



Expanded Learning Opportunities Program (ELOP)

After School Education and Safety (ASES)

Math & Reading Academy

Año del formulario de registro: 2026-2027

ELIGE UN PROGRAMA
(MARCA TODOS LOS QUE CORRESPONDAN)

ELOP

ASES

ACADEMIA DE LECTURA/MATEMÁTICAS

ENRIQUECIMIENTO (Clubes, Deportes, Banda, etc)

STEAM

TUTORÍA

ELIGE UN SITIO

ROSAMOND ELEMENTARY

WESTPARK ELEMENTARY

TROPICO MIDDLE

¿Necesita transporte?

Sí No

INTERSESIÓN (SI APL)

CAER (nov 23-25)

INVIERNO (ene 4-8)

PRIMAVERA (Mar 29-mar 31)

¿Su hijo/a recibe servicios de educación especial (SPED)?

Sí No

IMPORTANTE: Se deberá completar una solicitud por cada niño de la familia.

APELLIDO DEL ESTUDIANTE:	NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	SEGUNDO NOMBRE DEL ESTUDIANTE:
FECHA DE NACIMIENTO:	¿EN QUÉ GRADO ESTÁ TU ALUMNO ESTE AÑO?	
	TK K 1 2 3 4 5 6 7 8	
DIRECCIÓN DE CASA:	NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA/CELULAR:	
NOMBRE DE LA MADRE/CUSTODIO:	DIRECCIÓN SI ES DIFERENTE:	
LUGAR DE EMPLEO:	NÚMERO DE TELÉFONO DE EMPLEO:	
NOMBRE DE EL PADRE/CUSTODIO:	DIRECCIÓN SI ES DIFERENTE:	
LUGAR DE EMPLEO:	NÚMERO DE TELÉFONO DE EMPLEO:	
HERMANOS:	GRADO:	ESCUELOA:
1. _____		
2. _____		
NUMEROS DE CONTACTO EMERGENCIA		
<small>SOLO LA GENTE ENUMERADO PUEDE COGER A SU HIJO/A</small>		
NOMBRE DE CONTACTO:	NÚMERO DE TELÉFONO:	RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE:
1. _____		
2. _____		
CUESTIONES DE CUSTODIA: ¿EXISTEN ASUNTOS DE CUSTODIA QUE EL ELOP DEBERIA CONOCER?		
<small>NOTEN: POR LA LEY, UNA ESCUELA NO PUEDE NEGAR QUE UN ESTUDIANTE SALGA CON UN PADRE O MADRE A MENOS QUE LAS ORDENES DE LA CORTE ESTEN EN LOS ARCHIVOS DE LA OFICINA ESCOLAR.</small>		

OFFICE USE ONLY

DAYTIME TEACHER:

ROOM#:

STUDENT/PARENT CONTRACT:

FIELD TRIP PERMISSION:

ALLERGIES:

WALKER:

INFORMACION MEDICA

¿TIENE SEGURO MÉDICO? SI _____ NO _____ MEDICAL: SI _____ NO _____

NOMBRE DE SEGURO MÉDICO: _____

NOMBRE DE DOCTOR FAMILIAR: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN MÉDICA: _____

¿SU HIJO TIENE ALGUNA DE LAS SIGUIENTES?

ASTHMA SI NO

DIABETES SI NO

ENFERMEDAD DEL CORAZON SI NO

PROBLEMAS DE OIR SI NO

GAFAS O LENTES DE CONTACTO SI NO

INTOLERANCIA AL GLUTEN O DIETA ESPECIAL SI NO

¿SU HIJO TIENE ALERGIAS? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR EXPLIQUE: _____

¿TIENE SU HIJO ALGUN PROBLEMA ESPECIAL O GRAVE DE SALUD QUE DEBEMOS TENER EN CUENTA? SI NO

EN CASO AFIRMATIVO, POR FAVOR EXPLIQUE: _____

NOTA: ELOP NO ESTA AUTHORIZADO PARA DISPERSAR MEDICACION. SI UN NINO REQUIERE MEDICACION DURANTE LAS HORAS ELOP, SERA LA RESPONSABILIDAD DEL PADRE/TUTOR. EL PERSONAL DEL ELOP SOLO PROPORCIONARA LA ATENCION MEDICA COMO DAR JABON, AGUA, HIELO Y VENDAS.

