

EMERGENCY STUDENT DATA FORM

School No./Name _____ I.D. Number _____ Grade _____ Section _____

Student's Last Name _____ APP _____ First Name _____ Middle Name _____

Address _____

Main contact phone number to be used for emergencies and automated messaging: _____

| | | |
|--|---------------------------|---------------------------|
| Registering Parent/Guardian's Name _____ | Relation _____ | Place of Employment _____ |
| Telephone _____ | Cell Phone _____ | Email _____ |
| Non-Registering Parent/Guardian's Name _____ | | |
| Relation _____ | Place of Employment _____ | |
| Telephone _____ | Cell Phone _____ | Email _____ |

Is either parent in the Military? Y _____ N _____ Branch _____

Kindergarten Only: Was the child in pre-school or child care? Yes _____ No _____

Was the full cost paid by you? Yes _____ No _____ What type? Headstart _____ ESE _____ Migrant _____ Other _____ Unknown _____

EMERGENCY CONTACT INFORMATION: I authorize the school district to provide or secure any emergency care for my child. It is the parent's legal responsibility to assume medical and transportation expenses for your child. In the event that parents of child cannot be reached, provide contact information below of two persons, by order of priority.

| | | | |
|---------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------|
| (Name) _____ | (Relation to Student) _____ | (Address) _____ | (Phone at Work) _____ |
| (Name) _____ | (Relation to Student) _____ | (Address) _____ | (Phone at Work) _____ |
| Family Doctor _____ | Phone _____ | Preference of Hospital _____ | Phone _____ |

Student health/allergy data which should be known in an emergency: _____

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF STUDENTS FROM SCHOOL: Please provide the names of persons authorized or not authorized to take your child from school during the school day. Note that persons listed as emergency contacts are not authorized to pick up your child, unless listed in this section.

Authorized: _____

Authorized: _____

Not Authorized: _____

Not Authorized: _____

IT IS THE PARENT'S RESPONSIBILITY to inform the school in person of any changes in the information listed on this form. Under penalties of perjury, I declare that I have read the foregoing (document) and that the facts stated in it are true.

Date: _____ Printed Registering Parent/Guardian's Name _____

Registering Parent/Guardian's Signature _____

Parents/guardians have the right to review the professional qualifications of their child's classroom teachers(s) including the licensing status, degree major, graduate degree(s) and the field of certification. This "right to know", available from your child's school, includes whether your child is receiving services provided by paraprofessionals and, if so, their qualifications.

Whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his/her official duty shall be guilty of a misdemeanor of the second degree under Fla. Stat. §837.06, or whoever makes a false verified declaration is guilty of the crime of perjury, a felony of the third degree, under Fla. Stat. §92.525, which are punishable as provided in Fla. Stat., §§775.082, 775.083, and 775.084.

The Emergency Student Data Form governs early release withdrawal of the student. The registering parent/guardian must sign/verify this form and is responsible for providing truthful and accurate information. If the student's parents are divorced or separated, the enrolling parent is responsible for providing information that is consistent with the most recent court order governing such matters as divorce, separation or custody.

FORMULARIO DE DATOS DEL ESTUDIANTE PARA UTILIZAR DURANTE EMERGENCIAS

| | | | |
|--|--|--|--|
| Número/Nombre de la Escuela _____ | | Número de Identificación _____ | |
| Grado _____ Sección _____ | | | |
| Apellido del estudiante _____ APP _____ | | Nombre propio _____ Segundo nombre _____ | |
| Dirección _____ | | | |
| Número de contacto telefónico principal que ha de ser utilizado en casos de emergencia y mensajes automáticos: _____ | | | |
| Nombre del padre de familia / tutor que matricula _____ | | Parentesco _____ Lugar de empleo _____ | |
| Teléfono _____ Teléfono celular _____ | | Correo electrónico _____ | |
| Nombre del padre de familia / tutor que no matricula _____ | | Parentesco _____ Lugar de empleo _____ | |
| Teléfono _____ Teléfono Celular _____ | | Correo electrónico _____ | |

¿Está alguno de los padres en las fuerzas armadas? Sí No Rama _____

Sólo para estudiantes del Kindergarten: ¿Asistió el niño a una escuela preescolar o a una guardería? Sí No

¿Pagó usted todos los gastos? Sí No ¿Qué programa? Head Start ESE Migratorio Otro Lo desconozco

INFORMACION DE CONTACTOS DE EMERGENCIA: Autorizo al distrito escolar a proporcionar o asegurar cualquier cuidado de emergencia necesario para mi hijo/a. Es la responsabilidad legal de los padres asumir los gastos médicos y de transporte proporcionados a su hijo. En el caso de que no se pudiese localizar a ninguno de los padres del niño por favor, proporcione información de contacto de dos personas, por orden de prioridad, en los espacios que aparecen a continuación:

| | | | |
|--------------------------|------------------|-------------------------------|----------------------------|
| (Nombre) _____ | Parentesco _____ | (Dirección) _____ | Teléfono del trabajo _____ |
| (Nombre) _____ | Parentesco _____ | (Dirección) _____ | Teléfono del trabajo _____ |
| Doctor de cabecera _____ | Teléfono _____ | Preferencia de hospital _____ | Teléfono _____ |

