección)**

Nombre de padre/tutor _____

1. ¿Es miembro de servicio activo de los servicios uniformados, incluso la Guardia Nacional/Reserva? _____ No _____ Sí
Si es Sí, ¿qué sucursal se los militares? _____
2. ¿Es un miembro o veterano de los servicios uniformados que esta gravemente herido y tiene un alta médica o está jubilado por un periodo de un año después del alta médica o la jubilación? _____ No _____ Sí
Si es Sí, ¿qué sucursal se los militares? _____
3. ¿Es un miembro de los servicios uniformados que murió en servicio activo o como resultado de lesiones sufridas en servicio activo por un periodo de un año después de la muerte? _____ No _____ Sí
Si es Sí, ¿qué sucursal se los militares? _____
4. ¿Es miembro de las reservas militares? _____ No _____ Sí
Si es Sí, seleccione una de las siguientes: _____ Fuerzas Armadas de E.E.U.U. _____ Guardia Nacional
_____ Reserva



JASPER COUNTY CHARTER SYSTEM

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Escuela anterior: _____ Grado: _____ Contacto: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____ Correo electrónico: _____

Mientras estaba inscrito en la escuela mencionada anteriormente, mi hijo recibió los siguientes servicios:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Educación especial | <input type="checkbox"/> Programa de intervención temprana (EIP) | <input type="checkbox"/> Idioma en Inglés (ESOL) |
| <input type="checkbox"/> RTI/MTSS/SST | <input type="checkbox"/> 504 | <input type="checkbox"/> Terapia del lenguaje |
| <input type="checkbox"/> Gifted/AP | | |

Firma de padre: _____ Fecha: _____

*Firma autoriza a la escuela o agencia mencionada a divulgar registros e información confidencial y/o comunicarse con el contacto de la agencia mencionado.

Esta sección debe ser completada únicamente por el personal de la escuela.

Date Requested _____

Records Requested

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Permanent Educational Record | <input type="checkbox"/> Standardized Test Scores | <input type="checkbox"/> RTI/MTSS Plan |
| <input type="checkbox"/> Withdrawal Form w/ current grades | <input type="checkbox"/> Screening & Health Information | <input type="checkbox"/> Gifted Eligibility |
| <input type="checkbox"/> Official transcript & recent report card | <input type="checkbox"/> ELL/ESOL Record | <input type="checkbox"/> 504 Plan |
| <input type="checkbox"/> Social Security Card | <input type="checkbox"/> Discipline Record (7 th -12 th grades) | <input type="checkbox"/> Psychological Evaluation |
| <input type="checkbox"/> Attendance Record | <input type="checkbox"/> Special Education Eligibility/IEP | <input type="checkbox"/> Immunization Record |

Send Records to:

JASPER COUNTY CHARTER SYSTEM

1141 College Street

Monticello, Georgia 31064

Phone: (706) 468-6350 x. 128

Fax: (706) 468-6320

Attention: _____ Email Address: _____

DECLARACION DE DOMICILIO DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante _____ **Grado:** _____

Este cuestionario este destinado a abordar la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. Las respuestas a esta información de residencia ayudan para determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir.

¿Usted vive en cualquier de las siguientes situaciones? Por favor marque lo que es apropiada.

_____ Compartiendo la vivienda de otras personas debido a la perdida de vivienda, problemas económicos, o una razón similar (por ejemplo: desalojado de su casa, económicamente no puede conseguir vivienda, etc.)

_____ En un motel, hotel, campamento o ambiente similar debido a falta de alojamiento alternativa que es adecuada.

_____ En refugios de emergencia o transición como refugios de violencia doméstica o refugios para personas sin hogar o viviendas transitorias y tiene que ser por medio de Centro de Recursos para la Familia, u otra refugio o agencia.

_____ Tiene una residencia principal nocturna que no es un lugar diseñado para o normalmente utilizada como un alojamiento regular para seres humanos.

_____ En carro, parques, espacios públicos, edificios abandonados, vivienda de mala calidad, estación de autobús o tren, o ambiente s similares.