EN CASO DE UNA EMERGENCIA: EN CASO DE UNA EMERGENCIA EN CUAL EL ELOP NO PUEDA COMUNICARSE, YO (PADRE/TUTOR) DOY AUTORIZACION AL PROGRAMA POR ADELANTADO PARA QUE MI HIJO SEA TRASLADADO AL CENTRO DE EMERGENCIAS MAS CERCANO PARA RECIBIR TRATAMIENTO O ATENCION.

FRIMA DEL PADRE/CUSTODIO:

FECHA:

MI HIJO TIENE MI PERMISO PARA CAMINAR A CASA DEL ELOP SI _____ NO _____

MI HIJO REQUIERE TRANSPORTE SI _____ NO _____

LEÍ TODA LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO Y ENTIENDO COMPLETAMENTE SU CONTENIDO.

FIRMA DEL PADRE/CUSTODIO:

FECHA:

OFFICE USE ONLY

DAYTIME TEACHER:

ROOM#:

STUDENT/PARENT CONTRACT:

FIELD TRIP PERMISSION:

ALLERGIES:

WALKER:

ACUERDO DEL ESTUDIANTE

POR FAVOR, REVISE ESTO CON SU HIJO/A. LE PEDIMOS QUE TANTO USTED COMO SU HIJO/A FIRMEN CON SUS INICIALES EN EL ESPACIO JUNTO A CADA DECLARACIÓN. LAS INICIALES VERIFICARÁN QUE USTED Y SU HIJO/A HAN REVISADO, ENTENDIDO Y ACEPTAN TODAS LAS DECLARACIONES.

1. He leído y estoy de acuerdo con la Sección de Disciplina. _____ (Initials)
2. Trataré a todos los miembros del personal y estudiantes de ELOP con respeto. _____ (Initials)
3. Me respetaré a mí mismo. _____ (Initials)
4. Respetaré el medio ambiente y la propiedad del Distrito Escolar Unificado del Sur de Kern. _____ (Initials)
5. NO golpearé, abofetearé, daré puñetazos, patearé, pellizcaré ni faltaré el respeto físico de ninguna otra persona durante ELOP. _____ (Initials)
6. Si tengo un problema con un miembro del personal de ELOP, haré todo lo posible para hablar sobre el problema y encontrar una solución. _____ (Initials)
7. Seguiré las instrucciones que me ha dado el personal de ELOP. _____ (Initials)
8. Utilizaré un lenguaje apropiado. _____ (Initials)
9. Seré honesto. _____ (Initials)
10. Si un miembro del personal me habla, escucharé lo que tenga que decir. _____ (Initials)
11. Haré todo lo posible para ser un miembro positivo de ELOP. _____ (Initials)

FIRMA DEL PADRE/TUTOR:	FIRMA DEL ESTUDIANTE:	FECHA:
------------------------	-----------------------	--------

ACUERDO DE PADRES

Por favor, complete todas las áreas y devuélvalas al Coordinador de ELOP.