Informe acerca de la salud/alergias del estudiante que tienen que ser conocidas en caso de emergencia: _____

PERMISO PARA QUE EL ESTUDIANTE SALGA DE LA ESCUELA: Por favor, proporcione los nombres de las personas que están autorizadas o que no están autorizadas para recoger a su hijo durante la jornada escolar. Tome en cuenta que las personas que aparecen como contactos de emergencia, no están autorizadas para recoger a sus hijos, si sus nombres no aparecen en la lista que se encuentra a continuación:

Autorizados: _____

Autorizados: _____

No autorizados: _____

No autorizados: _____

ES LA RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES informar personalmente a la escuela de cualquier cambio respecto a la información que se encuentra en este formulario. Declaro bajo pena de perjurio, que he leído lo anterior en este [documento] y que la información que ahí aparece es verdadera.

Fecha: _____ Nombre del padre de familia / tutor que matricula en letra de molde: _____

Firma del padre de familia / tutor que matricula: _____

Los padres de familia/tutores tienen el derecho de revisar las cualificaciones profesionales de los maestros de sus hijos, incluyendo el estatus de la licencia, la especialidad, maestría, títulos postgrado y el campo de la certificación. La información respecto a este "derecho a saber", está disponible en la escuela de sus hijos, que incluye si sus hijos están recibiendo servicios prestados por los ayudantes de maestro y de ser así, sus cualificaciones.

El que a sabiendas hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el ejercicio de sus funciones oficiales será culpable de un delito menor de segundo grado según el Estatuto de la Florida § 837.06, o quien hace una declaración que se verifica que es falsa es culpable del delito de perjurio, un delito grave de tercer grado, según el Estatuto de la Florida § 92.525, punible conforme a lo dispuesto en los Estatutos de la Florida, §§ 775.082, 775.083 y 775.084.

El Formulario de Datos del Estudiante Para Utilizar Durante Emergencias, rige quién ha de recoger al estudiante de la escuela. El padre de familia / tutor que matricula el estudiante, verificar este formulario y es responsable de proporcionar información verdadera y precisa. Si los padres del estudiante están divorciados o separados, el padre que tiene el cuidado del estudiante, es responsable de proporcionar información que sea consistente con la orden judicial más reciente que gobierna asuntos tales como custodia, visitas, custodia judicial custodia.



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
HOME LANGUAGE SURVEY

To Be Completed By Parent or Guardian

Student I.D. No. _____

Student Name _____
Last First Middle

Date of Birth _____ / _____ / _____ Grade _____ Parent Language _____ Student Language _____
Month Day Year

Date Entered U.S. School: _____ / _____ / _____ Ethnic (Check all that apply) Race: White Black Asian
Month Day Year Hispanic _____ (Y/N) American Indian Native Pacific Islander

If the answer is "YES" to any of these questions, the student must be tested for English proficiency.

1. Is a language other than English used in the home? Yes No
2. Did the student have a first language other than English? Yes No
3. Does the student most frequently speak a language other than English? Yes No

School _____ Date _____ Parent/Guardian Signature _____

ESCUELAS PUBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE
ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR

Debe ser completado por el/la padre/madre o tutor/a

No. De I.D. _____

Nombre del Estudiante _____
Apellido Nombre Inicial

Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____ Grado _____ Lengua Paterna _____ Idioma del Estudiante _____
Mes Día Año

Fecha de Entrada a la Escuela de los Estados Unidos: _____ / _____ / _____ Origen Etnico (Marque todo lo pertinente) Raza: Blanco Negro
Mes Día Año Asiático Indígena de los EEUU Oriundo de las Islas del Pacífico

Si responde "Si" a alguna de estas preguntas, el estudiante debe tomar un examen para saber cual es su conocimiento del Inglés.

1. ¿Usan en su casa algún otro idioma que no sea el Inglés? Sí No
2. ¿Tuvo el estudiante una lengua materna distinta al Inglés? Sí No
3. ¿Habla el estudiante frecuentemente otro idioma que no sea el Inglés? Sí No

Escuela _____ Fecha _____ Firma del Padre/Madre _____

MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
SONDAJ SOU KI LANG TIMOUN NAN PALE

Pou paran oubyen moun ki responsab timoun nan ranpli

No. I.D. Elèv La _____

Non Elèv la _____
Non fanmi Non

Dat Fèt li _____ / _____ / _____ Klas _____ Lang paran Yo _____ Lang Elèv La _____
Mwa Jou Ane

Dat ou Antre U.S. Lekòl: _____ / _____ / _____ Etnisite (Tcheke tout sa ki aplike) Ras: Blan Nwa Azyatik
Mwa Jou Ane Espayòl _____ (W/N) Amriken Endyen Natif Il Pasifik

Si repons lan se "WI" pou nenpòt nan kesyon anba yo, elèv la dwe pran yon tès Anglè.

