

# Houston Gateway Academy, Inc. Formulario de Reinscripción para el año escolar 2021 - 2022

*\*Por favor complete un formulario por cada niño\**

\* \*

Para más información comuníquese al: (832) 649-2700

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

# de Seguro Social \_\_\_\_\_

Sexo \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

¿Su hijo usará autobús como transporte para llegar a la escuela?  Si  No Si es así, ¿Cuál compañía de autobuses? \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE LOS PADRES

1. Guardián: \_\_\_\_\_

2. Guardián: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

# de tel. celular: \_\_\_\_\_ # de tel. de trabajo: \_\_\_\_\_

# de tel. celular: \_\_\_\_\_ # de tel. de trabajo: \_\_\_\_\_

Idioma Pref:  Inglés  Español

Idioma Pref:  Inglés  Español

Correo electrónico del guardián: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del guardián: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA (Que no sea el padre/guardián)

1. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

2. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

3. Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Número de celular: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DE TODOS LOS HERMANOS

Heranos/Hermanas

Grado

Escuela

Heranos/Hermanas

Grado

Escuela

Al firmar usted como padre reconoce que ha leído y comprendido las pólizas actuales y cualquier póliza actualizada como la Póliza de Asistencia, Formulario de exclusión, la Póliza de Promoción y Retención, La Póliza de Drogas y su Ejecución, y la Póliza de Comportamiento y Disciplina.

La información anterior se requiere para los registros permanentes de la escuela de su hijo y será usada por el personal escolar. Certifico que la información proporcionada es correcta. Autorizo a la escuela en ponerse en contacto con las personas nombradas en esta forma para proporcionar el tratamiento necesario a mi hijo en caso de una emergencia. En el evento en el que los padres y las otras personas nombradas no sean contactadas, los funcionarios escolares están autorizados a tomar cualquier acción que sea necesaria a su juicio para la salud del niño anteriormente nombrado. No haré al distrito escolar financieramente responsable por la atención de emergencia y/o transporte.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* \*

## Formulario de Información Socioeconómica 2021-2022.

Nombre del Estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Número de Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

**Houston Gateway Academy, Inc.** está obligada a recoger y reportar la situación socioeconómica de cada estudiante a la Agencia de Educación de Texas para los propósitos de rendimiento de calificaciones y para reportes federales. Tenga en cuenta que este formulario no se envía a la Agencia de Educación de Texas y que los niveles de ingresos indicados para su familia no son reportados a la Agencia de Educación de Texas. Sólo el estado de escasos recursos económicos de cada estudiante según lo determinado por la información proporcionada es reportado a la Agencia de Educación de Texas.

### **SECCION A**

¿Recibe Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP)?  Si  No

¿Usted recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)?  Si  No

Si su respuesta es SÍ a cualquiera de las preguntas anteriores, omita la SECCION B y continúe a la sección C.

### **SECCION B (Complete sólo si todas las respuestas en la SECCION A son NO)**

¿Cuántas personas viven en el hogar? (Incluir todos los adultos y niños) \_\_\_\_\_

Total de ingresos **anuales** antes de deducciones de todas las personas que viven en el hogar. \$ \_\_\_\_\_

Incluya sueldos, salarios, pagos de asistencia social, manutención de hijos, pensión alimenticia, Seguridad Social, indemnización laboral, desempleo y todas las otras fuentes de ingresos (**antes de todo tipo de deducciones**)

### **SECCION C (marque una de las dos casillas siguientes, según corresponda y firme abajo).**

En conformidad con lo dispuesto en la Protección de los Derechos del Alumno (PPRA) no se exigirá a ningún estudiante, como parte de cualquier programa financiado en su totalidad o en parte por el Departamento de Educación de EE.UU., para someterse a una encuesta, análisis o evaluación que revela la información relativa a los ingresos (que no sea la requerida por la ley para determinar la elegibilidad para participar en un programa o para recibir asistencia financiera bajo dicho programa), sin el consentimiento previo por escrito del estudiante adulto, padre o tutor legal.

Yo certifico que toda la información éste formulario es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales y será clasificada sobre la base de la información que proporcione.

Yo Decido no proporcionar esta información. Yo entiendo que los fondos federales de la escuela puede verse afectado por mi decisión.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Guardián

\_\_\_\_\_  
Fecha

En conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividades realizadas o financiadas por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el **Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA**, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.