1. Acepto que he leído, comprendido y acepto cumplir las políticas de SKUSD ELOP como se establece en el Manual del Estudiante. _____ (Initials)
2. Entiendo que mi hijo/a puede ser suspendido/o expulsado/a del programa por mala conducta grave o crónica. El personal me notificará y me entregará copias de la documentación escrita sobre los incidentes que ocurran. También entiendo que mi hijo/a y yo podemos ser citados/as a una reunión con el coordinador/a escolar o el director/a de la escuela para discutir posibles soluciones a situaciones persistentes. _____ (Initials)
3. También entiendo que se espera que todos los participantes, incluidos aquellos autorizados a recoger a los estudiantes, sean respetuosos con todo el personal y/o otros padres. _____ (Initials)
4. Entiendo que todos los niños DEBEN ser registrados diariamente por un adulto autorizado que porte una identificación con foto válida. Además, entiendo que la(s) persona(s) a quien(es) autorice(n) a recoger a mi hijo(a) DEBE(N) tener al menos dieciocho (18) años. _____ (Initials)
5. Entiendo que cualquier artículo perdido o robado es responsabilidad de mi hijo y no del personal de ELOP. _____ (Initials)
6. Entiendo que es responsabilidad de mi hijo/a llegar a la ELOP después de la hora de salida de la escuela. Si mi hijo/a no se presenta a la hora indicada y se descubre que está deambulando sin permiso de los maestros, el personal o yo, estará sujeto/a a medidas disciplinarias. _____ (Initials)
7. Entiendo que el ELOP termina a las 6:00 p. m. todos los días. Entiendo que recoger tarde a un niño resultará en una multa por niño a partir de las 6:05 p. m., según lo estipulado en el Manual del Estudiante del ELOP. Además, entiendo que los niños que no firmen su salida antes de las 6:30 p. m. serán entregados al Departamento del Sheriff del Condado de Kern. _____ (Initials)
8. Yo, el abajo firmante, en consideración a la participación en el programa mencionado anteriormente, acepto indemnizar y eximir de responsabilidad al Distrito Escolar Unificado del Sur de Kern, y liberar al distrito y a sus empleados y agentes de toda responsabilidad por cualquier lesión o pérdida que pueda sufrir la persona nombrada a continuación que surja de o esté de alguna manera relacionada con la participación en el programa mencionado anteriormente. _____ (Initials)

Entiendo los siguientes elementos enumerados anteriormente y acepto estas condiciones.		

NOMBRE DEL ESTUDIANTE		

NOMBRE DEL PADRE	FIRMA DE LOS PADRES	FECHA

OFFICE USE ONLY

DAYTIME TEACHER:

ROOM#:

STUDENT/PARENT CONTRACT:

FIELD TRIP PERMISSION:

ALLERGIES:

WALKER:

RECOPIACION DE DATOS SOBRE INGRESOS DEL HOGAR

SOUTHERN KERN UNIFIED SCHOOL DISTRICT 26/27

PARTE I: COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN PARA UN ESTUDIANTE QUE VIVE EN SU HOGAR								
APELLIDO	NOMBRE DE PILA	FECHA DE NACIMIENTO	CALIFICACIÓN	ELOP		BUS TRANSPORTATION		CÓDIGO DEL SALÓN ESCOLAR
				Si	No	Si	No	
				Si	No	Si	No	
				Si	No	Si	No	
				Si	No	Si	No	
				Si	No	Si	No	

PARTE II: COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN SOBRE EL TAMAÑO DEL HOGAR Y LOS INGRESOS DEL HOGAR

Consulte información adicional al reverso de este formulario para obtener ayuda para determinar el tamaño de su hogar y el ingreso familiar anual.

1. Marque con un círculo el número total de adultos y niños que viven en su hogar.

1
 2
 3
 4
 5
 6
 7
 8
 9
 10
 Other__

2. Ingreso familiar anual total: \$ _____

PARTE III: INFORMACIÓN Y FIRMA DEL PADRE O TUTOR

Certifico (prometo) que la información de este formulario es veraz y que incluí todos los ingresos. Entiendo que la escuela podría recibir fondos estatales y federales con base en la información que proporciono y que dicha información podría estar sujeta a revisión.

Firma del miembro adulto del hogar que completa este formulario Nombre impreso del miembro adulto del hogar que completa este formulario _____ Fecha

Número de teléfono de casa Número de teléfono celular Dirección de correo electrónico

La información presentada en este formulario es un registro educativo confidencial y, por lo tanto, está protegida por todas las leyes de privacidad estatales y federales pertinentes que pertenecen a los registros educativos, incluidas, entre otras, la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de 1974 (FERPA), según sus modificaciones (20 U.S.C. § 1232g; 34 CFR Parte 99); Título 2, División 4, Parte 27, Capítulo 6.5 del Código de Educación de California, a partir de la Sección 49060 y siguientes; la Ley de Prácticas de Información de California (Código Civil de California, Sección 1798 y siguientes) y el Artículo 1, Sección 1 de la Constitución de California.