1. Eske yo sèvi ak yon lang ki pa Anglè lakay li? Wi Non
2. Eske elèv la te genyen yon premye lang anvan Anglè? Wi Non
3. Eske elèv la abitye pale yon lang ki pa Anglè? Wi Non

Lekòl _____ Dat _____ Siyatil Paran _____



2024-2025 School-level Title I Parent and Family Engagement Survey

School Name: Robert Russa Moton Elementary **Date:** 08/28/2024 **Loc. #:** 3541

| Parent or Family Member's Name | Telephone Number | Email Address |
|--------------------------------|------------------|---------------|
| | | |

Directions: Please complete the 2024-2025 School-level Title I Parent and Family Engagement Survey to assist our school with the implementation of the Title I Schoolwide Program by identifying the interests and needs of your family. The results of this survey will also be utilized to help in the development of the Title I School-level Parent and Family Engagement Plan (PFEP), and future parent and family engagement activities, events, and workshops.

1. From the list below, please identify the topic(s) that you would like to receive additional information on:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> How to access resources for parents | <input type="checkbox"/> Information about the Title I District Advisory Council (DAC) and Parent Advisory Council (PAC) |
| <input type="checkbox"/> How to become a school volunteer | <input type="checkbox"/> Florida State Standards and Testing Requirements |
| <input type="checkbox"/> How to join PFEP Review Meetings | <input type="checkbox"/> The Title I Schoolwide Program |
| <input type="checkbox"/> How to join the PTA/PTSA | <input type="checkbox"/> Services for Students with Special Needs |
| <input type="checkbox"/> How to work with my child at home | <input type="checkbox"/> Other: _____ |
| <input type="checkbox"/> How to request tutorial services for my child | |
| <input type="checkbox"/> The Parent Portal | |

2. What type of workshops would you like our school to present in order to best assist you in helping your child?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Academic Motivation | <input type="checkbox"/> Cyber Bullying | <input type="checkbox"/> Nutrition |
| <input type="checkbox"/> Academic Requirements | <input type="checkbox"/> Distance Learning | <input type="checkbox"/> Parenting Strategies |
| <input type="checkbox"/> Anti-Bullying | <input type="checkbox"/> Drug Awareness | <input type="checkbox"/> Test-Taking Strategies |
| <input type="checkbox"/> Balancing my child's continuous use of technology with more physically engaging activities | <input type="checkbox"/> Improving Math Skills | <input type="checkbox"/> Raising Responsible Children |
| <input type="checkbox"/> Basic Computer Skills | <input type="checkbox"/> Improving Reading Skills | <input type="checkbox"/> Virtual Meetings |
| <input type="checkbox"/> Building Self-Esteem | <input type="checkbox"/> Improving Science Skills | |
| | <input type="checkbox"/> Internet Safety | |
| | <input type="checkbox"/> Learning Disabilities and Special Education | |
| | <input type="checkbox"/> Mental Health | |

3. What is the most convenient time for you to attend our school activities and workshops?

- Mornings Afternoons Evenings Virtual Meetings

4. Do you have the capability to attend workshops/meetings virtually via Zoom? Yes No

5. Do you require any special assistance during our school activities and workshops (e.g., language interpreter, handicap access/parking, Sign Language interpreter, etc.)?

Yes _____ (please specify) No

6. What suggestions do you have to assist with the redesigning of services, activities, and effectiveness of the school? List suggestion(s) below:

Thank you for taking the time to complete this survey.



2024-2025 Encuesta de recinto escolar para la participación de padres y familias del Título I

Nombre de la escuela: Robert Russa Moton Elementary **Fecha:** _____ **# de Loc.:** 3541

| Nombre del padre o miembro de la familia | Número de teléfono | Dirección de correo electrónico |
|--|--------------------|---------------------------------|
| | | |

Instrucciones: Por favor complete la Encuesta de recinto escolar para la participación de padres y familias del Título I para el curso 2024-2025 con el fin de ayudar a nuestra escuela con la implementación del Programa Escolar del Título I identificando los intereses y necesidades de su familia. Los resultados de este estudio se podrían utilizar para ayudar con el desarrollo del Plan de Participación de Padres y Familias (PFEP) del Título I del recinto escolar, y asimismo para programar actividades futuras para padres y familiares, además de eventos y talleres.

