

WILLIAMS UNIFIED SCHOOL DISTRICT #2

SUPERINTENDENT
Rick Honsinger

636 S. 7th STREET P.O. BOX 427
WILLIAMS, ARIZONA 86046
TEL: (928) 635-4473 FAX: (928) 635-4767

BOARD OF EDUCATION
Carla Dent, President
Ann Wells, Vice President
Michael Fleishman
Herman Nixon
Leah Payne

June 18, 2020

Dear Parents/Guardians,

Due to the current situation with COVID-19, we are implementing a Stay-At-Home requirement if your student has any of the following symptoms:

- Fever of 100.4 or higher
- Chills
- Shortness of breath or difficulty breathing
- Muscle aches
- Sore throat
- Headache
- Fatigue
- Congestion or runny nose
- Cough
- Vomiting
- Diarrhea
- New loss of taste or smell

By signing and returning this form, you agree to keep your student home if they have any of the above symptoms.

Student's Name Printed: _____
First Name Middle Name Last Name

Parent's Name Printed: _____

Parent or Guardian Signature: _____ Date: _____

WILLIAMS UNIFIED SCHOOL DISTRICT #2

SUPERINTENDENT
Rick Honsinger

636 S. 7th STREET P.O. BOX 427
WILLIAMS, ARIZONA 86046
TEL: (928) 635-4473 FAX: (928) 635-4767

BOARD OF EDUCATION
Carla Dent, President
Ann Wells, Vice President
Michael Fleishman
Herman Nixon
Leah Payne

18 de junio del 2020

Estimados padres/guardianes,

Debido a la situación actual con COVID-19, estamos implementando un requisito de estadía en el hogar si su estudiante tiene cualquiera de los siguientes síntomas:

- Fiebre de 100.4 o más
- Escalofrío
- Falta de aire o dificultad para respirar
- Dolores musculares
- Dolor de garganta
- Dolor de cabeza
- Fatiga
- Congestión o secreción nasal
- Tos
- Vómito
- Diarrea
- Nueva pérdida de sabor u olor

Al firmar y devolver este formulario, usted acepta mantener a su estudiante en casa si tiene cualquiera de los síntomas anteriores.

Nombre del estudiante impreso: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

Nombre del padre impreso: _____

Firma de padre o guardián: _____ Fecha: _____



**Arizona Department of Education
Arizona Residency Documentation Form**

Student _____ School _____

School District or Charter Holder _____

Parent/Legal Guardian _____

As the Parent/Legal Guardian of the Student, I attest* that I am a resident of the State of Arizona and submit in support of this attestation a copy of the following document that displays my name and residential address or physical description of the property where the student resides:

- _____ Valid Arizona driver's license, Arizona identification card or motor vehicle registration
- _____ Valid Arizona Address Confidentiality Program authorization card
- _____ Real estate deed or mortgage documents
- _____ Property tax bill
- _____ Residential lease or rental agreement
- _____ Water, electric, gas, cable, or phone bill
- _____ Bank or credit card statement
- _____ W-2 wage statement
- _____ Payroll stub
- _____ Certificate of tribal enrollment (506 Form) or other identification issued by a recognized Indian tribe in Arizona
- _____ Documentation from a state, tribal or federal government agency (Social Security Administration, Veteran's Administration, Arizona Department of Economic Security)
- _____ Temporary on-base billeting facility (for military families)

_____ I am currently unable to provide any of the foregoing documents. Therefore, I have provided an original affidavit signed and notarized by an Arizona resident who attests that I have established residence in Arizona with the person signing the affidavit.

_____ The previously provided proof of residency remains accurate.

Signature of Parent/Legal Guardian

Date

*For members of the armed services, the provision of verifiable documentation does not serve as a declaration of official residency for income tax or other legal purposes. Armed service members may utilize a temporary on-base billeting facility as the address for proof of residency.



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 muestra mi nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- ___ Licencia de conducir válida 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.
- ___ 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

STUDENT RESIDENCY Questionnaire

Student Name: _____ Birth Date: _____ Grade: _____

Please list all other preschool and school-aged children currently living with you.

Student Name: _____ Birth Date: _____ Grade: _____

Student Name: _____ Birth Date: _____ Grade: _____

Student Name: _____ Birth Date: _____ Grade: _____

Information provided on this form is confidential.

Does your student live in any of these following situations?

