

WILLIAMS HIGH SCHOOL

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE EMERGENCIA PARA EL AÑO ESCOLAR 2023-2024

Complete LEGIBLEMENTE la información a continuación en tinta negra o azul
para asegurarse de que nuestros registros estén actualizados.

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): _____ Grado: _____ SAIS ID #: _____
Uso oficial

Teléfono Principal: _____ Número celular del estudiante: _____

Dirección de la Casa: _____
Número de la Casa y Nombre de la Calle Número de Apartamento
Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Correo (si es diferente de arriba): _____
Domicilio
Ciudad Estado Código Postal

Padre o Guardian 1 (debe residir con el estudiante): Relación con el estudiante: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Lugar de Trabajo: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono 1: _____ Día Casa Móvil Trabajo | SMS (mensajes de texto)

Teléfono 2: _____ Día Casa Móvil Trabajo | SMS (mensajes de texto)

Tiene custodia Vive con Recolección de la escuela Recibir comunicación oficial de la escuela (llamadas, apartado Postal)

Padre o Guardian 2: Relación con el estudiante: _____

Apellido: _____ Nombre: _____

Lugar de Trabajo: _____ Dirección de Correo Electrónico: _____

Teléfono 1: _____ Día Casa Móvil Trabajo | SMS (mensajes de texto)

Teléfono 2: _____ Día Casa Móvil Trabajo | SMS (mensajes de texto)

Tiene custodia Vive con Recolección de la escuela Recibir comunicación oficial de la escuela (llamadas, apartado Postal)

Indique los nombres de familiares o amigos, en el área local, que asumirán la responsabilidad de su hijo en caso de que no pueda comunicarse con usted en caso de enfermedad o emergencia. SU HIJO NO SERÁ LIBERADO A NINGUNA OTRA PERSONA SIN SU PERMISO ESCRITO. Notifique a estas personas sobre estos arreglos. En caso de cambios, notifique a la escuela por escrito.

1. Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

2. Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

3. Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

4. Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

5. Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

Por favor marque Sí o No:

SI NO

Doy mi permiso para que el Distrito Escolar Unificado de Williams brinde tratamiento médico de emergencia a mi hijo.
 Doy permiso para que mi hijo sea transportado por cualquier medio necesario según lo determine el Distrito al centro más cercano instalación médica de emergencia para tratamiento.

Doy mi consentimiento para la prestación de los servicios médicos para mi hijo que se consideren necesarios, en opinión de mi médico de familia o el médico que presta dichos servicios.

En un esfuerzo por proporcionar los mejores servicios posibles, el Distrito ha sido aprobado como proveedor de Medicaid en la Escuela Pública. Si usted es niño está actualmente cubierto bajo el programa AHCCCS (o debe estar cubierto en el futuro), el Distrito podrá obtener un reembolso parcial por proporcionar servicio relacionado con la salud a su hijo. Doy mi permiso para que esta información sea divulgada a AHCCCS para fines de facturación. (Puede revocar este permiso en cualquier momento.)



Firma del Padre/Guardián: _____

Fecha: _____



Departamento de Educación de Arizona Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante _____ Nombre de Escuela _____

Distrito Escolar o Escuela Chárter _____

Padre/Tutor Legal _____

Como el padre del estudiante o representante legal, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestrami nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- ___ Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- ___ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- ___ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- ___ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- ___ Contrato de renta de casa/residencia
- ___ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- ___ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- ___ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- ___ Talón del cheque de paga
- ___ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- ___ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- ___ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir la tarjeta de identificación consular.
- ___ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.
- ___ Instalación temporal de alojamiento en la base (para familias militares)
- ___ La prueba de residencia proporcionada anteriormente sigue siendo precisa.



Firma del Padre/Custodio legal

Fecha

* Para los miembros de las fuerzas armadas, la aportación de documentación verificable no sirve como declaración de residencia oficial para el impuesto sobre la renta u otros fines legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar un centro de alojamiento temporal en la base como dirección para la prueba de residencia.

Williams Unified School District #2
SERVICIOS ESPECIALES 2023-2024

El Departamento de Servicios Especiales proporciona servicios educativos de calidad a los estudiantes con discapacidades educativas y necesidades especiales. Los servicios están diseñados para proporcionar aprendizaje en el "entorno menos restrictivo" e incluyen una variedad de opciones de colocación, como colocación regular en clase con apoyo, programas independientes y colocaciones especializadas.

Los servicios especializados y las colocaciones están disponibles para los estudiantes para satisfacer sus necesidades individuales. Las ofertas del programa se evalúan continuamente para satisfacer las necesidades cambiantes de los estudiantes. Se proporcionan programas y servicios para facilitar la inclusión en el aula de educación general en la mayor medida posible.

Complete la siguiente información, responda las preguntas relacionadas con su hijo, signo y fecha.

Nombre del Estudiante: _____
Apellido _____ Nombre _____ Segundo Nombre _____
Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): _____ Grado: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas sobre su hijo.

1. ¿Ha sido su hijo matriculado en los siguientes programas?

- Educación Especial Sí No
En caso afirmativo, ¿qué áreas: lectura matemáticas lenguaje comportamiento escrita
- Terapia del Habla / Lenguaje Sí No
- Título I/Chapter 1 Lectura y / o Matemáticas Sí No
- Lectura de programa de apoyo Sí No
En caso afirmativo, nombre del programa _____
- Programa de Dotados Sí No
- Aprendices del Idioma Inglés Sí No
- 504/IEP Sí No

1. Se necesita una evaluación anual para la educación especial, indique si desea que su hijo sea examinado internamente para cualquiera de los siguientes:

- Oído Sí No
- Visión Sí No

Comuníquese con el Departamento de Servicios Especiales al (928) 635-4473 ext. 316 si tiene preguntas o inquietudes.

 Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

WILLIAMS UNIFIED SCHOOL DISTRICT #2

SUPERINTENDENT
Eric Evans

636 S. 7th STREET P.O. BOX 427
WILLIAMS, ARIZONA 86046

TEL: (928) 635-4473 FAX: (928) 635-4767

WEMS PRINCIPAL
Jannette Bressler

WHS PRINCIPAL
Dr. Connie Hargis

BOARD OF EDUCATION
John Romero, President
Carla Dent, Vice President
Steve Auld
Leah Payne
Julia Pearson

2023-2024 Fee Schedule

Williams Elementary-Middle School

- Student Activity Fee \$10.00 per student per year
\$20.00 family maximum
- Band Activity Fee \$10.00 per student per year
- District Instrument Fee \$10.00 per student per year
- Sports Fee - Online Student \$150.00 per athlete per semester*

Williams High School

- Student Activity Fee \$30.00 per student per year
\$60.00 family maximum
- Band Activity Fee \$10.00 per student per year
- District Instrument Fee: \$10.00 per student per year
- Student Sport Fees \$25.00 per sport \$50.00 maximum per athlete
\$100.00 family maximum
- Sports Fee - Online Student \$150.00 per athlete per semester*

Notes:

- *Student Activity Fees are used to purchase class materials, student rewards and apparel to benefit students and build school pride. Fees may also be used for educational trips, programs and assemblies.*
- *Band Activity Fee is for purchase of personal instructions material.*
- *District Instrument Fee pays for sanitation of instruments borrowed from the District. Only applicable if using a District instrument.*
- *Student Sport Fees are used to purchase uniforms, equipment, pay referees, travel and other sport needs to benefit athletes.*
- **WUSD Athletics participation fee for students in grades 6-12 attending an Arizona online public charter school and residing in WUSD school district boundary*
- *Student Activity Fee will go to tax credit eligibility.*
- *Principals may waive any or all fees based a student's hardship or need.*

WILLIAMS HIGH SCHOOL

SUPERINTENDENT
Eric Evans

440 S. 7th St. P.O. BOX 427
WILLIAMS, ARIZONA 86046
TEL: (928) 635-4474 FAX: (928) 635-2796

BOARD OF EDUCATION
John Romero, President
Carla Dent, Vice President
Steve Auld
Leah Payne
Julia Pearson

PRINCIPAL
Dr. Connie Hargis

2023-2024 Student Fee Worksheet

- Student Activity Fee \$30.00 per student per year
\$60.00 family maximum
- Band Activity Fee \$10.00 per student per year
- District Instrument Fee \$10.00 per student per year
- Student Sport Fees \$25.00 per sport \$50.00 maximum per athlete
\$100.00 family maximum

All fees are required to be paid in full at registration.