1. De la lista a continuación, identifique los temas sobre los que le gustaría recibir información adicional:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cómo acceder a recursos para padres <input type="checkbox"/> Cómo hacerse voluntario de la escuela <input type="checkbox"/> Cómo participar en las reuniones de revisión del PFEP <input type="checkbox"/> Cómo hacerse miembro de la PTA/ PTSA <input type="checkbox"/> Cómo trabajar con mi hijo en casa. <input type="checkbox"/> Cómo solicitar servicios de tutoría para mi hijo <input type="checkbox"/> El Portal para Padres (The Parent Portal) | <input type="checkbox"/> Información sobre el Consejo de Asesoría del Distrito del Título I (DAC) y el Consejo Asesor de Padres (PAC) <input type="checkbox"/> Requisitos para los estándares y exámenes del estado de Florida <input type="checkbox"/> El programa del Título I para toda la escuela <input type="checkbox"/> Servicios para estudiantes con necesidades especiales <input type="checkbox"/> Otro: |
|---|---|

2. ¿Qué tipo de talleres le gustaría que presentara nuestra escuela para asistirlo a la hora de ayudar a su hijo?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Motivación académica <input type="checkbox"/> Requisitos académicos <input type="checkbox"/> Lucha contra el acoso escolar <input type="checkbox"/> Equilibrar el uso de la tecnología de mi hijo con actividades físicas <input type="checkbox"/> Destrezas de computación básica <input type="checkbox"/> Construyendo la Autoestima | <input type="checkbox"/> El acoso cibernético <input type="checkbox"/> Aprendizaje a distancia <input type="checkbox"/> Concienciación sobre las drogas <input type="checkbox"/> Mejora de destrezas Matemáticas <input type="checkbox"/> Mejorar las habilidades de lectura <input type="checkbox"/> Mejora de destrezas de Ciencias <input type="checkbox"/> Seguridad en Internet <input type="checkbox"/> Discapacidades de aprendizaje y Educación Especial <input type="checkbox"/> Salud mental | <input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/> Estrategias de crianza para padres <input type="checkbox"/> Estrategias para tomar exámenes <input type="checkbox"/> Criar hijos responsables <input type="checkbox"/> Reuniones virtuales |
|--|--|--|

3. ¿Cuál es el momento más conveniente para asistir a las actividades y talleres de nuestra escuela?

- Mañanas
 Tardes
 Noches
 Reuniones virtuales

4. ¿Tiene la capacidad de asistir a talleres / reuniones virtualmente a través de Zoom? Sí No

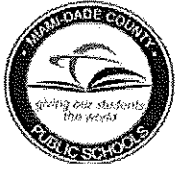
5. ¿Necesita asistencia especial durante nuestras actividades y talleres escolares (por ejemplo, intérprete de idiomas, acceso / estacionamiento para discapacitados, intérprete de lenguaje de señas, etc.)?

Sí _____ (especificar) No

6. ¿Qué sugerencias tiene para ayudar con el rediseño de los servicios, las actividades y la eficacia de la escuela?

Enumere las sugerencias a continuación:

Muchas gracias por tomarse el tiempo para completar esta encuesta.



**Miami-Dade County Public Schools
Department of Title I Administration
Title I Migrant Education Program
Migrant Program Student Eligibility Survey
(Occupational Survey – Florida Department of Education)**



The purpose of this questionnaire is to help determine the eligibility of supplemental services for students and families under The Education of Migratory Children, Title I, Part C Program of The Elementary and Secondary Education Act (ESEA).

PARENT/GUARDIAN(S): PLEASE COMPLETE SECTIONS I, II, AND III, AS APPLICABLE AND SUBMIT THE COMPLETED MIGRANT STUDENT ELIGIBILITY SURVEY TO YOUR CHILD'S SCHOOL REGISTRAR.

SECTION I: Please check each box that applies to you and any family member(s) living in the same household as your child (student).

1) In the past three years (36 months), has your child moved to/from another city, state, and/or country? YES NO

If "YES" is selected, please answer question 2, and complete Sections II and III below.

If "NO" is selected, only complete Section II below.

2) In the last three years (36 months), have you or anyone in your family crossed state or county lines for the purpose of working in one of the following occupations, either full-time or part-time?

Commercial fishing industry (fresh/salt water, crabbing, shrimping, and/or clamming)

Nursery industry (planting, potting, and/or pruning)

Dairy industry (feeding, milking, and/or rounding up)

Planting or harvesting of trees industry

Farming industry (plowing, planting, cultivating, harvesting, and/or processing farm crops)

Poultry industry

Fish farm and/or processing fish products industry

Seasonal and/or temporary work in any of the preceding industries

SECTION II: Please enter the information of the child (student) living in your household.

| Student First & Last Name | Student ID # | Date of Birth | Grade | School Name |
|---------------------------|--------------|---------------|-------|-------------|
| | | | | |

SECTION III: Please provide the parent/guardian contact information.

| Current Address | City | Zip Code |
|-----------------|------|----------|
| | | |

| Parent/Guardian Name | Parent/Guardian Telephone # | Parent/Guardian Email Address |
|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| | | |
| | | |

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

FOR SCHOOL USE ONLY

The School Registrar should complete this section and submit the completed survey to the Title I Migrant Education Program, Location # 9431, by utilizing one of the methods indicated at the bottom of this form.

| School Registrar/Contact Name | School Name and Location # | School Telephone # |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------|
| | | |

U.S. Postal Address: 28205 SW 124th Court, Building F, Room F019, Homestead, Florida 33033
M-DCPS School Mail: Location #9431 • **Fax:** 305-258-3840 • **Email:** migrantprogram@dadeschools.net

For questions regarding completion and submission of this survey, please call the Title I Migrant Office at 305-258-4115.





Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade
Departamento de Administración del Título I
Programa de Educación del Título I para Migrantes



Encuesta de Elegibilidad de los Estudiantes del Programa para Migrantes
(Encuesta Ocupacional – Departamento de Educación de Florida)

El propósito de este cuestionario es ayudar a determinar la elegibilidad de los servicios suplementarios para los estudiantes y las familias bajo el Programa del Título I, Parte C, La Educación de los Niños Migrantes, de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (*Elementary and Secondary Education Act, ESEA*).

PADRES DE FAMILIA/TUTOR(ES): POR FAVOR COMPLETEN LAS SECCIONES I, II Y III, SEGÚN CORRESPONDA Y ENVÍE LA ENCUESTA DE ELEGIBILIDAD PARA ESTUDIANTES MIGRANTES COMPLETADA AL REGISTRADOR DE LA ESCUELA DE SU HIJO.

SECCIÓN I: Por favor, marque cada casilla que aplique a usted y a cualquier miembro de la familia que viva en el mismo hogar que su hijo (estudiante).

1. En los últimos tres años (36 meses), ¿su hijo/a se ha mudado a/desde otra ciudad, estado y/o país? SÍ NO
Si la respuesta es "SÍ", responda a la pregunta 2 y complete las Secciones II y III que figuran a continuación.
Si se selecciona "NO", solo complete la Sección II a continuación.

2. En los últimos tres años (36 meses), ¿usted o alguien de su familia ha cruzado las fronteras estatales o del condado con el propósito de trabajar en una de las siguientes ocupaciones, ya sea a tiempo completo o parcial?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Industria pesquera comercial (agua dulce/salada, captura de cangrejos, camarones y/o almejas) | <input type="checkbox"/> Industria de viveros (plantación, enmacetado y/o poda) |
| <input type="checkbox"/> Industria láctea (alimentación, ordeño y/o arreo) | <input type="checkbox"/> Industria de plantación o cosecha de árboles |
| <input type="checkbox"/> Industria agrícola (arar, plantar, cultivar, cosechar y/o procesar cultivos agrícolas) | <input type="checkbox"/> Industria avícola |
| <input type="checkbox"/> Acuicultura y/o industria de procesamiento de productos pesqueros | <input type="checkbox"/> Trabajo estacional y/o temporal en cualquiera de las industrias anteriores |

SECCIÓN II: Ingrese la información del niño/a (estudiante) que vive en su hogar

| Nombre y apellido del estudiante | # ID del estudiante | Fecha de nacimiento | Grado | Nombre de la escuela |
|----------------------------------|---------------------|---------------------|-------|----------------------|
| | | | | |

SECCIÓN III: Proporcione la información de contacto de los padres de familia/Tutor

| Dirección actual | Ciudad | Código postal |
|------------------|--------|---------------|
| | | |

| Nombre del padre de familia/Tutor | Teléfono del padre de familia/Tutor | Dirección de correo electrónico del padre de familia/Tutor |
|-----------------------------------|-------------------------------------|--|
| | | |

Firma del padre de familia/Tutor _____ Fecha: _____

FOR SCHOOL USE ONLY

The School Registrar should complete this section and submit the completed survey to the Title I Migrant Education Program, Location # 9431, by utilizing one of the methods indicated at the bottom of this form.

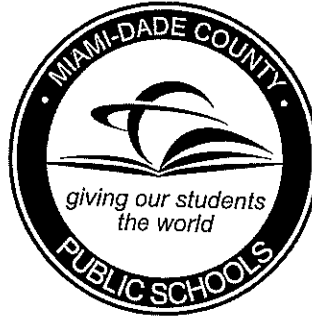
| School Registrar/Contact Name | School Name and Location # | School Telephone # |
|-------------------------------|----------------------------|--------------------|
| | | |

U.S. Postal Address: 28205 SW 124th Court, Building F, Room F019, Homestead, Florida 33033
M-DCPS School Mail: Location #9431 • Fax: 305-258-3840 • Email: migrantprogram@dadeschools.net

For questions regarding completion and submission of this survey, please call the Title I Migrant Office at 305-258-4115.



Ms. Reva A. Vangates
Administrative Director
305-883-5323



INTERNATIONAL STUDENT PLACEMENT ADVISORS
Grethel L. Curbelo (M-1 Visas/Adult Ed.) 305-883-5323 Ext. 2503
Dr. Maria Elena Paradelá (F-1 / J-1 Visas) 305-883-5323 Ext. 2501
Michael J. Pérez 305-883-5323 Ext. 2502

ISM COVER SHEET

To: Federal and State Compliance Office
Foreign Records /
Student Visa Department

Sending School Name:

ISM # _____

Date:

Contact Person (from the sending school):

Student's Name:

School Phone Number/Extension:

Date of Birth:

School Fax Number:

Total No. of Pages Including Cover:

School Records presented are from what Country?

New Registration/ID number:

Yes **No** **ID#** _____

Records are from:

Original

Copy

Fax

Prior ISM Number: _____

Placement of student:

_____ grade by age

_____ grade by record(s)

_____ Recommended grade placement for the 20__ - 20__ school year

FM 6008 (Temporary Placement Form) was used at the time of registration: **Yes** **No**



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

DISCLOSURE AT TIME OF REGISTRATION

Chapter 1006.07 (1)(b), requires that any student seeking admission to a public school in the State of Florida will provide the following information at the time of initial registration:

1) Has the student ever been expelled from any school, in or out of the State of Florida?

YES NO

If your answer to question 1 is "YES", please list each and every instance for which the student was expelled.

2) Please state whether the student has ever been arrested where the arrest resulted in the student being formally charged. If your answer is "YES", please list each and every arrest which resulted in a formal charge.

3) Please state whether the student has ever been involved as a party in a case before the Juvenile Justice System? If so, state each action taken by the Juvenile Justice System which involved the student.

4) Please state whether the student has any corresponding referrals to mental health services related to your answers to Questions 1, 2 and 3. If yes, please list them.

Student's Name _____ ID. # _____

(Please Print)

Ethnic _____ (Check all that apply) Race: White Black Asian
Hispanic _____ (Y/N) American Indian Native Pacific Islander

Date of Birth _____ Parent's/Guardian's Name _____

Address _____

Signature (Parent/Guardian) _____

Signature (Student) _____ Date Signed _____

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE

TRANSPARENCIA AL MOMENTO DE LA MATRÍCULA

El Capítulo 1006.07 (1)(b) requiere que cualquier estudiante que busca ingresar a una escuela pública en el Estado de la Florida proporcionará la siguiente información al momento de la matrícula inicial:

1) ¿Ha sido expulsado el estudiante de alguna escuela, dentro o fuera del Estado de la Florida?

SÍ NO

Si su respuesta para la Pregunta 1 es "SÍ", favor de enumerar cada instancia por la cual fue expulsado el estudiante.

2) Favor de declarar si el estudiante ha sido detenido y si el arresto consecuentemente resultó en una acusación formal. Si su respuesta es "SÍ", favor de enumerar cada arresto que resultó en una acusación formal.

3) Favor de declarar si el estudiante se ha involucrado como sujeto en un caso ante el Sistema Judicial Juvenil. De ser así, declare cada acción tomada por el Sistema Judicial Juvenil que involucró al estudiante.

4) Favor de declarar si el estudiante tiene alguna referencia correspondiente para servicios de salud mental, según sus respuestas a las Preguntas 1, 2 y 3. De ser así, favor de enumerarlas.

Nombre del estudiante _____ ID. # _____

(Favor de escribir en letra de molde)

Etnicidad _____ (Marque todo el que aplique)
Hispana _____ (S/N)
Raza: Blanca Negra Asiática
Indígena americana Isleña del Pacífico

Fecha de nacimiento _____ Nombre del padre de familia / tutor _____

Dirección postal _____

Firma (padre de familia / tutor) _____

Firma (estudiante) _____ Fecha de firma _____



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS STATEMENT OF BONAFIDE RESIDENCE

Important Information

In accordance with School Board Rule (Policy 5112) students in the regular school program (K-12) are assigned to attend school based on the actual residence of the parent and the attendance area of the school as approved by the School Board. It is the responsibility of the parent(s) to provide proper documentation to verify their residence. Parents may choose a different school through a variety of choice programs or through the transfer process. Additional information on Schools of Choice may be found at <http://choice.dadeschools.net>.

To Be Completed By Parent:

I _____, reside at _____
(Parent) (Address)
_____ with my children, _____
(City) (Name of Child/Children)

Verification

Under penalties of perjury, I declare that I have read the foregoing Statement of Bonafide Residence and that the facts stated in it are true. I agree to notify the School District within 10 days in writing of any future changes in residence or living arrangements of this (these) child(ren). I certify that the above information is true and correct, and I understand that this information may be verified.



(Signature of Parent)

(Date)

Florida Statute §837.06 provides that whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his official duty shall be guilty of a misdemeanor of the second degree. Florida Statute §92.525 provides that whoever knowingly makes a false verified declaration is guilty of the crime of perjury, a felony of the third degree.

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE DECLARACIÓN DE RESIDENCIA EN BUENA FE

Información importante

De acuerdo con la Regla de la Junta Escolar (Política 5112) los estudiantes en el programa regular de escuela (K-12) se asignan a las escuelas de acuerdo a la residencia actual del padre y las zonas de asistencia escolar según lo aprobado por la Junta Escolar. Es la responsabilidad de los padres de ofrecer la documentación necesaria para verificar la residencia. Los padres pueden escoger una escuela diferente mediante una variedad de diferentes programas de selección o con el proceso de traslado. Para información adicional sobre escuelas de selección, visitar la página web: <http://choice.dadeschools.net>.