- Sharing the housing of other persons such as friends or family due to: (check one)
 - Loss of housing, economic hardship or a similar reason (example: evicted from home, etc.)
 - Long-term, cooperative living arrangement to save money or a similar reason
 - Other (please specify): _____
- In a motel, hotel, campground or similar setting
- In emergency or transitional shelters such as domestic violence or homeless shelters or transitional housing
- Have a primary nighttime residence that is a place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for humans
- In cars, parks, public spaces, abandoned buildings, substandard housing, bus or train stations, or similar settings.
- In our own home, apartment, or condo
- Other: Please specify: _____

Current Address: _____ City & Zip: _____

I received a copy of the McKinney-Vento Rights (on the next page).

Signature of Parent/Guardian

Date

Students living in some transitional situations may qualify as homeless. Eligibility is determined by the District's Homeless Education Liaison and must be renewed each school year.

For Office Use Only

Family added to McKinney-Vento Program

Yes

No

Homeless Liaison Signature: _____

Date: _____



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	
<input type="checkbox"/> Yes	Homeless Liaison Signature: _____
<input type="checkbox"/> No	Date: _____

INFORMATION FOR PARENTS



IF YOUR FAMILY LIVES IN ANY OF THE FOLLOWING SITUATIONS:

In a shelter



In a motel or campground due to the lack of an alternative adequate accommodation



In a car, park, abandoned building, or bus or train station



Doubled up with other people due to loss of housing or economic hardship

Your school-age children may qualify for certain rights and protections under the federal McKinney-Vento Act.

Your eligible children have the right to:

- Receive a free, appropriate public education.
 - Enroll in school immediately, even if lacking documents normally required for enrollment.
 - Enroll in school and attend classes while the school gathers needed documents.
 - Enroll in the local school; or continue attending their school of origin (the school they attended when permanently housed or the school in which they were last enrolled), if that is your preference.
- * If the school district believes that the school you select is not in the best interest of your children, then the district must provide you with a written explanation of its position and inform you of your right to appeal its decision.
- Receive transportation to and from the school of origin, if you request this.
 - Receive educational services comparable to those provided to other students, according to your children's needs.

If you believe your children may be eligible, contact the local liaison to find out what services and supports may be available. There also may be supports available for your preschool-age children.



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

State Coordinator
Sylvia Chavez
602-542-4963
sylvia.chavez@azed.gov

If you need further assistance with your children's educational needs,
contact the National Center for Homeless Education:
1-800-308-2145 * homeless@serve.org * <http://nche.ed.gov>

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>

Williams Unified School District #2
2020-2021 MEDICAL INFORMATION FORM

Student Name: _____ DOB: _____ Grade: _____

Please indicate, in the space below, any allergy or medical concern which may affect the treatment of your child.

If a question does not apply, please fill in the blank with "N/A" or Not Applicable".

Medical concerns: _____

Allergies to medication: _____

Other allergies: _____

Medication(s) currently taking either at home or at school: _____

***All other medication must be supplied by the parent in the original container with written instructions and given to the office.
 No student is permitted to carry any medications on them at any time.***

Has your child had any of the following?

- | | | | | | | | | |
|-----------------|------------------------------|-----------------------------|----------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------|------------------------------|-----------------------------|
| ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Anemia | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Asthma | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Chest Problems | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Convulsions | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Diabetes | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Ear Infections | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Ear Tubes | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Frequent Sore Throat | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Heart Condition | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Kidney Disease | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Orthopedic Problems | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
| Urinary Disease | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Other: _____ | | | | | |

Are there any restrictions for your child in physical education or other physical activities? Yes No If yes, please provide documentation.

Family Doctor: _____

Phone Number: _____

MEDICATION INFORMATION

Please indicate if any of the following medication may be administered to your child.

- | | | | | | | |
|-----------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|------------------------------|-----------------------------|---|
| Acetaminophen/Tylenol | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Allergy Medication/Benadryl | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| Antacid | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Antibiotic Ointment | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| Bactine | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Burn Cream | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| Calamine Lotion | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Campho-Phenique (for cold sore) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| Cough Drop | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Cramp Tabs | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Not Applicable |
| Eye Drops | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Eye Wash | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| Hydrogen Peroxide | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Ibuprofen/Advil | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| Lip Balm | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Orajel/Anbesol | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| Saline Gargle | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Vaseline (Petroleum Jelly) | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |

MEDICAL SCREENINGS

Please indicate whether if you would like to have your child screened for any of the following:

- | | | | | | |
|---------|------------------------------|-----------------------------|--------|------------------------------|-----------------------------|
| Hearing | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | Vision | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No |
|---------|------------------------------|-----------------------------|--------|------------------------------|-----------------------------|

Please check Yes or No:

YES NO

- I give my permission for the Williams Unified School District to provide emergency medical treatment for my child.
- I give my consent to the rendering of such medical services for my child as shall be deemed necessary, in the opinion of my family doctor or the doctor rendering such services.
- In an effort to provide the best services possible, the District has been approved as a provider for Medicaid in the Public Schools. If your child is currently covered under the AHCCCS program or should become covered in the future. The District will be able to obtain partial reimbursement for providing health-related service to your child. I give my permission for this information to be released to AHCCCS for billing purposes. (You may revoke this permission at any time.)

Parent/Guardian Signature: _____

Date: _____

Williams Unified School District #2
2020-2021 INFORMACIÓN MÉDICA FORM

Nombre del Estudiante: _____ DOB: _____ Grado: _____

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?

- | | | | | | |
|------------------------|---|---------------------|---|------------------------------|---|
| ADD/ADHD | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Anemia | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Asma | <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 | Ungüento de Antibiótico | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Bactina | <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 | Medicina para la Boca | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Pastilla para la tos | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Lengüetas de calambre | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No aplica |
| 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 |
| Gárgaras de Salina | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Vaselina | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

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 :

SI NO

- Doy mi permiso para que el Distrito Escolar Unificado de Williams para proporcionar tratamiento médico de emergencia para mi hijo.*
- Doy mi consentimiento para la prestación de tales servicios médicos para mi hijo como se considere necesario.*
- 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.)*

Firma de Padres/Guardián: _____

Fecha: _____

**WILLIAMS UNIFIED SCHOOL DISTRICT #2
STUDENT ACCEPTABLE USE POLICY AND PARENT OPT-OUT**

Introduction

We are pleased to offer students of the Williams Unified School District #2 access to the district computer network resources, electronic mail and the Internet. Parents, please review this document carefully, with your son/daughter. Families have the right to restrict the use of the Internet by completing this form and returning it to your school. The request for restriction will be recorded, and the form is kept on file. Any questions or concerns about this permission form or any aspect of the computer network should be referred to the technology department.

General Network Use

The network is provided for students to conduct research, complete assignments, and communicate with others. Access to network services is given to students who act in a considerate and responsible manner. Students are responsible for good behavior on school computer networks just as they are in a classroom or a school hallway. Access is a privilege, not a right and entails responsibility. As such, general school rules for behavior and communications apply and users must comply with district standards. Beyond the clarification of such standards, the district is not responsible for restricting, monitoring or controlling the communications of individuals utilizing the network. District staff may review files and communications to maintain system integrity and ensure that users are using the system responsibly. **Users should not expect that files stored on district servers will be private.**

Internet/E-mail Access

Access to the Internet and e-mail will enable students to use thousands of libraries and databases. Families should be warned that some material accessible via the Internet might contain items that are illegal, defamatory, inaccurate or potentially offensive to some people. While our intent is to make Internet access available to further educational goals and objectives, students may find ways to access other materials as well. Filtering software is in use, but no filtering system is capable of blocking 100% of the inappropriate material available on the Internet. We believe that the benefits to students from access to the Internet, in the form of information resources and opportunities for collaboration, exceed any disadvantages. Ultimately, parents and guardians of minors are responsible for setting and conveying the standards that their children should follow when using media and information sources. To that end, the Williams Unified School District supports and respects each family's right to decide whether or not to restrict access.

Unacceptable network use includes but is not limited to:

- Sending, storing or displaying offensive messages or pictures;
- Using obscene language;
- Giving personal information, such as complete name, phone number, address or identifiable photo, without permission from teacher and parent or guardian;
- Cyberbullying, hate mail, harassing, insulting or attacking others, discriminatory jokes and remarks;
- Damaging or modifying computers, computer systems or computer networks: downloading, installing and using games, audio files, video files or other applications including shareware or freeware;
- Violating copyright laws;
- Sharing and/or using others' logons or passwords or other confidential information;
- Trespassing in others' folders, work or files;
- Intentionally wasting limited resources;
- Posting information, sent or stored, online that could endanger others;
- Employing the network for nonacademic, personal, commercial, political purposes, financial gain, or fraud;
- Attaching unauthorized equipment to the district network.

Violations may result in a loss of access. Additional disciplinary action may be determined at the school level. When applicable, law enforcement agencies may be involved.

OPT-OUTS remain in effect for the current school year. If no documentation is on file, it will be assumed that permission for Internet and e-mail usage has been granted.

Parent/Guardian Opt Out: Sign below if you DO NOT want your student to have access to the Internet.

Student Name _____ Grade _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Please return this form to school office.

WILLIAMS UNIFIED SCHOOL DISTRICT #2
REGLAS DE USO ACEPTABLE DEL ESTUDIANTE Y EXCLUSIÓN VOLUNTARIA

Introducción

Nos complace ofrecer a los estudiantes del Distrito Escolar Unificado de Williams # 2 acceso a los recursos de la red de computación del distrito, correo electrónico e Internet. Padres, por favor revisen este documento cuidadosamente con su hijo/a. Las familias tienen derecho a restringir el uso de Internet al llenar este formulario y devolviéndolo a su escuela. La solicitud de restricción se registrará y el formulario se mantendrá en archivo. Cualquier pregunta o inquietud sobre este formulario de permiso o cualquier aspecto de la red de computación debe remitirse al departamento de tecnología.

Uso General de la Red de Computación

La red se proporciona a los estudiantes para que realicen investigaciones, completen tareas y se comuniquen con otros. El acceso a los servicios de la red se otorga a los estudiantes que actúan de manera considerada y responsable. Los estudiantes son responsables del buen comportamiento en las redes de computación de la escuela tal como lo están en el aula o en el pasillo de la escuela. El acceso es un privilegio, no un derecho, e implica responsabilidad. Como tal, se aplican las reglas generales de conducta y comunicación de la escuela y los usuarios deben cumplir con las normas del distrito. Más allá de la aclaración de dichas normas, el distrito no es responsable de restringir, monitorear o controlar las comunicaciones de las personas que utilizan la red de computación. El personal del distrito puede revisar archivos y comunicaciones para mantener la integridad del sistema y garantizar que los usuarios estén usando el sistema de manera responsable. **Los usuarios no deben de tener la expectativa que los archivos almacenados en los servidores del distrito sean privados.**

Acceso al Internet / Correo Electrónico

El acceso al Internet y al correo electrónico permitirá a los estudiantes usar miles de bibliotecas y bases de datos. Se debe advertir a las familias que algunos materiales accesibles a través del Internet pueden contener elementos ilegales, difamatorios, inexactos o potencialmente ofensivos para algunas personas. Si bien nuestra intención es hacer disponible el acceso al Internet para promover metas y objetivos educativos, los estudiantes también pueden encontrar formas de acceder otros materiales. Tenemos un Programa de Filtración en uso, pero ningún sistema de filtración es capaz de bloquear el 100% del material inapropiado disponible en el Internet. Creemos que los beneficios del acceso al Internet para los estudiantes, en forma de recursos de información y oportunidades de colaboración, superan cualquier desventaja. En última instancia, los padres y tutores de menores son responsables de establecer y transmitir las normas que sus hijos deben seguir al usar medios y fuentes de información. Con ese fin, el Distrito Escolar Unificado de Williams apoya y respeta el derecho de cada familia a decidir si limitan o no el acceso.

El uso inaceptable de la red de computación incluye, pero no se limita a:

- Enviar, almacenar o mostrar mensajes o imágenes ofensivas;
- Uso de lenguaje obsceno;
- Brindar información personal, como el nombre completo, número de teléfono, dirección o foto identificable, sin permiso del maestro y el padre o tutor;
- Acoso cibernético, correo de odio, hostigamiento, insultar o atacar a otros, bromas y comentarios discriminatorios;
- Dañar o modificar computadoras, sistemas o redes de computación: bajar, instalar y usar juegos, archivos de audio, archivos de video u otras aplicaciones, incluyendo shareware o programa de dominio público;
- Violar las leyes de derechos de autor;
- Compartir y/o usar el acceso o contraseñas de otros usuarios u otra información confidencial;
- Invasión en los archivos de otros, trabajo o datos;
- Intencionalmente desperdiciar recursos limitados;
- Publicar información, enviada o almacenada, en línea que podría poner en peligro a otros;
- Emplear la red de computación para fines no académicos, personales, comerciales, políticos, ganancia financiera o fraude;
- Adjuntar equipo no autorizado a la red del distrito.

