

Miami Coral Park Senior High School Registration Form

Student Information/Informacion del estudiante:

Student's Last Name/Apellido de estudiante

Student's First Name/Nombre del estudiante

Student's Middle Name/Medio nombre de estudiante

Date of birth/Fecha de nacimiento

Sex/Sexo

City and State of birth/Ciudad y Pais de nacimiento

Home phone/Telefono de casa

Student's address/Direccion del estudiante

Apt

Miami, Florida

Zip Code

Parent Information/Informacion de Padres:

Father's Name/Nombre del padre

Father's address/Direccion del padre

Father's cell/Padre celular

Father's place of employment/Lugar de empleo del padre: _____

Mother's /Nombre de la madre

Mother's address/Direccion de la madre

Mother's cell/Madre celular

Mother's place of employment/Lugar de empleo de la madre: _____

Guardian's Name/Nombre del tutor

Guardian's address/Direccion del tutor

Guardian's cell/Tutor celular

Guardian's place of employment/Lugar de empleo del tutor: _____

Guardian relation to student/Relacion de tutor al estudiante: _____

Is there a court order in place/Hay una orden de corte vigente? _____

Registering parent/Guardian name: _____

Nombre del padre o tutor que este completando la registraci3n: _____

Date of registration/Fecha de registraci3n: _____

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

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

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 _____



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS STATEMENT OF BONAFIDE RESIDENCE

Important Information

In accordance with School Board Rule (Policy 5112) students in the regular school program (K-12) are assigned to attend school based on the actual residence of the parent and the attendance area of the school as approved by the School Board. It is the responsibility of the parent(s) to provide proper documentation to verify their residence. Parents may choose a different school through a variety of choice programs or through the transfer process. Additional information on Schools of Choice may be found at <http://choice.dadeschools.net>.

To Be Completed By Parent:

I, _____, reside at _____
(Parent) (Address)
_____, with my children, _____
(City) (Name of Child/Children)

Verification

Under penalties of perjury, I declare that I have read the foregoing Statement of Bonafide Residence and that the facts stated in it are true. I agree to notify the School District within 10 days in writing of any future changes in residence or living arrangements of this (these) child(ren). I certify that the above information is true and correct, and I understand that this information may be verified.



(Signature of Parent)

(Date)

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 the second degree. Florida Statute §92.525 provides that whoever knowingly makes a false verified declaration is guilty of the crime of perjury, a felony of the third degree.

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE DECLARACIÓN DE RESIDENCIA EN BUENA FE

Información importante

De acuerdo con la Regla de la Junta Escolar (Política 5112) los estudiantes en el programa regular de escuela (K-12) se asignan a las escuelas de acuerdo a la residencia actual del padre y las zonas de asistencia escolar según lo aprobado por la Junta Escolar. Es la responsabilidad de los padres de ofrecer la documentación necesaria para verificar la residencia. Los padres pueden escoger una escuela diferente mediante una variedad de diferentes programas de selección o con el proceso de traslado. Para información adicional sobre escuelas de selección, visitar la página web: <http://choice.dadeschools.net>.

El padre debe completar:

Yo, _____, vivo en _____
(Padre) (Dirección)
_____ con mis hijos, _____
(Ciudad) (Nombre del hijo/de los hijos)

Verificación

Declaro, bajo pena de perjurio, que he leído la anterior declaración de Residencia en Buena Fe y que la información declarada en este formulario es verdadera. Estoy de acuerdo en notificar al distrito escolar dentro de un período de 10 días por escrito de cualquier cambio de vivienda o arreglos de residencia de este o estos niños. Certifico que esta información es verdadera y correcta y comprendo que esta información puede ser verificada.

(Firma del padre)

(Fecha)

El Estatuto de la Florida 837.06 provee que si alguien con conocimiento hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un trabajador público en el oficio de sus obligaciones, será culpable de un crimen en menor cuantía de segundo grado. El Estatuto de la Florida 92.525 provee que cualquier persona que con conocimiento hace una declaración falsa es culpable del crimen de perjurio, una felonía en el tercer grado.