El padre debe completar:

Yo, _____, vivo en _____
(Padre) (Dirección)
_____ con mis hijos, _____
(Ciudad) (Nombre del hijo/de los hijos)

Verificación

Declaro, bajo pena de perjurio, que he leído la anterior declaración de Residencia en Buena Fe y que la información declarada en este formulario es verdadera. Estoy de acuerdo en notificar al distrito escolar dentro de un periodo de 10 días por escrito de cualquier cambio de vivienda o arreglos de residencia de este o estos niños. Certifico que esta información es verdadera y correcta y comprendo que esta información puede ser verificada.

(Firma del padre)

(Fecha)

El Estatuto de la Florida 837.06 provee que si alguien con conocimiento hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un trabajador público en el oficio de sus obligaciones, será culpable de un crimen en menor cuantía de segundo grado. El Estatuto de la Florida 92.525 provee que cualquier persona que con conocimiento hace una declaración falsa es culpable del crimen de perjurio, una felonía en el tercer grado.



**MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
MEDIA RELEASE PARENTAL CONSENT FORM**

(Date)

Dear Parent:

Please be advised that during the year your child may be photographed, videotaped, or interviewed at various school sponsored events. With your consent, the photograph, video or interview may be reproduced and released for use in the media, i.e., newspapers, brochures, videos, television, the internet, and Miami-Dade County Public Schools websites and social media platforms such as Facebook, Twitter, etc.

Please indicate your preference below.

(Student's Name)

(Student's ID)

Yes.

My child's photograph/video/interview **may** be reproduced and released for use in the media.

No.

My child's photograph/video/interview **may not** be reproduced and released for use in the media.

(Signature)

(Date)

Return this signed form to:

CONTACT PERSON: _____

SCHOOL NAME: _____

SCHOOL TELEPHONE: _____



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE
FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PATERNO A LOS MEDIOS DE
COMUNICACIÓN

_____ (Fecha)

Estimado/a padre/madre o tutor/a:

Por la presente le advertimos que durante el curso escolar, posiblemente a su niño/a se le tome una fotografía, se le haga una grabación de video o se le entreviste en diversos eventos auspiciados por la escuela. Con su consentimiento, se podrá reproducir y publicar la fotografía, vídeo o entrevista para ser entregada a los medios de comunicación, p. ej., periódicos, folletos, videos, televisión, o para su uso a través de la internet y de las páginas web de las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade y en plataformas de medios sociales como *Facebook*, *Twitter*, etc.

Por favor, indique su preferencia a continuación.

_____ (Nombre del estudiante)

_____ (Número de identificación del estudiante)



Sí.

La fotografía/video/entrevista de mi hijo/hija **puede** ser reproducida y publicada para ser utilizada por los medios de comunicación.



No.

La fotografía/video/entrevista de mi hijo/hija **no puede** ser reproducida ni publicada para ser utilizada por los medios de comunicación.

_____ (Firma)

_____ (Fecha)

Devuelva este formulario a:

PERSONA DE CONTACTO: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

TELÉFONO DE LA ESCUELA: _____



Miami-Dade County Public Schools
 Department of Title I Administration
 Project UP-START Program



2024-2025 Project UP-START Student Eligibility Questionnaire

This questionnaire is intended to help determine eligibility of services under the federal McKinney-Vento Act. Florida Statute 837.06 provides that whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his official duty shall be guilty of a misdemeanor of the second degree.

Project UP-START Services are confidential and this form is not to be shared with outside agencies.

▼ QUESTION 1: WHAT IS YOUR FAMILY CURRENT NIGHTTIME RESIDENCE? (SELECT ONE OPTION)

- Shelter (A) Sharing the home of others/
 Doubled-up (B) Car/Park/Trailer/Substandard Housing (e.g., no water,
 no electricity, mold infestation) [D] Own home*
 Hotel/Motel/Airbnb (E) Rent home*

*If you select Rent Home/Own Home, please go to Question #7.

▼ QUESTION 2: WHAT IS THE REASON YOUR FAMILY DOES NOT HAVE A PERMANENT NIGHTTIME RESIDENCE? (SELECT ONE OPTION)

- Pandemic (P) Hurricane (H) Flooding (F) Lack of affordable housing/eviction, domestic
 violence, mental illness, unemployment, etc. (N) Parent/Caregiver is Incarcerated
 Man-Made
 Disaster (D) Mortgage Foreclosure (M) Tropical Storm (S) Tornado (T) Wildfire (W) Unknown (U)

▼ QUESTION 3: WHO IS/ARE THE STUDENT(S) FOR WHOM YOU ARE COMPLETING THIS FORM?

| Student First & Last Name | Student ID Number | Date of Birth | Grade Level | School Name/Location # |
|---------------------------|-------------------|---------------|-------------|------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

▼ QUESTION 4: ARE YOU SEEKING SUPPORT SERVICES FOR YOUR CHILD AT THIS TIME? (SERVICES ARE ONLY APPLICABLE TO ELIGIBLE FAMILIES)

- Yes, I am requesting services at this time.* No, I am not requesting services at this time.

*If "Yes" is selected, your child's school will contact you to obtain information about the specific service(s) that you are seeking for your child.

Attention School Staff: Please submit a Referral for Services (FM-7404) and/or Transportation Request (FM-7405) if the family is requesting services.

