

Grado al cual se va a registrar \_\_\_\_\_

Nivel del Grado anterior \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR DEL  
CONDADO DE CHARLESTON  
FORMULARIO DE  
REGISTRACIÓN  
GRADOS PRE(K) - 12**

Nombre de Escuela

Año escolar **20 20** - **20 21**

**A. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Apellido legal y sufijos del estudiante		Primer nombre legal del estudiante		Segundo nombre legal del estudiante		Nombre preferido del estudiante	
Fecha	Género <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento	¿El estudiante es Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza: (Seleccionar todas las que apliquen.) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otras Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco			
Dirección Residencial			Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal	
Área de Vecindad		Teléfono del hogar codigo de AREA _____ - _____		Teléfono diurno para llamadas de ausencias codigo de AREA _____ - _____		Teléfono nocturno para llamadas de ausencias codigo de AREA _____ - _____	
Dirección Postal, si es diferente			Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal	
Correo Electrónico Primario			Correo Electrónico Secundario				
¿Es la dirección actual temporera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿El estudiante es un joven sin acompañante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿El estudiante es un menor emancipado? (Si lo es, debe proveer la documentación legal.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿La residencia actual es un hogar de grupo o una facilidad residencial de tratamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si lo es, indique la localización debajo.) Nombre de la Facilidad: _____					¿Es la residencia actual un hogar de crianza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Vive el estudiante fuera del Condado de Charleston, pero posee una propiedad con un valor de \$300 o más en el Condado de Charleston? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si es afirmativo, provea la dirección de la propiedad.) Dirección de la Propiedad: _____							
¿Si su hijo no nació en los Estados Unidos, en cuál ciudad nació el/la estudiante?							
¿En qué fecha comenzó el estudiante la escuela por primera vez en los Estados Unidos?							

**B. INFORMACIÓN FAMILIAR**

**ESTATUS MILITAR DE PADRE/MADRE/APODERADO(S)** (Elige uno)  Ninguno de los padres o apoderados sirven en el servicio militar  
 El padre/madre o apoderado está sirviendo en:  La Guardia Nacional pero no ha desplegado(a)  Las Reservas pero no ha desplegado(a)  La Guardia Nacional pero actualmente está desplegado(a)  Las Reservas pero actualmente está desplegado(a)  En el servicio activo militar pero no ha desplegado(a)  
 En el servicio activo militar pero ha desplegado(a)  Un padre/madre o apoderado murió mientras estaba en servicio activo dentro del último año  
 Un padre/madre o apoderado fue herido mientras estaba en servicio activo dentro del último año

¿Existe algún asunto de custodia sin resolver del cual debemos estar al tanto?  Sí  No (Si lo hay, debe proveer la documentación legal a la escuela)

¿Con quién vive el estudiante?  Ambos padres  Solo Madre  Solo Padre  Madre y padrastro  Padre y madrastra  Trabajadora Social  
 Guardián legal (Si este es, debe proveer documentación legal a la escuela.)  Madre adoptiva  Padre adoptivo  Otro

Nombre Legal del Padre/Guardián #1 (Primer nombre, Inicial, Apellidos & Sufijos)			Relación con el estudiante		
Teléfono del hogar codigo de AREA _____ - _____	Teléfono Celular codigo de AREA _____ - _____	Teléfono diurno codigo de AREA _____ - _____	¿Vive con el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Dirección residencial, si es diferente a la del estudiante		Apt #	Ciudad	Estado	Código Postal
Lugar de trabajo del Padre/Guardián #1			Dirección de trabajo (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		
¿Es el Padre/Guardián un empleado del CCSD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si lo es, provea lo siguiente)			¿Tiene el Padre/Guardián la Custodia del Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Número de Empleado del CCSD _____ Localización de trabajo _____			Recibe el Padre/Guardián correspondencia por correo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE CHARLESTON-FORMULARIO DE REGISTRACIÓN**

Apellido legal y sufijos del estudiante		Primer nombre legal del estudiante		Segundo nombre legal del estudiante		Nombre preferido del estudiante	
Nombre Legal del Padre/Guardián #2 (Primer nombre, Inicial, Apellidos & Sufijos)						Relación con el estudiante	
Teléfono del hogar codigo de AREA _____ - _____		Teléfono Celular codigo de AREA _____ - _____		Teléfono diurno codigo de AREA _____ - _____		¿Vive con el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección residencial, si es diferente a la del estudiante			Apt #	Ciudad		Estado	Código Postal
Lugar de trabajo del Padre/Guardián #2				Dirección de trabajo (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)			
¿Es el Padre/Guardián un empleado del CCSD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si lo es, provea lo siguiente</i> Número de Empleado del CCSD _____ Localización de trabajo _____				¿Tiene el Padre/Guardián la Custodia del Estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Recibe el Padre/Guardián correspondencia por correo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**D. FAMILIARES**

Nombre del Familiar (Primer Nombre, Apellido)	Fecha de nacimiento	Edad	Grado	Escuela
Nombre del Familiar (Primer Nombre, Apellido)	Fecha de nacimiento	Edad	Grado	Escuela
Nombre del Familiar (Primer Nombre, Apellido)	Fecha de nacimiento	Edad	Grado	Escuela

**E. INFORMACIÓN ESCOLAR**

Escuela Anterior:  Escuela del CCSD  Escuela en Casa  Escuela Privada  Programa Pre-escolar privado  Otra escuela pública  Otra  Desconocida

Nombre de la Escuela Anterior: \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado: \_\_\_\_\_

¿El estudiante ha repetido algún grado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si es así, Grado(s) repetido(s) _____</i> ¿El estudiante ha sido expulsado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si es así, Grado(s) expulsado _____</i> ¿El estudiante asistió al Jardín de Infancia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si el estudiante tiene un IEP, favor de especificar las áreas de discapacidad: <i>(Marcar todas las que apliquen.)</i> <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Impedimento Ortopédico <input type="checkbox"/> Sordoceguera <input type="checkbox"/> Otro impedimento de salud <input type="checkbox"/> Sordera <input type="checkbox"/> Discapacidad específica de aprendizaje <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo <input type="checkbox"/> Trastorno del habla o lenguaje <input type="checkbox"/> Trastorno Emocional <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática <input type="checkbox"/> Impedimento Auditivo <input type="checkbox"/> Impedimento Visual <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual <input type="checkbox"/> Otra (favor de especificar) _____ <input type="checkbox"/> Discapacidades Múltiples _____
El estudiante tiene alguna de las siguientes designaciones: <i>(Marcar todas las que apliquen.)</i> <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Superdotado/Talentoso <input type="checkbox"/> ESOL <input type="checkbox"/> Migrante <input type="checkbox"/> Estudiante transferido	
¿Tiene el estudiante un plan individual del Programa de Educación Especial (IEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>(Si es así, especifique el acomodo instruccional.)</i> <input type="checkbox"/> Educación General <input type="checkbox"/> Clase Separada <input type="checkbox"/> Escuela Separada <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Está la transportación enlistada como uno de los servicios requeridos por el Programa de Educación Individualizada IEP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**F. INFORMACIÓN DE TRANSPORTACIÓN**

¿Cómo llegará el estudiante a la escuela en la mañana?  Autobús AM  Autobús AM & PM  POV (en carro)  Cuido de niños proveerá  Autobús PM  Caminando  Bicicleta

¿Cómo llegará el estudiante a la escuela en la tarde?  Autobús AM  Autobús AM & PM  POV (en carro)  Cuido de niños proveerá  Autobús PM  Caminando  Bicicleta

**G. FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN**

**AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, YO ESTOY CERTIFICANDO QUE TODA LA INFORMACIÓN ESCRITA EN ESTE FORMULARIO ES ACTUALIZADA Y COMPLETA.**

Firma del Padre/Guardián	Fecha
--------------------------	-------

**PARA EL USO EXCLUSIVO DE LA ADMINISTRACIÓN**

Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Registro de Vacunas de SC <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Guardián Legal/Papeles de custodia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fuera de zona <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
No Residente <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Propietario en Co Chas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Moviéndose al Distrito de Chas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuotas requeridas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
P/G: Foto de identificación ID <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Declaración Jurada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Verificación de Residencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Verificación de Correo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otro representante del hogar: Declaración notariada <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Verificación de Residencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Verificación de Correo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Documentos Requeridos:	Documentos Recividos:	REVISADO CON P/G:	NOTIFICADO:
Expediente Acumulativo Revisado:	Profesor Asignado:	Identificación lengua nativa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Profesor SPED <input type="checkbox"/> Coordinador 504
Fecha de Matrícula:	Número de Autobús:	Información Escolar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Profesor G/T <input type="checkbox"/> ESOL
			<input type="checkbox"/> Programas Federales

DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE CHARLESTON  
**MATRICULACIÓN PARA PRE-JARDÍN  
DE INFANCIA (PK)**  
RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA NIÑEZ TEMPRANA