OFFICE USE ONLY

DAYTIME TEACHER:

ROOM#:

STUDENT/PARENT CONTRACT:

FIELD TRIP PERMISSION:

ALLERGIES:

WALKER:

1. ¿A quién debo incluir en "Tamaño del hogar"?

- Debe incluirse a sí mismo y a todas las personas que viven en su hogar, sean familiares o no (por ejemplo, hijos, abuelos, otros familiares o amigos) que compartan ingresos y gastos. Si vive con otras personas económicamente independientes (por ejemplo, que no compartan ingresos con sus hijos y que paguen una parte prorrateada de los gastos), no las incluya.

2. ¿Qué se incluye en el "Ingreso Total del Hogar"? El ingreso total del hogar incluye todo lo siguiente:

- Ingresos brutos del trabajo: Use sus ingresos brutos, no su sueldo neto. Los ingresos brutos son la cantidad ganada antes de impuestos y otras deducciones. Puede encontrar esta información en su recibo de sueldo o, si no está seguro, su supervisor puede proporcionársela. Los ingresos netos solo deben declararse para negocios propios, granjas o ingresos por alquiler.
- Bienestar, manutención infantil, pensión alimenticia: incluya la cantidad que cada persona que vive en su hogar recibe de estas fuentes, incluido cualquier monto recibido de CalWORKS
- Pensiones, jubilación, seguridad social, ingreso de seguridad suplementario (SSI), beneficios para veteranos (beneficios del VA) y beneficios por discapacidad: incluya la cantidad que cada persona que vive en su hogar recibe de estas fuentes.
- Otros ingresos: Incluya la compensación laboral, las prestaciones por desempleo o huelga, las contribuciones regulares de personas que no viven en su hogar y cualquier otro ingreso recibido. No incluya los ingresos de CalFresh, WIC, prestaciones federales de educación ni pagos de acogida recibidos por su hogar.
- Subsidios de Vivienda Militar y Paga de Combate: Incluye subsidios de vivienda fuera de la base. No incluye la Iniciativa de Vivienda Privatizada Militar ni la paga de combate.
- Pago de horas extras: incluya el pago de horas extras SÓLO si lo recibe regularmente.

3. ¿Cómo declaro los ingresos del hogar por los pagos recibidos de forma mensual, semestral, quincenal y semanal?

- Determine cada fuente de ingresos del hogar con base en las definiciones anteriores. Los hogares que reciben ingresos en diferentes intervalos de tiempo deben anualizar sus ingresos de la siguiente manera:
 - I. Si recibe ingresos mensuales, multiplique el total por 12.
 - II. Si recibe ingresos dos veces al mes, multiplique el total por 24.
 - III. Si recibe ingresos quincenales, multiplique el total por 26.
 - IV. Si recibe ingresos semanales, multiplique el total por 52.
- Sume todos los salarios anualizados para determinar el ingreso familiar anual total ingresado en la Parte II, 2

Si sus ingresos cambian, incluya el sueldo/salario que recibe regularmente. Por ejemplo, si normalmente gana \$1,000 al mes, pero faltó al trabajo el mes pasado y ganó \$900, indique que ganó \$1,000 al mes. Incluya el pago de horas extras solo si lo recibe regularmente. Si perdió su trabajo o le redujeron las horas o el sueldo, indique cero o su ingreso reducido actual.

Para obtener más información sobre el tamaño y los ingresos del hogar, consulte el Manual de Elegibilidad para Comidas Escolares en la página web del Departamento de Agricultura y Recursos Naturales de EE. UU.: <http://www.fns.usda.gov/cnd/guidance/default.htm>.

OFFICE USE ONLY

DAYTIME TEACHER:

ROOM#:

STUDENT/PARENT CONTRACT:

FIELD TRIP PERMISSION:

ALLERGIES:

WALKER: