



Miami-Dade County Public Schools

giving our students the world

JOHN I. SMITH K-8 CENTER

10415 NW 52nd Street • Miami, FL 33178 • Ph: 305-406-0220 • Fax: 305-406-0225

jisk8.com

Principal

Genaro Navarro
Assistant Principals
Hilda Espinosa
Isis Piloto
Clinton Neilly

Superintendent, M-DCPS

Alberto M. Carvalho
Region Superintendent, Central Region Office
John Pace

Welcome to John I. Smith K-8 Center, "A City Within a School". The attached forms are your child's registration papers for the 2020-2021 school year. Please fill out the following enclosed forms:

- Student Data Form
- Student Information Sheet
- Disclosure at Time of Registration
- Directory Information Opt-Out
- Unlisted Telephone Number Notification
- Project UP-START

In addition, the following **original** items are needed at the time of registration:

- Your child's birth certificate- **ORIGINAL**
- The following **two** proofs of address. **(NO OTHERS WILL BE ACCEPTED):**
 1. Lease Agreement or Warranty Deed
 2. FPL bill (current bill)
- Student Health Examination form (HRS Form 3040) from the State of Florida (Including proof of Tuberculosis Clinical Screening with the results)
- Florida Certificate of Immunizations form (HRS Form 680)
- Your child's last report card (if coming into 1st through 8th grade)

Bring **all** the required documents above to the Main Office for your child to begin school. Also, please bring the child dressed in their uniform ready to start the day you come in to register.

Registration hours are from 8:00 AM – before 11:00 AM.



Miami-Dade County Public Schools

giving our students the world

Bienvenidos a John I. Smith K-8 Center, "A City Within a School". Por favor llenen las planillas de matricula para el año escolar 2020-2021.

- El Formulario de Datos del estudiante
- Hoja de informacion del estudiante
- Declaracion al matricularse
- Formulario de baja del directorio
- Notificacion de numeros de telefonos privados
- Project UP-START

Cuando hayan completado las planillas, presentenlas a la oficina de la escuela junto con los siguientes documentos **originales**:

- El certificado de nacimiento **ORIGINAL**
- **Dos** comprobantes de su direccion (**NINGUN OTRO SERA ACEPTADO**):
 1. Hipoteca o contrato de arrendamiento
 2. El recibo de la electricidad (FPL) del presente mes
- Examen fisico (Formulario HRS 3040) de estado de la Florida (Incluyendo prueba de Tuberculosis y su resultado)
- Certificado de vacunas de estado de la Florida (Formulario HRS 680)
- Las ultimas notas academicas (para los estudiantes que se matriculen entre primero y octavo grado)

Todos los requisitos deben de estar completos para la registracion. Por favor de traer al niño/a vestido con su uniforme listo para comenzar el dia.

Las horas de registracion son de 8:00 AM – antes de 11:00 AM.



JOHN I. SMITH K-8 CENTER

Main Campus 10415 NW 52nd Street Doral, Fl 33178 Phone: (305) 406-0220 Fax: (305) 406-0225
MLC 5005 NW 112th Avenue Doral, Fl 33178 Phone: (305) 716-3579 Fax: (305) 716-3580
www.jisk8.com

STUDENT INFORMATION SHEET

Student Name

Nombre del Estudiante

Last Name/ Apellido

First Name/ Primer Nombre

Middle Name/ Segundo Nombre

Birthdate

Fecha de Nacimiento

Place of Birth

Lugar de Nacimiento

Sex

Sexo

Address

Direccion

Father's Name

Nombre del Padre

Phone Number

Numero de Telefono

Place of Employment

Lugar de Empleo

Work Number

Telefono del trabajo

Mother's Name

Nombre de la Madre

Phone Number

Numero de Telefono

Place of Employment

Lugar de Empleo

Work Number

Telefono del trabajo

Emergency Contact (Other than the parents)

Contacto de Emergencia (Aparte de los padres)

1.

Name/ Nombre

Relationship/Parentesco

Phone Number/ Numero de Telefono

2.

Name/ Nombre

Relationship/Parentesco

Phone Number/ Numero de Telefono

Name and address of the last school attended

Nombre y direccion de la ultima escuela que asistio el estudiante

Health information, which should be known in case of an emergency

Datos sobre la salud del estudiante que debemos de saber en caso de emergencia

Family Doctor

Nombre del doctor

Phone Number

Numero de Telefono

Parent's Signature

Firma del Padre

Date

Fecha



EMERGENCY STUDENT DATA FORM

School No./Name _____ I.D. No. _____ Grade _____ Section _____

Student's Last Name _____ APP _____ First Name _____ Middle Name _____

Address _____

Main contact phone number to be used for emergencies and automated messaging: _____

Registering Parent/Guardian's Name _____ Relation _____ Place of Employment _____

Telephone _____ Cellphone _____ Email _____

Non-Registering Parent/Guardian's Name _____ Relation _____ Place of Employment _____

Telephone _____ Cellphone _____ Email _____

Is either parent in the Military? Yes No Branch _____

Kindergarten Only: Was the child in pre-school or child care? Yes No

Was the full cost paid by you? Yes No What type? Headstart ESE Migrant Other Unknown

EMERGENCY CONTACT INFORMATION: I authorize the school district to provide or secure any necessary emergency care for my child. It is the parent's legal responsibility to assume medical and transportation expenses for your child. In the event that parents of child cannot be reached, provide contact information below of two persons, by order of priority.

(Name) (Relation to Student) (Address) (Phone at Work)

(Name) (Relation to Student) (Address) (Phone at Work)

Family Doctor Phone Preference of Hospital Phone

Student health/allergy data which should be known in an emergency: _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF STUDENTS FROM SCHOOL: Please provide the names of persons authorized or not authorized to take your child from school during the school day. Note that persons listed as emergency contacts are not authorized to pick up your child, unless listed in this section.

Authorized: _____

Authorized: _____

Not authorized: _____

Not authorized: _____

IT IS THE PARENT'S RESPONSIBILITY to inform the school in person of any changes in the information listed on this form. Under penalties of perjury, I declare that I have read the foregoing [document] and that the facts stated in it are true.

Date: _____ Printed Registering Parent/Guardian's Name _____

Registering Parent/Guardian's Signature _____

Parents/guardians have the right to review the professional qualifications of their child's classroom teacher(s) including the licensing status, degree major, graduate degree(s) and the field of certification. This "right to know", available from your child's school, includes whether your child is receiving services provided by paraprofessionals and, if so, their qualifications.

Whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his/her official duty shall be guilty of a misdemeanor of the second degree under Fla. Stat § 837.06, or whoever makes a false verified declaration is guilty of the crime of perjury, a felony of the third degree, under Fla. Stat. § 95.525, which are punishable as provided in Fla. Stat., §§ 775.082, 775.083 and 775.084.

The Emergency Student Data Form governs early release withdraw of the student. The registering parent/guardian must sign/verify this form and is responsible for providing truthful and accurate information. If the student's parents are divorced or separated, the enrolling parent is responsible for providing information that is consistent with the most recent court order governing such matters as divorce, separation or custody.

FORMULARIO DE DATOS DEL ESTUDIANTE PARA UTILIZAR DURANTE EMERGENCIAS

Número/Nombre de la Escuela _____		Número de Identificación. _____	
Grado _____ Sección _____			
Apellido del estudiante _____	APP _____	Nombre propio _____	Segundo nombre _____
Dirección _____			
Número de contacto telefónico principal que ha de ser utilizado en casos de emergencia y mensajes automáticos: _____			
Nombre del padre de familia / tutor que matricula _____		Parentesco _____	Lugar de empleo _____
Teléfono _____	Teléfono celular _____	Correo electrónico _____	
Nombre del padre de familia / tutor que no matricula _____		Parentesco _____	Lugar de empleo _____
Teléfono _____	Teléfono Celular _____	Correo electrónico _____	

¿Está alguno de los padres en las fuerzas armadas? Sí No Rama _____

Sólo para estudiantes del Kindergarten: ¿Asistió el niño a una escuela preescolar o a una guardería? Sí No

¿Pagó usted todos los gastos? Sí No ¿Qué programa? Head Start ESE Migratorio Otro Lo desconozco

INFORMACION DE CONTACTOS DE EMERGENCIA: Autorizo al distrito escolar a proporcionar o asegurar cualquier cuidado de emergencia necesario para mi hijo/a. Es la responsabilidad legal de los padres asumir los gastos médicos y de transporte proporcionados a su hijo. En el caso de que no se pudiese localizar a ninguno de los padres del niño por favor, proporcione información de contacto de dos personas, por orden de prioridad, en los espacios que aparecen a continuación.

(Nombre) _____	Parentesco _____	(Dirección) _____	Teléfono del trabajo _____
(Nombre) _____	Parentesco _____	(Dirección) _____	Teléfono del trabajo _____
Doctor de cabecera _____	Teléfono _____	Preferencia de hospital _____	Teléfono _____

Informes acerca de la salud/alergias del estudiante que tienen que ser conocidas en caso de emergencia:

PERMISO PARA QUE EL ESTUDIANTE SALGA DE LA ESCUELA: Por favor, proporcione los nombres de las personas que están autorizadas o que no están autorizadas para recoger a su hijo durante la jornada escolar. Tome en cuenta que las personas que aparecen como contactos de emergencia, no están autorizadas para recoger a sus hijos, si sus nombres no aparecen en la lista que se encuentra a continuación:

Autorizados: _____

Autorizados: _____

No autorizados: _____

No autorizados: _____

ES LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES informar personalmente a la escuela de cualquier cambio respecto a la información que se encuentra en este formulario. Declaro bajo pena de perjurio, que he leído lo anterior en este [documento] y que la información que ahí aparece es verdadera.

Fecha: _____ Nombre del padre de familia / tutor que matricula en letra de molde: _____

Firma del padre de familia / tutor que matricula: _____

Los padres de familia/tutores tienen el derecho de revisar las cualificaciones profesionales de los maestros de sus hijos, incluyendo el estatus de la licencia, la especialidad, maestría, títulos postgrado y el campo de la certificación. La información respecto a este "derecho a saber", está disponible en la escuela de sus hijos, que incluye si sus hijos están recibiendo servicios prestados por los ayudantes de maestro y de ser así, sus cualificaciones.

El que a sabiendas hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el ejercicio de sus funciones oficiales será culpable de un delito menor de segundo grado según el Estatuto de la Florida § 837.06, o quien hace una declaración que se verifica que es falsa es culpable del delito de perjurio, un delito grave de tercer grado, según el Estatuto de la Florida § 92.525, punible conforme a lo dispuesto en los Estatutos de la Florida, §§ 775.082, 775.083 y 775.084.

El Formulario de Datos del Estudiante Para Utilizar Durante Emergencias, rige quién ha de recoger al estudiante de la escuela. El padre de familia / tutor que matricula deberá firmar/ verificar este formulario y es responsable de proporcionar información verdadera y precisa. Si los padres del estudiante están divorciados o separados, el padre que matricula al estudiante, es responsable de proporcionar información que sea consistente con la orden judicial más reciente que gobierna asuntos tales como el divorcio, la separación o la custodia.

2000757 FM-2733S Rev. (06-19)



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

DISCLOSURE AT TIME OF REGISTRATION

Chapter 1006.07 (1)(b), requires that any student seeking admission to a public school in the State of Florida will provide the following information at the time of initial registration:

1) **Has the student ever been expelled from any school, in or out of the State of Florida?**

YES NO

If your answer to question 1 is "YES", please list each and every instance for which the student was expelled.