Este formulario debe ser completado junto con el Formulario de Inscripción del Distrito Escolar del Condado de Charleston por los estudiantes que se inscriben en Pre-jardín de infancia.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela para matricularse \_\_\_\_\_ Año escolar 20 \_\_\_\_ - 20 \_\_\_\_

El peso al nacer de mi hijo(a) era inferior a 5.5 libras (marque uno):  Sí  No

El año pasado, el cuidado de mi hijo(a) fue proporcionado por un proveedor de cuidado infantil **informal** (marque uno):

Desconocido  Pariente  Sin Parentesco

El año pasado, el siguiente proveedor **público** proporcionó el cuidado de mi hijo(a) (marque una):

(Consulte las Definiciones de proveedores de cuidado infantil (públicos) en el reverso de este formulario.)

Desconocido  Head Start  Pre-jardín de infancia (Pre-K)

Mi hijo(a) asistió al programa (marque uno):  día completo  día parcial  desconocido

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_

El año pasado, el siguiente proveedor **privado** proporcionó el cuidado de mi hijo(a):  Sí  No

(Consulte las Definiciones de proveedores de cuidado infantil (privados) en el reverso de este formulario.)

Mi hijo(a) asistió al programa (marque uno):  día completo  día parcial  desconocido

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_

La atención médica de mi hijo(a) generalmente es proporcionada por (marque una):

Clínica de salud gratuita  Médico de familia  
 Sala de emergencias  Otro

Mi hijo(a) tiene la siguiente discapacidad (marque una, si corresponde):

Discapacidad emocional  Discapacidad física  Otra  
 Discapacidad de aprendizaje  Discapacidad del habla

El nivel educativo más alto de la madre / tutora de mi hijo(a) es (marque uno):

Título asociado  Diploma de equivalencia general  Maestría  Doctorado  
 Licenciatura  Bachillerato  Sin diploma de escuela secundaria

Indique los años de educación formal de la madre / tutora (entre 1 y 30): \_\_\_\_\_

¿Se dio servicio a su hijo(a) en Head Start en algún momento?:  Sí  No

Indique el rango de ingresos familiares:

0-10,000  10,001- 20,000  20,001-30,000  30,001-40,000  40,001-50,000  50,001-60,000  60,001 or above

Indique los años de alfabetización familiar:  1  2  3  4 o más  Ninguno

Indique los servicios de alfabetización familiar:  Ambos padres  Padre  Tutor (o abuelo(a))  Madre  Nadie

**Al firmar este formulario, certifico que toda la información escrita en este formulario es precisa y completa.**

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/ tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## DEFINICIONES DE CUIDADO DE DÍA COMPLETO Y DE DÍA PARCIAL

**Día Completo** – Un programa de día completo es aquel en el que los estudiantes asisten durante 6.5 horas o más al día.

**Día Parcial** – Un programa de día parcial es aquel en el que los estudiantes asisten por menos de 6.5 horas al día.

## DEFINICIONES DE PROVEEDORES DE CUIDADO INFANTIL PÚBLICOS

**Head Start** – Un programa del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. que brinda servicios integrales de educación, salud, nutrición y participación de los padres en la primera infancia a niños de bajos ingresos y sus familias. Localice su Head Start local:

<https://www.benefits.gov/benefits/benefit-details/1938>

**Programa de pre-jardín de infantes en una escuela pública** – Un programa apropiado para el desarrollo financiado por el estado, el distrito o el gobierno federal para niños de 4 años en una escuela pública que se adhiere a las mejores prácticas, utilizando un plan de estudios y una evaluación basados en la investigación que deben cumplir con las pautas federales y / o del distrito.

**Desconocido** – No se requiere explicación.

## DEFINICIONES DE PROVEEDORES DE CUIDADO INFANTIL PRIVADOS<sup>1</sup>

**Centros de cuidado infantil militares** – Centros de cuidado de niños en el puesto que ofrecen servicios de cuidado de niños de día completo, parcial o por hora a familias militares que deben estar registrados con DSS. Localice sus centros militares de cuidado infantil locales:

<http://www.militaryonesource.mil/military-child-care-programs>

**Centros religiosos registrados** – Cuidado religioso para 13 o más niños que están patrocinados por una organización religiosa que debe estar registrada con DSS. Localice a sus proveedores locales de fe registrados: <http://www.scchildcare.org/>