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 HOME LANGUAGE SURVEY

To Be Completed By Parent or Guardian

Student I.D. No. _____

Student Name _____ Last _____ First _____ Middle _____

Date of Birth _____ / _____ / _____ Grade _____ Parent Language _____ Student Language _____
Month Day Year

Date Entered U.S. School: _____ / _____ / _____ Ethnic _____ (Check all that apply) Race: White ☐ Black ☐ Asian ☐
Month Day Year Hispanic _____ (Y/N) American Indian ☐ Native Pacific Islander ☐

If the answer is "YES" to any of these questions, the student must be tested for English proficiency.

1. Is a language other than English used in the home? Yes ☐ No ☐
2. Did the student have a first language other than English? Yes ☐ No ☐
3. Does the student most frequently speak a language other than English? Yes ☐ No ☐

School _____ Date _____ Parent/Guardian Signature _____

ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR

Debe ser completado por el/la padre/madre o tutor/a

No. De I.D. _____

Nombre del Estudiante _____ Apellido _____ Nombre _____ Inicial _____

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Grado _____ Lengua Paterna _____ Idioma del Estudiante _____
Mes Día Año Origen Etnico (Marque

Fecha de Entrada a la Escuela de los Estados Unidos: _____ / _____ / _____ Hispano _____ (S/N) todo lo pertinente) Raza: Blanco ☐ Negro ☐
Mes Día Año Asiático ☐ Indígena de los EEUU ☐ Oriundo de las Islas del Pacífico ☐

Si responde "SI" a alguna de estas preguntas, el estudiante debe tomar un examen para saber cual es su conocimiento del Inglés.

1. ¿Usan en su casa algún otro idioma que no sea el Inglés? Sí ☐ No ☐
2. ¿Tuvo el estudiante una lengua materna distinta al Inglés? Sí ☐ No ☐
3. ¿Habla el estudiante frecuentemente otro idioma que no sea el Inglés? Sí ☐ No ☐

Escuela _____ Fecha _____ Firma del Padre/Madre _____

MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS SONDAJ SOU KI LANG TIMOUN NAN PALE

Pou paran oubyen moun ki responsab timoun nan ranpli

No. I.D. Elèv La _____

Non Elèv la _____ Non fanmi _____ Non _____

Dat Fèt li _____ / _____ / _____ Klas _____ Lang paran Yo _____ Lang Elèv La _____
Mwa Jou Ane Etnisite _____ (Tcheke tout sa ki aplike) Ras: Blan ☐ Nwa ☐ Azyatik ☐

Dat ou Antre U.S. Lekòl: _____ / _____ / _____ Espayòl _____ (W/N) Amriken Endyen ☐ Natif Il Pasifik ☐
Mwa Jou Ane

Si repons lan se "WI" pou nenpòt nan kesyon anba yo, elèv la dwe pran yon tès Anglè.

1. Eske yo sèvi ak yon lang ki pa Anglè lakay li? Wi ☐ Non ☐
2. Eske elèv la te genyen yon premye lang anvan Anglè? Wi ☐ Non ☐
3. Eske elèv la abitye pale yon lang ki pa Anglè? Wi ☐ Non ☐

Lekòl _____ Dat _____ Siyati Paran _____

CC: FILE IN CUMULATIVE FOLDER
TO STAFF FOR TESTING

FM-5196ESH Rev. (08-19)



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., §§ 775.062, 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 calificaciones 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 calificaciones.

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.



Miami-Dade County Public Schools
Department of Title I Administration
Children and Youth in Transition Program
2021-2022 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#: _____

Please note that if you check either box below, your child does not qualify for Project UP-START.

☐ Rent/own your home

☐ Live in foster care placement



If none of the boxes above are checked, please complete the next section.

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)

☐ In emergency or transitional shelters, FEMA trailers, or abandoned in hospitals (A)

☐ Temporarily sharing the housing of other persons due to economic hardship (B)

☐ 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)

☐ In a motel/hotel due to loss of housing, economic hardship, or similar reason (E)

☐ Pandemic (P)

☐ Natural Disaster - Hurricane (H)

☐ Natural Disaster - Flooding (F)

☐ Natural Disaster - Tropical Storm (S)

☐ Natural Disaster - Tornado (T)

☐ Man-made Disaster/Fire (D)

☐ Mortgage Foreclosure (M)

☐ Lack of affordable housing, eviction, mental illness, unemployment, domestic violence (N)

☐ Parents/Caregiver is incarcerated (U)

☐ 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

Note: This form does not trigger a call to the family. For more services, forms FM-7404 and/or FM-7405 must be submitted.