Las violaciones pueden resultar en una pérdida de acceso. Se pueden determinar medidas disciplinarias adicionales a nivel escolar. Cuando corresponda, las agencias de la ley pueden ser involucradas.

La EXCLUSIÓN VOLUNTARIA sigue vigente durante el año escolar actual. Si no hay documentación archivada, se asumirá que se ha otorgado permiso para el uso del Internet y correo electrónico.

Exclusión Voluntaria del Padre/Tutor: Firme a continuación si NO desea que su hijo tenga acceso al Internet.

Nombre del estudiante _____ Grado _____

Firma del Padre / Tutor _____ Fecha _____

Por favor devuelva este formulario a la oficina de la escuela.

**WILLIAMS UNIFIED SCHOOL DISTRICT #2
PHOTO AND VIDEO RELEASE OPT OUT FORM**

Throughout the year, Williams Unified School District students are photographed and video recorded as they participate in routine academic, artistic, or athletic activities. The photos and videos are used in school-related promotional and advertising materials disseminated to the public through newspapers, school app, website, social media, and other channels deemed appropriate and safe by Williams Unified School District.

Unless otherwise indicated below, I give Williams Unified School District #2 permission to use, edit, reproduce, and publish photographs, video, and audio while my child(ren) attend Williams Unified School District. This authorization permits the use of photographs, video, and audio, in any medium or form of distribution, including, but not limited to, the Williams Unified School District website, newsletters, brochures, yearbook, media outlets, promotional materials, or in any other manner as determined by the sole discretion of Williams Unified School District.

This consent will remain in effect until changed in writing by using this opt out form with the front office.

Please note: Only complete and return the form below if you wish to OPT OUT of this release. OPT-OUTS remain in effect for the current school year. If no documentation is on file, it will be assumed that permission has been granted.

I wish to **withdraw** the consent described in the Photo and Video Release above.

Student Name: _____

Grade: _____

Parent Name: _____

Parent Signature: _____

Date: _____

WILLIAMS UNIFIED SCHOOL DISTRICT #2
FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE USO SOBRE FOTOS, VIDEO Y AUDIO
Y EXCLUSIÓN VOLUNTARIA

Al transcurso del año escolar, los estudiantes del Distrito Escolar Unificado de Williams son fotografiados y grabados en video mientras participan en actividades académicas, artísticas o deportivas de rutina. Las fotos y los videos se utilizan en materiales promocionales y propaganda escolar difundidos al público a través de periódicos, aplicaciones escolares, sitios web, redes sociales y otros canales que el Distrito Escolar Unificado de Williams considera apropiado y seguro.

A menos que se indique lo contrario a continuación, yo doy permiso al Distrito Escolar Unificado de Williams # 2 para usar, editar, reproducir y publicar fotografías, videos y audio mientras mi(s) hijo/a(s) asisten en el Distrito Escolar Unificado de Williams. Esta autorización permite el uso de fotografías, video y audio, en cualquier medio o forma de distribución, incluido, entre otros, el sitio web del Distrito Escolar Unificado de Williams, boletines, folletos, anuario, medios de comunicación, materiales promocionales o en cualquier de otra manera según lo determine el exclusivo criterio del Distrito Escolar Unificado de Williams.

Este consentimiento permanecerá vigente hasta que se cambie por escrito mediante el uso de este formulario de exclusión con la oficina principal.

Tenga en cuenta: Únicamente llene y devuelva el formulario a continuación si desea EXCLUIRSE VOLUNTARIAMENTE de esta autorización. La EXCLUSIÓN VOLUNTARIA sigue vigente durante el año escolar actual. Si no hay documentación archivada, se asumirá que se ha otorgado permiso.

Deseo **retirar** la autorización descrita en el Formulario de Cesión de Derecho sobre Fotos y Video anterior.

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____

Nombre del padre: _____

Firma de los padres: _____

Fecha: _____

TRANSPORTATION FORM #10 (page 1 of 2)
TRANSPORTATION FORM / FORMA DE TRANSPORTE

In an effort to maintain accurate student transportation information, please provide detailed information about how your student will get to and from school on a daily basis. / 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.

Student Name/Nombre del Estudiante: _____ Grade/Grado: _____

Home Address/Dirección del Hogar: _____

Cross Streets/Calles de Intersección: _____

In the **morning**, my child(ren) will/Por la mañana, mi(s) estudiante(s) deberá(n):

- Walk to School/Caminar a la Escuela
- Parent Drop Off/Area de Descarga para Padres
- Ride Bus to School/Viajará en Autobús a la Escuela

If riding bus, what is your subdivision and cross streets?/Si viajará en el autobús ¿cuál subdivisión y calles de intersección?

After school, my child will/Después de la escuela, mi(s) estudiante(s) deberá(n):

- Walk to (i.e. home, grandma)/Caminar a (casa, abuela) _____ M T W Th
- Parent Pick Up/Será Recogido por sus Padres _____ M T W Th
- Ride Bus to (i.e. home, grandma)/Viajará en Autobús a (casa, abuela) _____ M T W Th

If riding bus, what is your subdivision and cross streets?/Si viajará en el autobús ¿cuál subdivisión y calles de intersección?

In the event your child misses his/her bus stop, who should be contacted?

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

Name/Nombre _____ Phone Number/Teléfono _____

In the event the person above cannot be reached, please provide the name and number of a person who could pick up your child.

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).

Name/Nombre _____ Phone Number/Teléfono _____

IMPORTANT NOTES:

- ◆ For the safety of the child, it is **NOT** recommended to change transportation routine. In a unique situation, a change can be made. It is the responsibility of the parents to inform the student's teacher or front office by phone or in writing of any changes in a student's daily routine prior to **12 pm**. If no changes are received, staff will operate on original schedule.
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.
- ◆ All students riding the school bus must have this form on file.
Todos los estudiantes que viajan en el autobús escolar deben tener este formulario archivado.

Parent/Guardian Signature: _____
Firma de Padres/Guardián

Date/Fecha: _____

TRANSPORTATION OF PRESCHOOL/KINDERGARTEN STUDENTS

TRANSPORTE DE ESTUDIANTES DE PREESCHOLAR/KINDER

This notice is to remind you the W.U.S.D. Transportation Department has implemented a departmental policy that states: There must be a parent or responSible party deSignated in writing by the parent or guardian at the bus stop to meet the bus for all kindergarten students. Siblings or friends 1st grade and above are acceptable escorts if the parent or guardian has made that deSignation in writing and provides the letter to the driver. If a responSible party is not at the bus stop, the student will be returned to the school. We apologize in advance for any inconvenience that this may cause. In cases where there are numerous incidents of having to return the student to the school, it may result in denial of student’s bus riding privilege for 5 days.

Este aviso es para recordar el Departamento de Transporte de W.U.S.D ha implementado una política departamental que establece lo Siguiente: Debe haber un padre o persona responsable deSignada por escrito por el padre o tutor en la parada del autobús para esperar el autobús para todos los estudiantes de kindergarten. Hermanos o amigos primero y superiores son escoltas aceptables Si el padre o tutor ha hecho esa deSignación por escrito y proporciona la carta al conductor. Si una parte responsable no está en la parada de autobús, el estudiante será regresado a la escuela. Nos disculpamos de antemano por cualquier inconveniente que esto pueda causar. En los casos en los que hay numerosos casos de tener que regresar al estudiante a la escuela, puede resultar en la negación de los privilegios para usar el bus del estudiante durante 5 días.

PRESCHOOL/KINDERGARTEN ESCORT AUTHORIZATION
ESCOLTA DE AUTORIZACIÓN PARA PRESCHOOL/KINDERGARTEN

Name of Student/Nombre del Estudiante: _____

Bus Route #/Número de la ruta de autobús : _____

The following person(s) are authorized to meet the bus and escort above named kindergarten student to and from bus stop when I am not available. A student may be escort if they are 1st grade or higher.

La persona (s) Siguiente están autorizados para cumplir con el autobús y escoltar arriba mencionado estudiante de kindergarten hacia y desde la parada de autobús cuando no estoy disponible. Un estudiante puede ser escolta Si son de 1er grado o superior.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

If authorized person(s) is not at bus stop, student will be returned to the school.

Si la persona (s) autorizado no está en la parada de autobús, el estudiante será regresado a la escuela.

Parent/Guardian Signature: _____

Firma de Padres/Guardián

Date/Fecha: _____

Parent/Guardian Contact Number: _____

Numero de Teléfono de los Padres/Guardián

Contact W.U.S.D. Transportation Department at (928) 635-4473 ext 312 if you have questions or concerns.
Póngase en contacto con el Departamento de Transporte de W.U.S.D. al (928) 635-4473 ext 312 Si tiene preguntas o preocupaciones.