**Hogar familiar registrado** – Un hogar familiar que brinda atención a hasta 6 niños en cualquier momento dentro del hogar del proveedor de cuidado infantil que mantiene un registro o licencia si una persona brinda atención a más de una familia de niños no relacionada de manera regular (más de cuatro horas al día o más de dos días a la semana). Localice a sus proveedores locales de hogares familiares registrados: <http://www.scchildcare.org/>

**Proveedor de grupo hogar registrada** – Un grupo hogar brinda atención a 7 a 12 niños en el hogar del proveedor de cuidado infantil. Pueden cuidar hasta 8 niños sin un cuidador adicional. Para detalles sobre casas de grupo registradas:

<http://www.scchildcare.org/providers/become-licensed/licensing-requirements/licensed-group-child-care-home.aspx>

**Proveedor exento** – Un proveedor de cuidado infantil que opera menos de 4 horas al día o menos de 2 días a la semana o que cuida a niños de solo 1 familia con la que no tiene parentesco. Las licencias de cuidado infantil de DSS no inspecciona y solo supervisa porque son voluntarios para ABC Quality. Para detalles sobre proveedores exentos: <http://scchildcare.org/providers/become-licensed/licensing-exemptions.aspx>

**Primeros Pasos (CERDEP/CDEP)** – Un programa educativo privado, financiado por el estado, basado en los ingresos y apropiado para el desarrollo, que se adhiere a las mejores prácticas, utilizando un plan de estudios y una evaluación basados en la investigación que deben cumplir con las normas de DSS y las Directrices del SCDE. Está alojado en un centro privado de cuidado infantil registrado. Póngase en contacto con su Primeros Pasos locales:

<https://scfirststeps.org/who-we-are/local-partnerships/>

<sup>1</sup>En el formulario de registro, no tiene que proporcionar el tipo específico de cuidado infantil privado; Estos ejemplos se enumeran como referencia.

## DEFINICIONES DE CUIDADO INFANTIL INFORMAL

**Pariente: cuidado infantil informal** – Cuidado no regulado o autorizado brindado por un pariente que no está sujeto a regulaciones o pautas formales.

**Sin parentesco: cuidado infantil informal** – Cuidado no regulada o autorizada brindada por otro cuidador (sin parentesco) que no está sujeta a regulaciones o pautas formales.



## Encuesta sobre Lengua Materna (HLS)

El Título VI, Procedimientos de cumplimiento con las lenguas minoritarias, de la Ley de Derechos Civiles de 1964, exige que los distritos escolares y las escuelas autónomas determinen las lenguas que se hablan en el hogar de cada estudiante para identificar sus necesidades lingüísticas específicas. Esta información es esencial para que las escuelas brinden instrucción significativa para todos los estudiantes, como se indica en Plyler v. Doe, 457 U.S. 202 (1982).

El propósito de esta encuesta es determinar la lengua principal o materna del estudiante. Esta encuesta se entrega a todos los estudiantes inscritos en el distrito escolar/escuela autónoma. La HLS se administra una sola vez, luego de la inscripción inicial en Carolina del Sur, y debe permanecer en el registro permanente del estudiante.

Si se registra una lengua que no es el inglés en CUALQUIERA de las preguntas a continuación, se administrará la evaluación apropiada de identificación a los fines de determinar si el estudiante califica o no para recibir apoyo adicional en el desarrollo de la lengua inglesa.

### Responda las siguientes preguntas:

1. ¿Cuál es la primera lengua que aprendió el **estudiante**? \_\_\_\_\_
2. ¿Qué lenguas habla con más frecuencia el **estudiante**? \_\_\_\_\_
3. ¿Cuál es la **lengua principal que se habla en el hogar**, más allá de la lengua que habla el estudiante? \_\_\_\_\_
- \*4. ¿En qué lengua desea recibir comunicados de la escuela? \_\_\_\_\_

**Nombre del estudiante:** \_\_\_\_\_ **Grado:** \_\_\_\_\_

**Nombre del progenitor/tutor:** \_\_\_\_\_

**Firma del progenitor/tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

Su firma a continuación certifica que usted comprende que si se identificó otra lengua que no es el inglés, se evaluará al estudiante a los fines de determinar si califica para los servicios de desarrollo de la lengua inglesa para ayudarlo a que la hable con fluidez. Si ingresa en el programa de desarrollo de la lengua inglesa, el estudiante tendrá derecho a recibir servicios como aprendizaje de inglés y se lo evaluará anualmente para determinar el dominio que tiene de esa lengua.

### Solo para uso de la escuela:

Personal escolar que administró y explicó la HLS y la ubicación de un estudiante en un programa de desarrollo de la lengua inglesa si se indicó una lengua que no es el inglés.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_