Student Name: _____ Grade: _____

Student Activity Fee:\$30.00 per year.....\$ _____

Band Activity Fee:\$10.00 per year.....\$ _____

District Instrument Fee:\$10.00 per year.....\$ _____

Student Sport Fee:\$25.00 per sport.....\$ _____

Unpaid Fees:\$ _____

Total Due: \$ _____

Total Paid: \$ _____

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES



SI SU FAMILIA VIVE EN CUALQUIERA DE LAS SITUACIONES SIGUIENTES:

En un albergue



En un motel o un sitio para acampar debido a la falta de una alternativa adecuada



En un auto, un parque, un edificio abandonado, o una estación de trenes o de autobuses



Compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de su casa
o a una dificultad económica

Sus hijos de edad escolar podrían calificar para recibir ciertos derechos y protecciones bajo la ley federal McKinney-Vento.

Sus hijos elegibles tienen derecho a:

- Recibir una educación pública gratuita y apropiada.
- Inscribirse en la escuela inmediatamente, aunque falten documentos normalmente requeridos para la inscripción.
- Inscribirse y asistir a clases mientras que la escuela obtiene los documentos necesarios.
- Inscribirse en la escuela local; o continuar asistiendo a la escuela de origen (la escuela a la cual su hijo asistió cuando tenía una residencia permanente, o la última escuela en la cual estaba inscrito), si esto es su preferencia.

* Si el distrito escolar cree que la escuela escogida por usted no es la mejor para sus hijos, el distrito tiene que darle a usted una explicación escrita de su posición e informarle de su derecho de apelar su decisión.

- Recibir transporte a/de la escuela de origen, si usted lo pide.
- Recibir servicios educacionales comparables a los que están provistos para otros estudiantes, según las necesidades de sus hijos.

Si usted cree que sus hijos podrían ser elegibles, contacte al oficial para la educación de los niños y jóvenes sin hogar de su distrito escolar para averiguar los servicios y ayudas que podrían estar disponibles. También puede haber apoyo disponible para sus hijos de edad preescolar.



Oficial para la educación de los niños y jóvenes sin hogar

Andrew Wollman
928-635-4428
awollman@wusd2.org

Coordinador estatal

Silvia Chavez
602-542-4963
silvia.chavez@azed.gov

Si usted necesita ayuda adicional con las necesidades educacionales de sus hijos, contacte al Centro Nacional de Educación para los Niños y Jóvenes sin Hogar:
1-800-308-2145 * homeless@serve.org * <http://nche.ed.gov>

Cuestionario de Residencia de Estudiantes

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Por favor enumere todos sus otros hijos en edades preescolares y escolares, que viven con usted.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____

La información proporcionada en este formulario es confidencial.

¿Vive su hijo en alguna de las siguientes situaciones?

- Comparte la vivienda con otras personas debido a: (marque uno)
 - Perdida de vivienda, dificultad económica o una razón similar (por ejemplo: desalojo de la casa, etc)
 - Compartiendo vivienda a largo plazo para ahorrar dinero o alguna razón similar
 - Otro (favor explicar): _____
- En un motel, hotel, campamento o algún lugar similar
- En albergues de emergencia o de paso, tales como: albergues para personas que han sufrido violencia doméstica, albergues para personas sin hogar o viviendas de paso a través.
- Tiene una residencia nocturna primaria que no está diseñada para uso regular como alojamiento para personas.
- En carros, parques, espacios públicos, edificios abandonadas, viviendo de baja calidad, estaciones de bus o tren o algún sitio similar
- En nuestra casa, apartamento, condominio etc.
- Otro (favor explicar): _____

Dirección actual: _____ Ciudad y código postal: _____

He recibido una copia de los derechos de McKinney-Vento (en la página siguiente)



Firma del padre/guardián

Fecha

Los estudiantes que viven en alguna situación de vivienda de paso, pueden calificar como personas sin hogar. La elegibilidad es determinada por el enlace para estudiantes sin hogar y debe ser renovado cada año.

Para uso exclusive de la oficina

Family added to McKinney-Vento Program

Yes

No

Homeless Liaison Signature: _____

Date: _____

Williams Unified School District #2
FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA 2023-2024

Nombre del Estudiante: _____ DOB: _____ Grado: _____
Apellido Nombre Segundo Nombre

Por favor, indique en el espacio de abajo, cualquier alergia o problema médico que puede afectar el tratamiento de su hijo.
 Si una pregunta no se aplica, por favor llene el espacio con "N/A" o No se aplica".
 Preocupaciones médicas: _____
 Alergias a los medicamentos: _____
 Otras alergias: _____
 Medicación(s) que está teniendo ya sea en casa o en la escuela: _____

El resto de los medicamentos deben ser suministrados por el padre en el envase original con instrucciones por escrito y entregada a la oficina. A ningún estudiante se le permite llevar a cualquier medicamento en ellos en cualquier momento.

¿Su hijo ha tenido alguno de los siguientes?

Asma	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	ADD/ADHD	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Problemas de Pecho	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Infecciones del Oído	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Tubos del Oído	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Dolor de garganta frecuentes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad del Corazón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Enfermedad de Riñón	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Problemas Ortopédicos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Enfermedad Urinaria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Otro:	_____		

¿Hay alguna restricción para su hijo en la educación física y otras actividades físicas? Si No En caso afirmativo, por favor proporcione documentación.
 Doctor de Familia: _____
 Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS

Indique Si alguno de los siguientes medicamentos se pueden administrar a su hijo:

Acetaminofeno/Tylenol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Medicina para Alergia/Benadryl	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Antiácido	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Antibiotic Ointment	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Bactine Antiséptico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Crema para quemaduras	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Loción de Calamina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Cold Medicine	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pastilla para la tos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Gotas para los ojos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Lavar para ojo	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Peróxido de Hidrógeno	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Ibuprofeno/Advil	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Bálsamo labial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Orajel/Anbesol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Pepto Bismol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Protector solar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Vaselina	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Pestañas de calambres	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No aplicable	

EXÁMENES MÉDICOS

Indique Si Si usted desea que su hijo proyectó para cualquiera de los siguientes:

Oído	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Visión	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
------	---	--------	---

Marque Si o No por favor :

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<i>Doy mi permiso para que el Distrito Escolar Unificado de Williams para proporcionar tratamiento médico de emergencia para mi hijo.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Doy permiso para que mi hijo sea transportado por cualquier medio necesario según lo determine el Distrito al centro médico de emergencia más cercano para recibir tratamiento.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>Doy mi consentimiento para la prestación de tales servicios médicos para mi hijo como se considere necesario.</i>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<i>En un esfuerzo por ofrecer el mejor servicio posible, el Distrito ha Sido aprobado como un proveedor de Medicaid en las escuelas públicas. Si su hijo está cubierto actualmente en el programa de AHCCCS o Si se cubren en el futuro. El Distrito podrá obtener el reembolso parcial de la prestación del servicio relacionado con la salud de su hijo. Doy mi permiso para que esta información sea divulgada a AHCCCS para fines de facturación. (Usted puede revocar este permiso en cualquier momento.):</i>

Firma de Padres/Guardián: _____ **Fecha:** _____

Williams Unified School District #2
FORMULARIO DE TRANSPORTE 2023-2024

En un esfuerzo para mantener información precisa de transporte estudiantil, favor de proporcionar información detallada acerca de cómo su estudiante va ir a y volver de la escuela diariamente.

Nombre del Estudiante: _____ Grado: _____

Dirección del Hogar: _____

Calles de Intersección: _____

Por la mañana, mi(s) estudiante(s) deberá(n):

- Caminar a la Escuela
- Area de Descarga para Padres
- Viajará en Autobús a la Escuela

Si viajará en el autobús ¿cuál subdivisión y calles de intersección?

Después de la escuela, mi(s) estudiante(s) deberá(n):

- Caminar a (casa, abuela) _____ M T W Th
- Será Recogido por sus Padres _____ M T W Th
- Viajará en Autobús a (casa, abuela) _____ M T W Th

Si viajará en el autobús ¿cuál subdivisión y calles de intersección?

En el caso de que su estudiante pierda su parada de autobús, quien debe ser contactado?

Nombre: _____ Teléfono: _____

En el caso de que la persona mencionada anteriormente no pueda ser localizada, favor proporcione el nombre y el número de teléfono de una persona que pueda recoger a su hijo(a).

Nombre: _____ Teléfono: _____

NOTAS IMPORTANTES:

- ◆ *Para la seguridad del niño, **NO** se recomienda cambiar la rutina de transporte. En una situación única, se puede hacer un cambio. Es responsabilidad de los padres de informar al maestro del estudiante o a la oficina de cualquier cambio en la rutina diaria antes de la **12 pm** del estudiante por teléfono o por escrito . Si no se reciben cambios, el personal operará bajo el plan original.*
- ◆ *Viajar en autobús es un privilegio, no un derecho. Los estudiantes deben ser respetuosos y seguir las instrucciones. Los estudiantes que no sigan las instrucciones pueden ser suspendidos de viajar en el autobús.*
- ◆ *Todos los estudiantes que viajan en el autobús escolar deben tener este formulario archivado.*

 Firma de Padres/Guardián: _____

Fecha: _____