2) **Please state whether the student has ever been arrested where the arrest resulted in the student being formally charged. If your answer is "YES", please list each and every arrest which resulted in a formal charge.**

3) **Please state whether the student has ever been involved as a party in a case before the Juvenile Justice System? If so, state each action taken by the Juvenile Justice System which involved the student.**

4) **Please state whether the student has any corresponding referrals to mental health services related to your answers to Questions 1, 2 and 3. If yes, please list them.**

Student's Name _____ ID. # _____

(Please Print)

Ethnic _____ (Check all that apply) Race: White Black Asian
Hispanic _____ (Y/N) American Indian Native Pacific Islander

Date of Birth _____ Parent's/Guardian's Name _____

Address _____

Signature (Parent/Guardian) _____

Signature (Student) _____ Date Signed _____

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE

TRANSPARENCIA AL MOMENTO DE LA MATRÍCULA

El Capítulo 1006.07 (1)(b) requiere que cualquier estudiante que busca ingresar a una escuela pública en el Estado de la Florida proporcionará la siguiente información al momento de la matrícula inicial:

1) ¿Ha sido expulsado el estudiante de alguna escuela, dentro o fuera del Estado de la Florida?

SÍ NO

Si su respuesta para la Pregunta 1 es "SÍ", favor de enumerar cada instancia por la cual fue expulsado el estudiante.

2) Favor de declarar si el estudiante ha sido detenido y si el arresto consecuentemente resultó en una acusación formal. Si su respuesta es "SÍ", favor de enumerar cada arresto que resultó en una acusación formal.

3) Favor de declarar si el estudiante se ha involucrado como sujeto en un caso ante el Sistema Judicial Juvenil. De ser así, declare cada acción tomada por el Sistema Judicial Juvenil que involucró al estudiante.

4) Favor de declarar si el estudiante tiene alguna referencia correspondiente para servicios de salud mental, según sus respuestas a las Preguntas 1, 2 y 3. De ser así, favor de enumerarlas.

Nombre del estudiante _____ ID. # _____

(Favor de escribir en letra de molde)

Etnicidad (Marque todo el que aplique) Raza: Blanca Negra Asiática
Hispana _____ (S/N) Indígena americana Isleña del Pacífico

Fecha de nacimiento _____ Nombre del padre de familia / tutor _____

Dirección postal _____

Firma (padre de familia / tutor) _____

Firma (estudiante) _____ Fecha de firma _____



**MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
ADDRESS VERIFICATION AGREEMENT**

NAME OF STUDENT(S) _____

NAME OF PARENT/GUARDIAN _____

I, _____, understand that the transfer(s) of the above-named student(s) is/are temporary and will depend on a successful verification of my address. I also understand that if my address cannot be verified by staff of Miami-Dade County Public Schools, the transfer(s) will be revoked and the student(s) will return to the school that serves my previous address.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN _____ **DATE** _____

OLD ADDRESS _____ **SCHOOL ASSIGNMENT** _____

NEW ADDRESS _____ **SCHOOL ASSIGNMENT** _____

HOME PHONE _____

Whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his/her official duty shall be guilty of a misdemeanor of the second degree, punishable as provided in F.S. 775.083 or F.S. 775.084. (Florida Statute 837.06)



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE
ACUERDO DE VERIFICACIÓN DE DIRECCIÓN

**NOMBRE(S) DEL
 (DE LOS) ESTUDIANTE(S)** _____

**NOMBRE DEL (DE LA)
 PADRE/MADRE/TUTOR(A)** _____

Yo, _____, entiendo que el(los) traslado(s) del(de los) estudiante(s) anteriormente mencionado(s) es(son) transitorio(s) y dependerá(n) del éxito en la verificación de mi dirección. También entiendo que si mi dirección no puede ser verificada por un empleado de las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade, el traspaso será revocado y el(los) estudiante(s) volverá(n) a la escuela que corresponde a la dirección anterior.

**FIRMA DEL (DE LA)
 PADRE/MADRE/TUTOR(A)** _____ **FECHA** _____

**DIRECCIÓN
 ANTIGUA** _____ **ESCUELA
 ASIGNADA** _____

**DIRECCIÓN
 NUEVA** _____ **ESCUELA
 ASIGNADA** _____

TELÉFONO DE LA CASA _____

Cualquier persona que a sabiendas haga una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el desempeño de su labor oficial será culpable de un delito en segundo grado, con la penalidad que se estipula en el F.S. 775.083 o el F.S. 775.084. (Estatuto de la Florida 837.06)



Miami-Dade County Public Schools

Directory Information Opt-Out Form

FOR REGISTRAR USE ONLY.

- 1 - USM 5- USM/FAFSA
- 2 - IHE 6 - IHE/FAFSA
- 3 - FAFSA 7- USM/IHE/FAFSA
- 4 - USM/IHE

Miami-Dade County Public Schools (M-DCPS) generally protects a student’s personally identifiable information¹ from disclosure without prior consent from parents or eligible students. However, unless the parent or eligible student specifically states in writing that they do not want this information provided, M-DCPS is required to provide senior high school students’ names, addresses, and telephone listings to military recruiters or institutions of higher education upon their request.²

Additionally, in a joint effort to increase the number of students applying for higher education financial aid, Miami-Dade County Public Schools and the United States Department of Education (USDOE) are participating in a Free Application for Federal Student Aid (FAFSA) Completion Project. Unless the parent or eligible student specifically states in writing that they do not want student information provided, M-DCPS may provide student information to the USDOE for this purpose. If you do **not** want your child’s information disclosed to any or all of these entities, check the space next to each entity listed below to which you do **not** want your child’s information disclosed.

I **DO NOT CONSENT TO DISCLOSURE** of my child’s name, address, telephone listing, or birth date to the following (check all that apply):

- United States Military (Army, Navy, Air Force, Marines, Coast Guard, etc.)
- Institutions of Higher Education
- USDOE for FAFSA Completion Project

Student’s Name: _____ Date of Birth: _____ ID#: _____

I understand that by checking the spaces above and submitting this form to the person indicated below, M-DCPS will restrict the disclosure of personally identifiable student information from my child’s educational records to the entities that I have selected.

I further understand that if I do not complete and return this form, M-DCPS will release the information to the above-mentioned entities upon request by the entity and has no further obligation to contact me on a case-by-case basis to request my consent for the disclosure of directory information to these entities.

Parent/Guardian Name

Signature

Date

To prohibit disclosure to the above-listed entities, return this form to your child’s school within the next 30 days to:

¹ The *Family Educational Rights and Privacy Act* (20 U.S.C. § 1232g; 34 C.F.R., Pt. 99) governs the confidentiality of student educational records.

² See 20 U.S.C. § 7908.

SÓLO PARA EL USO DEL SECRETARIO DE REGISTROS:

- | | |
|-------------|------------------|
| 1 - USM | 5- USM/FAFSA |
| 2 - IHE | 6 - IHE/FAFSA |
| 3 - FAFSA | 7- USM/IHE/FAFSA |
| 4 - USM/IHE | |



Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade

Formulario para darse de baja del directorio

Las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade (*M-DCPS*) normalmente protegen la información¹ que aparece en el directorio personal que identifica al estudiante para que no se divulgue sin el consentimiento previo de los padres o de los estudiantes elegibles. Sin embargo, a no ser que uno de los padres o el estudiante elegible específicamente declare por escrito que no desean que se divulgue dicha información, las *M-DCPS* están obligadas a proporcionar los nombres, direcciones y las listas de teléfonos de los estudiantes que cursan el último año de secundaria, a reclutadores del ejército o a instituciones de educación superior, previa solicitud².

Además, en un esfuerzo conjunto con el fin de incrementar el número de estudiantes que solicitan ayuda financiera para la educación superior, las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade y el Departamento de Educación de los Estados Unidos (*United States Department of Education o USDOE*, por sus siglas en inglés) están participando en un proyecto en donde el estudiante llena todos los años una solicitud que determina su elegibilidad para recibir ayuda financiera (*Free Application for Federal Student Aid (FAFSA) Completion Project*). A no ser que uno de los padres o el estudiante elegible específicamente declare por escrito que no desea que se divulgue la información, las *M-DCPS*, por tal motivo, pueden divulgar la información del estudiante al *USDOE*. Si usted **no** desea que la información de su hijo se divulgue a cualquiera de estas entidades, por favor, haga una marca al lado de cada una de las entidades que usted **no** desea que la información de su hijo se divulgue.

NO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE DIVULGUE el nombre de mi hijo; la dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento (haga una marca al lado de todas las que apliquen):

- Fuerzas armadas de los Estados Unidos (*Army, Navy, Air Force, Marines, Coast Guard, etc.*)
- Instituciones de educación superior
- El proyecto de FAFSA Completion Project de la USDOE*

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de ID#: _____

Entiendo que al marcar los espacios que aparecen anteriormente y entregar este formulario a la persona que se indica a continuación, las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade limitarán la divulgación de la información del directorio que se encuentra en el expediente educacional de mi hijo a las entidades que yo haya señalado.

Además entiendo, que si no lleno y devuelvo este formulario, las *M-DCPS* divulgarán, previa solicitud, la información a las entidades que se mencionan anteriormente y las *M-DCPS* no tienen ninguna otra obligación de comunicarse conmigo individualmente ni de pedir mi consentimiento para divulgar la información que aparece en el directorio a estas entidades.

Nombre del padre/madre/tutor/tutora

Firma

Fecha

Para prohibir que se divulgue la información a las entidades mencionadas anteriormente, devuelva este formulario a la escuela de su hijo antes de 30 días a:

¹ The *Family Educational Rights and Privacy Act* (20 U.S.C. § 1232g; 34 C.F.R., Pt. 99) rige la confidencialidad de los expedientes educacionales del estudiante.

¹ Véase 20 U.S.C. § 7908.



**Miami-Dade County Public Schools
Department of Title I Administration
Children and Youth in Transition Program
Project UP-START Student Eligibility Questionnaire**

This questionnaire is intended to help determine eligibility of services under the federal McKinney-Vento Act. Florida Statute 837.06 provides that whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his official duty shall be guilty of a misdemeanor of second degree.

Project UP-START services are confidential and this form is not to be shared with outside community agencies.

SECTION A: The student currently has housing that is Fixed, Regular, and Adequate.

Parent/Guardian Initial: _____

Student Name: _____

Student ID#: _____



- Rent/own your home
- Live in foster care placement



Please do not continue completing this form if you checked one of the boxes above.

SECTION B: The student does NOT currently have housing that is Fixed, Regular, and Adequate.

Please continue below if your child is a student that:

The current nighttime residence is... (check only one)	Was displaced from household because of... (check only one)
<input type="checkbox"/> In emergency or transitional shelters, FEMA trailers, or abandoned in hospitals (A)	<input type="checkbox"/> Natural Disaster - Hurricane (H)
<input type="checkbox"/> Temporarily sharing the housing of other persons due to economic hardship (B)	<input type="checkbox"/> Natural Disaster - Flooding (F)
<input type="checkbox"/> Living in a vehicle of any kind, trailer park or campground, parks, abandoned buildings, public place, or substandard housing (e.g. no running water no electricity/mold infested) (D)	<input type="checkbox"/> Natural Disaster - Tropical Storm (S)
<input type="checkbox"/> In a motel/hotel due to loss of housing, economic hardship, or similar reason (E)	<input type="checkbox"/> Natural Disaster - Tornado (T)
	<input type="checkbox"/> Man-made Disaster/Fire (D)
	<input type="checkbox"/> Mortgage Foreclosure (M)
	<input type="checkbox"/> Lack of affordable housing, eviction, mental illness, unemployment, domestic violence (O)
	<input type="checkbox"/> Parents/Caregiver is incarcerated (U)
	<input type="checkbox"/> Unknown/Other: _____ (U)

Please list the names of all students who are active in M-DCPS.

Student Name (Last, First)	Student ID#	Date of Birth	Grade	School/Location #

Current Address: _____ Apt: _____ City: _____ Zip: _____

Contact Phone: _____ Email: _____

Name of Parent/Guardian: _____ Date: _____

SECTION C: Unaccompanied Youth must complete this section.

- Student is living alone without an adult.
- Student is living with an adult that is NOT a parent/guardian.

Caregiver Name: _____
Please complete the FM-7402 (Caregiver's Authorization Form).

SECTION D: Parents, Guardians and/or Unaccompanied Youth must complete this section, prior to submitting the Questionnaire for processing.

The undersigned certifies that the information provided is accurate.

Signature of Parent/Guardian OR Unaccompanied Student

Date

SCHOOL/AGENCY STAFF USE ONLY

SCHOOL/AGENCY STAFF CONTACT INFORMATION

School/Agency Name: _____ Location #: _____

Staff Name: _____ Telephone #: _____ Extension: _____

Please fax the following completed forms to 305 579-0370, via email to projectupstart@dadeschools.net, or send forms to Location #9102:

- ▶ FM-7378
- ▶ FM-7402, FM-7404, and FM-7405, as applicable

Fax/Email Date: _____



Las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade

Departamento de la Administración de Título I

Programa de Niños y Adolescentes en Transición (Children and Youth in Transition Program)

Cuestionario de Elegibilidad Estudiantil para el Proyecto UP-START

El propósito del presente cuestionario de elegibilidad estudiantil es el de determinar la elegibilidad para obtener servicios de acuerdo con la Ley McKinney-Vento Act. El Estatuto de la Florida 837.06 provee que si alguien a sabiendas hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el oficio de sus obligaciones, será culpable de un crimen de delito menor cuantía de segundo grado.

Los servicios del Proyecto UP-START son confidenciales y este formulario no se deberá compartir con agencias comunitarias externas.

SECCIÓN A: El estudiante actualmente tiene vivienda fija, regular o adecuada.

Inicial del padre de familia/tutor: _____
Nombre del estudiante: _____
de ID del estudiante: _____

- Alquila/Es propietario de su vivienda
Vive en colocación en un hogar de acogida
Por favor, no continúe si ha marcado una de las casillas anteriores.



SECCIÓN B: El estudiante acualmente NO tiene vivienda fija, regular o adecuada.

Por favor, continúe si su hijo/a es un estudiante:

Table with 2 columns: Cuya vivienda nocturna actual es... (sólo marque una) and Que fue desplazado del hogar por... (sólo marque una). Rows include options like FEMA, shared housing, vehicle, motel, and reasons for displacement like natural disasters, eviction, etc.

Por favor, enumere los nombres de todos los estudiantes con matrícula vigente en las M-DCPS.

Table with 5 columns: Apellido, Nombre del Estudiante, # ID del Estudiante, Fec. Nac., Grado, Escuela / # de la Escuela

Dirección actual: _____ Apto: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Correo Electrónico: _____

Nombre del padre/madre/tutor(es): _____ Fecha: _____

SECCIÓN C: Estudiante Joven No Acompañado debe llenar esta sección.

- El estudiante vive solo, sin un adulto. El estudiante vive con un adulto que NO ES un padre de familia / tutor legal
Nombre del cuidador: _____ Fecha: _____

Por favor, llene el formulario 7402 (Formulario de Autorización del Cuidador, Caregiver's Authorization Form).

SECCIÓN D: Los Padres de Familia, Tutores o Jóvenes No Acompañados deberán llenar esta sección antes de enviar el Cuestionario para ser procesado.

El que firma certifica que la información proporcionada es correcta.

Firma del padre/madre/tutor legal O estudiante no acompañado Fecha

PARA USO DEL PERSONAL DE LA ESCUELA/AGENCIA SOLAMENTE

SCHOOL/AGENCY STAFF CONTACT INFORMATION

School/Agency Name: _____ Location #: _____

Staff Name: _____ Telephone #: _____ Extension: _____

Please fax the following completed forms to 305 579-0370, via email to projectupstart@dadeschools.net, or send forms to Location #9102:

- FM-7378
FM-7402, FM-7404, and FM-7405, as applicable

Fax/Email Date: _____