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*)

2021-2022 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: _____

Tenga en cuenta que si marca cualquiera de las casillas a continuación, su hijo no califica para el Proyecto UP-START.

☐ Alquila/Es propietario de su vivienda

☐ Vive en un hogar de acogida

Si ninguna de las casillas anteriores está marcada, complete la siguiente sección.



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

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

Cuya vivienda nocturna actual es... (sólo marque una opción)

☐ Albergue de emergencia o transición, casa móvil de FEMA o abandonado en hospital (A)

☐ Comparte temporalmente con otras personas por causa de dificultades económicas (B)

☐ Un vehículo de cualquier tipo, parque de casas móviles o de campismo, parque, inmueble abandonado, local público o vivienda subestándar (por ejemplo, sin servicio de agua o corriente / infestada con moho) (D)

☐ Un motel/hotel debido a pérdida de vivienda, dificultad económica o razones parecidas (E)

Que fue desplazado del hogar por... (sólo marque una opción)

☐ Dificultades Financieras Causadas por la Pandemia (P)

☐ Desastre natural - Huracán (H)

☐ Desastre natural - Inundación (F)

☐ Desastre natural - Tormenta tropical (S)

☐ Desastre natural - Tornado (T)

☐ Desastre provocado por el hombre/incendio (D)

☐ Ejecución hipotecaria (M)

☐ Falta de vivienda asequible, desalojo, enfermedad mental, desempleo, violencia doméstica- (N)

☐ Padres/Tutor: está(n) encarcelado(s)

☐ Desconocido / Otra razón: _____ (U)

Por favor, escriba los nombres de todos los estudiantes que están matriculados en Las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade.

Apellido, Nombre del Estudiante	#ID del Estudiante	Fecha de Nacimiento	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: _____

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 projectuostart@dadeschools.net, or send forms to Location #9102:

► FM-7378

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

Note: This form does not trigger a call to the family. For more services, forms FM-7404 and/or FM-7405 must be submitted.

Fax/Email Date: _____

2021-2022 School-level Title I Parent and Family Engagement Survey

School Name: _____ Loc. #: _____

Parent or Family Member's Name	Telephone Number	Email Address

Directions: Please complete the 2021-2022 School-level Title I Parent and Family Engagement Survey to assist our school with the implementation of a Title I Schoolwide Program by identifying the interests and needs of your family. The results of this survey will also be utilized to help in the development of the Title I School-level Parent and Family Engagement Plan (PFEP), and future parent and family engagement activities, events, and workshops.

1. From the list below, please identify the topic(s) that you would like to receive additional information on:

- | | |
|--|--|
| ☐ How to access resources for parents | ☐ The Parent Portal |
| ☐ How to become a school volunteer | ☐ Information about the Title I District Advisory Council (DAC) and Parent Advisory Council (PAC) |
| ☐ How to join PFEP Review Meetings | ☐ Florida State Standards and Testing Requirements |
| ☐ How to join the PTA/PTSA | ☐ The Title I Schoolwide Program |
| ☐ How to work with my child at home | ☐ Services for students with special needs |
| ☐ How to request tutorial services for my child | ☐ Other: _____ |

2. What type of workshops would you like our school to present in order to best assist you in helping your child?

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Academic Motivation | ☐ Cyber Bullying | ☐ Learning Disabilities and Special Education |
| ☐ Distance Learning | ☐ Mental Health | ☐ Nutrition |
| ☐ Academic Requirements | ☐ Improving Math Skills | ☐ Parenting Strategies |
| ☐ Basic Computer Skills | ☐ Improving Reading Skills | ☐ Test-Taking Strategies |
| ☐ Building Self-Esteem | ☐ Improving Science Skills | ☐ Raising Responsible Children |
| ☐ Anti-Bullying | ☐ Internet Safety | ☐ Virtual Meetings |
| ☐ Drug Awareness | ☐ Balancing my child's continuous use of technology with more physically engaging activities | |

3. What is the most convenient time for you to attend our school activities and workshops?

- ☐ Mornings (8am-12pm) ☐ Afternoons (12pm-4pm) ☐ Evenings (5pm-7pm) ☐ Virtual Meetings

4. Do you have the capability to attend workshops/meetings virtually via Zoom? ☐ Yes ☐ No

5. Do you require any special assistance during our school activities and workshops (e.g., language interpreter, handicap access/parking, Sign Language interpreter, etc.)?

- ☐ Yes _____ (please specify) ☐ No

6. What suggestions do you have to assist with the redesigning of services, activities, and effectiveness of the school? List suggestion(s) below:

Thank you for taking the time to complete this survey.

2021-2022 Encuesta de recinto escolar para la participación de padres y familias del Título I

Nombre de la escuela: _____ # de Loc: _____

Nombre del padre o miembro de la familia	Número de teléfono	Dirección de correo electrónico

Instrucciones: Por favor complete la Encuesta de recinto escolar para la participación de padres y familias del Título I para el curso 2021-2022 con el fin de ayudar a nuestra escuela con la implementación del Programa Escolar del Título I identificando los intereses y necesidades de su familia. Los resultados de este estudio se podrían utilizar para ayudar con el desarrollo del Plan de Participación de Padres y Familias (PFEP) del Título I del recinto escolar, y asimismo para programar actividades futuras para padres y familiares, además de eventos y talleres.

1. De la lista a continuación, identifique los temas sobre los que le gustaría recibir información adicional:

- | | |
|--|--|
| ☐ Cómo acceder a recursos para padres | Distrito del Título I (DAC) y el Consejo Asesor de Padres (PAC) |
| ☐ Cómo hacerse voluntario de la escuela | ☐ Requisitos para los estándares y exámenes del estado de Florida |
| ☐ Cómo participar en las reuniones de revisión del PFEP | ☐ El programa del Título I para toda la escuela |
| ☐ Cómo hacerse miembro de la PTA/ PTSA | ☐ Servicios para estudiantes con necesidades especiales |
| ☐ Cómo trabajar con mi hijo en casa. | ☐ Otro: |
| ☐ Cómo solicitar servicios de tutoría para mi hijo | |
| ☐ El Portal para Padres (The Parent Portal) | |
| ☐ Información sobre el Consejo de Asesoría del | |

2. ¿Qué tipo de talleres le gustaría que presentara nuestra escuela para asistirlo a la hora de ayudar a su hijo?

- | | |
|--|--|
| ☐ Motivación académica | ☐ Seguridad en Internet |
| ☐ Aprendizaje a distancia | ☐ Equilibrar el uso de la tecnología de mi hijo con actividades físicas |
| ☐ Requisitos académicos | ☐ Discapacidades de aprendizaje y Educación Especial |
| ☐ Destrezas de computación básica | ☐ Nutrición |
| ☐ Mejora de la autoestima | ☐ Estrategias de crianza para padres |
| ☐ Lucha contra el acoso escolar | ☐ Estrategias para tomar exámenes |
| ☐ Concienciación sobre las drogas | ☐ Criar hijos responsables |
| ☐ El acoso cibernético | ☐ Reuniones virtuales |
| ☐ Salud mental | |
| ☐ Mejora de destrezas Matemáticas | |
| ☐ Mejora de destrezas de Lectura | |
| ☐ Mejora de destrezas de Ciencias | |

3. ¿Cuál es el momento más conveniente para asistir a las actividades y talleres de nuestra escuela?

- | | |
|---|---|
| ☐ Mañanas (8 a.m. - 12 p.m.) | ☐ Noches (5 p.m. - 7 p.m.) |
| ☐ Tardes (12 p.m. - 4 p.m.) | ☐ Reuniones virtuales |

4. ¿Tiene la capacidad de asistir a talleres / reuniones virtualmente a través de Zoom?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|-----------------------------|-----------------------------|

5. ¿Necesita asistencia especial durante nuestras actividades y talleres escolares (por ejemplo, intérprete de idiomas, acceso / estacionamiento para discapacitados, intérprete de lenguaje de señas, etc.)?

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No |
|-----------------------------|-----------------------------|

(especificar)

6. ¿Qué sugerencias tiene para ayudar con el rediseño de los servicios, las actividades y la eficacia de la escuela? Enumere las sugerencias a continuación:
