

Prefiero mi correspondencia en :
 Inglés Español
 Otro: _____

Secundaria Charter LA Promise #1
202 W. 1st Street #160, Los Angeles, CA. 90012
(213) 745-4928



Formulario de Inscripción

INFORMACIÓN DEL ALUMNO (use letra de molde)

Sexo Masculino Femenino Transgénero
 Nombre Legal del Alumno (*Apellido*) _____ (*Nombre*) _____ (*Segundo Nombre*) _____
 Domicilio del Alumno _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Domicilio de Correspondencia (*si es distinto*) _____ Ciudad _____ Código Postal _____
 Nivel de Grado _____ Teléfono del Hogar (_____) _____ Número de Seguro Social _____
 Fecha de Nacimiento _____ Lugar: Ciudad _____ Estado _____ Nación _____
 (Mes / Día / Año)
 Si nació fuera de los Estados Unidos, ¿en qué día entró a los Estados Unidos? _____
 (Mes / Día / Año)
 Fecha en que inició el alumno la escuela en los E.U. _____ Fecha en que inició el alumno la escuela en California _____
 (Mes / Día / Año) (Mes / Día / Año)

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN PREVIA (use letra de molde)

Ultima escuela a la que asistió _____ Domicilio _____
 Ciudad: _____ Estado o Nación _____ Código Postal _____ Ultimo día que asistió _____
 (Mes / Día / Año)
 Número Previo de Identificación Estatal del Alumno: _____
 ¿Ha estado inscrito el alumno en una escuela LAs Promise? Sí No
 Si es sí: Escuela _____ Grado _____
 ¿Se ha avanzado al alumno alguna vez? (avanzó a algún grado antes de lo esperado) Sí No Nivel(es) de Grado _____
 ¿Ha reprobado alguna vez el alumno? Sí No Nivel(es) de Grado _____
 ¿Ha sido el alumno expulsado alguna vez de otro distrito escolar? Sí No
 ¿Está pendiente la expulsión? Sí No Si es sí, ¿cuál es la razón? _____
 ¿Si es sí, de que escuela? _____ ¿Está actualmente el alumno bajo libertad condicional para menores? Sí No

Idioma y información étnica (Por favor conteste todas las preguntas)

- ¿Ha recibido este estudiante cualquier enseñanza del idioma formal Inglés (escuchar, hablar , leer o escribir)? Sí No
- ¿Qué idioma aprendió el estudiante cuando él / ella empezó a hablar? _____
- ¿Qué idioma habla el estudiante con más frecuencia en el hogar? _____
- ¿Qué idioma utiliza usted con mayor frecuencia para hablar con este estudiante? _____
- ¿Qué idioma es el más utilizado por los adultos en casa? _____
- ¿ Es el estudiante Hispano o Latino? Sí No
- ¿Cuál es la raza del estudiante? (*Seleccione uno o más*)

<input type="checkbox"/> indios americano /nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> camboyano	<input type="checkbox"/> japonés	<input type="checkbox"/> otro asiático
<input type="checkbox"/> asiático	<input type="checkbox"/> chino	<input type="checkbox"/> coreano	<input type="checkbox"/> samoano
<input type="checkbox"/> indio/hindú	<input type="checkbox"/> filipina	<input type="checkbox"/> laos	<input type="checkbox"/> vietnamita
<input type="checkbox"/> afro americano/raza negra	<input type="checkbox"/> Guameña	<input type="checkbox"/> nativo de Hawai	<input type="checkbox"/> raza blanca
		<input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico	

USO DE OFICINA

Student Name	Enrollment Date	Residence Verified	Birth Verification	Home Language	Initial Language Test Date	Teacher	Room Number
--------------	-----------------	--------------------	--------------------	---------------	----------------------------	---------	-------------

PROGRAMAS ESPECIALIZADOS (use letra de molde)

1. ¿Ha estado anteriormente el alumno en algún programa de educación especial? Sí No

Si es sí, favor de seleccionar apropiadamente lo siguiente:

Programa Especial de Recursos Didácticos (RSP) Clase Especial Diurna (SDC) Dicción 504 Otro _____

¿Se le ha dado permiso de salir de algún Programa de Educación Especial? Sí No

2. ¿Ha estado anteriormente el alumno en algún Programa Especializado? Sí No

Si es sí, favor de seleccionar apropiadamente lo siguiente:

GATE Estudiante del Idioma Inglés Educación para Estudiantes Migratorios Otro _____

HISTORIAL DE SALUD (use letra de molde)

¿Está recibiendo el niño algún tipo de tratamiento médico? No Sí ¿De qué tipo? _____

¿Tiene el niño algún problema con la visión? No Sí

¿Necesita lentes? No Sí

¿Tiene el niño algún problema auditivo? No Sí

Favor de nombrar cualquier discapacidad que tenga el niño: _____

Favor de indicar cualquier medicamento que tome el niño con regularidad: _____

Favor de indicar cualquier alergia que el niño pueda tener: _____

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR LEGAL Y/O DE LA FAMILIA CON QUIEN VIVE EL ESTUDIANTE (use letra de molde)

Seleccione uno: Madre Madrastra Tutora Madre Adoptiva Otro _____ Vive con el estudiante Sí No

Apellido _____ Primer Nombre _____

Ocupación _____ Nombre de la compañía _____

Dirección de residencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Trabajo (____) _____ Teléfono Celular (____) _____

Correo electrónico _____

Nivel de Educación de la madre (Marque el nivel más alto)

No terminó la preparatoria Preparatoria Algo de Universidad

Graduado de Universidad Maestría o Postgrado

Seleccione uno: Padre Padrastro Tutor Padre Adoptivo Otro _____ Vive con el estudiante Sí No

Apellido _____ Primer Nombre _____

Ocupación _____ Nombre de la compañía _____

Dirección de residencia _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono del Trabajo (____) _____ Teléfono Celular (____) _____

Correo electrónico _____

Nivel de Educación del Padre (Marque el nivel más alto)

No terminó la preparatoria Preparatoria Algo de Universidad

Graduado de Universidad Maestría o Postgrado

Otros niños que viven en el hogar

Nombre _____ Edad _____ Escuela _____

Nombre _____ Edad _____ Escuela _____

Nombre _____ Edad _____ Escuela _____

Nombre _____ Edad _____ Escuela _____

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA (que no sean los padres)

Lista de personas que estén autorizadas para recoger al alumno además de sus padres (padrastra, madrastra, abuelos, amistad, etc.) Deben tener 18 años o más.

Nombre	Domicilio Y Ciudad	Teléfono	Parentesco

Médico de Preferencia _____ Teléfono (____) _____ Hospital de Preferencia _____

Compañía de Seguro Médico _____ No. De Grupo _____ No. De Póliza _____

En caso de emergencia médica todos los gastos de paramédicos, transporte, hospitalización, y cualquier examen, radiografía, o tratamiento médico proporcionado, serán la responsabilidad de los padres o del tutor.

Firma de Inscripción

Autorizo la liberación de todos los registros educativos incluidos los registros de educación especial y verifico que la información contenida en este documento es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento.

Firma del Padre/Tutor _____ Nombre (letra de molde) _____ Fecha _____



Secundaria Charter LA's Promise #1

Inscríbese. Cuide Su Salud. Renueve Su Cobertura.
Cobertura de salud durante todo el año

Sus Opciones de Cobertura de Salud

Medi-Cal:

- ▶ Los niños—sin importar su estatus migratorio—niños de crianza, mujeres embarazadas y personas que estén legalmente en el país—incluyendo aquellos que tengan DACA—pueden ser elegibles para Medi-Cal
- ▶ Medi-Cal proporciona vacunas, visitas al doctor de prevención, especialista, oculista y servicios dentales para niños y jóvenes gratis o a bajo costo.
- ▶ Inscripción al programa de Medi-Cal está disponible todo el año.

Covered California:

- ▶ Covered California es donde los residentes legales de California pueden comparar planes de salud de alta calidad y elegir el que les conviene.
- ▶ Dependiendo de los ingresos y el tamaño de la familia, muchos Californianos también podrían calificarán para obtener ayuda financiera.
- ▶ Inscríbese durante la Inscripción Abierta o en cualquier momento durante el año que a tenido un evento calificado de vida, como si perdió su trabajo o tuvo un bebé. Tienen 60 días del evento para inscribirse.

! **Para familias indocumentadas** visiten: www.allinforhealth.org/resources#Undocumented
Su información de inmigración es confidencial, protegida, y segura. Su información no se usará para fines de control de inmigración. Solo se usará para determinar la elegibilidad para cobertura médica.

Usted y su familia podrían calificar para asistencia financiera:

Tamaño de la familia	Si el ingreso familiar en 2016 es menos de...		Si el ingreso familiar en 2016 es entre...
	\$16,394	\$31,600	\$16,395 – \$47,080
1	\$16,394	\$31,600	\$16,395 – \$47,080
2	\$22,107	\$42,613	\$22,108 – \$63,720
3	\$27,820	\$53,625	\$27,821 – \$80,360
4	\$33,534	\$64,638	\$33,535 – \$97,000
5	\$39,247	\$75,650	\$39,248 – \$113,640
6	\$44,960	\$86,662	\$44,961 – \$130,280
▶	Adultos podrían calificar para Medi-Cal	Niños podrían calificar para Medi-Cal	Podrías calificar para asistencia financiera en la compra de un seguro a través de Covered California

Inscríbese.

Tres formas para inscribirse con Medi-Cal y Covered California:

- www.coveredca.com/espanol/
- 1 (800) 300-0213
- Ayuda en persona: www.coveredca.com/espanol/get-help/local/

Cuide Su Salud.

- ▶ Elija su doctor de su red medica.
- ▶ Haga sus citas anuales con su doctor para usted y su familia.
- ▶ Asegúrese de llevar a su hijo(s) al dentista.
- ▶ Si su plan lo requiere, haga su pago mensual.

Renueve Su Cobertura.

- ▶ El seguro de Medi-Cal debe ser renovado cada año. Medi-Cal le enviará por correo su paquete de renovación. Complete y regrese el paquete. Para ayuda, contacte su oficina de Medi-Cal o marque 211.
- ▶ Los planes de salud a través de Covered California se deben renovar cada año. La información para renovar se le enviara a finales de año o contacte a Covered California

Para más información visite:
www.allinforhealth.org
www.asegurate.com