_____ Ninguno del anterior.

¿Cuánto tiempo se anticipa vivir en este lugar? _____

NOTIFICACIÓN DE DERECHOS PARA ESTUDIANTES SIN HOGAR

Bajo la Ley McKinney-Vento, los niños en situaciones sin hogar tienen derechos a:

1. Asistir a la escuela local o a la escuela de origen, si esto es lo mejor para ellos. La escuela de origen es la escuela a la que asistió el niño cuando fue alojado permanentemente o la escuela en la que se inscribió por última vez.
2. Recibir transporte hacia y desde la escuela de origen.
3. Recibir comidas a través del programa de servicios de alimentos.
4. Inscribirse en la escuela inmediatamente, incluso si faltan registros y documentos que normalmente se requieren para la inscripción.
5. Tener acceso a los mismos programas y servicios que están disponibles para todos los demás estudiantes.
6. Asistir a la escuela con niños que tienen hogar.
7. Ser conocido del proceso de inscripción para PK.

Información de contactos de enlaces locales de los sin hogar:

Sra. Kathleen Hatchett o Dra RaNae Fendley
Jasper County Charter System
(706) 468-6350

Firma del padre: _____ **Fecha:** _____



Georgia Department of Education
ESOL Unit

Encuesta obligatoria en el idioma nativo

Estimado padre o tutor:

Para proporcionarle a su hijo la mejor educación posible, debemos determinar qué tan bien habla y entiende el inglés. Esta encuesta ayuda al personal de la escuela a determinar si su hijo puede ser un candidato para recibir apoyo adicional en inglés. La calificación final para el apoyo idiomático está basada en los resultados de una prueba en inglés.

Gracias.

Nombre del estudiante (información obligatoria):

Antecedentes idiomáticos (preguntas obligatorias):

1. ¿Qué idioma su hijo entiende y habla mejor?

2. ¿Qué idioma su hijo habla con mayor frecuencia en el hogar?

3. ¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño?

4. ¿En qué idioma prefiere recibir toda la información escolar?

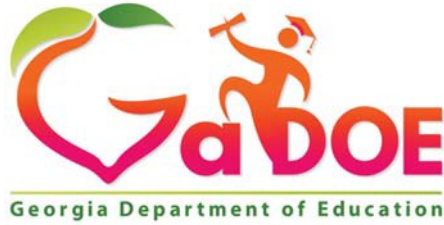
Firma del padre/tutor/otro

Fecha

Georgia Department of Education
Richard Woods, Georgia's School
Superintendent July 1, 2017 • Page 1
of 1

All Rights Reserved

JCCS Registration Packet – Revised March, 2020



Richard Woods, Georgia's School Superintendent
 "Educating Georgia's Future"

Distrito escolar: JASPER COUNTY CHARTER SYSTEM

Fecha: _____

Encuesta Ocupacional para Padres

Favor de completar este formulario para ayudarnos a determinar si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir servicios suplementarios de parte del Programa de Título I, Parte C.

Nombre del/los Estudiante(s)	Nombre de la Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. ¿Alguien en su casa se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? Sí No

2. ¿Alguien en su casa trabaja o ha trabajado en una de las siguientes ocupaciones de forma permanente o temporaria en los últimos tres años? Sí No

Si la respuesta es "sí", marque todo trabajo que aplique:

- 1. Sembrando/Cosechando vegetales (tomates, calabazas, cebollas, etc.) o frutas (uvas, fresas, arándanos, etc.)
- 2. Sembrando, cortando, procesando árboles, o juntando paja de pino (pine straw)
- 3. Procesando/Empacando productos agrícolas
- 4. Trabajo en lechería, polleras o ganadería
- 5. Empacando/Procesando carnes (res, pollo, o mariscos)
- 6. Trabajos relacionados con la pesca (pesca comercial, o criadero de pescados)
- 7. Otra actividad. Por favor especifique en cuál: _____

Nombre de los padres o guardianes legales: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¡Muchas Gracias!

Por favor regrese éste formulario a la escuela

Esta sección abajo es información para el personal de la escuela.

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school/district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district.

MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, districts should fax occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, 201 West Lee Street, Brooklet, GA 30415 Toll Free (800) 621-5217 Fax (912) 842-5440

GaDOE Region 2 MEP, 221 N. Robinson Street, Lenox, GA 31637 Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251

Family Contacted/Attempt Date: _____ Sent to Regional Office on: _____