▼ QUESTION 5 AND 6: TO BE COMPLETED BY UNACCOMPANIED YOUTH ONLY (SELECT ONE OPTION)*

- 5) Are you living alone without an adult? 6) Are you living alone with an adult that is NOT a parent/guardian?

Caregiver's Name: Date:

Unaccompanied Youth Signature: Phone Number:

*Please ask your caregiver to complete the Caregiver's Authorization Form (FM-7402), and submit it with this form.

▼ QUESTION 7: WHAT IS YOUR ADDRESS/CONTACT INFORMATION?

Current Address: Length of time at Current Address:

Former Address: Phone Number:

Parent's Name: Parent/Guardian Signature: Date:

FOR SCHOOL/AGENCY USE ONLY

School/Agency Name : Location # :

School Contact Name : Position :

Contact Number/Ext : Email Address :

Please fax the completed forms to 305 579-0370, or via email at projectupstart@dadeschools.net or send forms to the respective location site, to the attention of Project UP-START: South - Loc #7021; Central - Loc #8005, & North - Loc #9571.



Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade
 Departamento de la Administración de Título I
 Programa del Proyecto UP-START



2024-2025 Cuestionario de Elegibilidad de Estudiantes del Proyecto UP-START

El propósito del presente cuestionario de elegibilidad estudiantil es el de determinar la elegibilidad para obtener servicios de acuerdo con la Ley McKinney-Vento Act. El Estatuto de la Florida 837.06 provee que si alguien a sabiendas hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el oficio de sus obligaciones, será culpable de un crimen de delito menor cuantía de segundo grado.

Los servicios del Proyecto UP-START son confidenciales y este formulario no se deberá compartir con agencias comunitarias externas.

▼ PREGUNTA 1: ¿CUÁL ES LA RESIDENCIA NOCTURNA ACTUAL DE SU FAMILIA? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- Albergue (A) Comparte vivienda con otras personas (B) Vehículo/Parque/Parque de casas móviles/ Vivienda subestandar (por ejemplo, sin servicio de agua o corriente/ infestada con moho) [D]
 Hotel/Motel/Airbnb (E) Alquila una vivienda* Propietario de su vivienda*

*SI SELECCIONA ALQUILA UNA VIVIENDA O PROPIETARIO DE SU VIVIENDA, SALTE LA PREGUNTA #7.

▼ PREGUNTA 2: ¿POR QUÉ SU FAMILIA NO TIENE UNA RESIDENCIA NOCTURNA PERMANENTE? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- Pandemia (P) Huracán (H) Inundación (F) Falta de vivienda asequible, desalojo, enfermedad mental, desempleo, violencia doméstica (N) El padre / cuidador está encarcelado.
 Catástrofe creada por el hombre (D) Ejecución hipotecaria (M) Tormenta tropical (S) Tornado (T) Incendio forestal (W) Desconocido (U)

▼ PREGUNTA 3: ¿QUIÉNES SON LOS ESTUDIANTES PARA LOS CUALES USTED ESTÁ LLENANDO ESTE FORMULARIO?

| Nombre y Apellido del Estudiante | # ID del Estudiante | Fecha de Nacimiento | Grado | Escuela / # de la Escuela |
|----------------------------------|---------------------|---------------------|-------|---------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

▼ PREGUNTA 4: ¿ESTÁ BUSCANDO SERVICIOS DE APOYO PARA SU HIJO(A) EN ESTE MOMENTO? (LOS SERVICIOS SON APLICABLES SOLAMENTE A FAMILIAS ELEGIBLES)

- Sí, estoy solicitando servicios en este momento.* No, no estoy solicitando servicios en este momento.

*Si selecciona "Sí", la escuela de su hijo(a) se comunicará con usted para obtener información sobre los servicios específicos que usted está buscando para su hijo(a).

Atención al personal de la escuela: envíe una Referencia de servicios (FM-7404) y/o una Solicitud de transporte (FM-7405) si la familia solicita servicios.

▼ PREGUNTAS 5 y 6: LLENAR POR JÓVENES NO ACOMPAÑADOS SOLAMENTE (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- 5) ¿Vives solo sin un adulto? 6) ¿Vives solo con un adulto que NO es padre/tutor legal?

Nombre del cuidador: Fecha:

Firma de estudiante no acompañado:

*Pídale a su cuidador que complete el Formulario de autorización del cuidador (FM-7402), y envíelo con este formulario.

▼ PREGUNTA 7: ¿CUÁL ES SU INFORMACIÓN DE CONTACTO?

Dirección actual: Periodo de tiempo en la dirección actual:
 Dirección anterior: Número de Teléfono:
 Nombre del padre: Firma Padre/Madre/Tutor: Fecha:

FOR SCHOOL/AGENCY USE ONLY

School/Agency Name: Location #:
 School Contact Name: Position:
 Contact Number/Ext: Email Address:

Please fax the completed forms to 305 579-0370, or via email at proiectupstart@dadeschools.net or send forms to the respective location site, to the attention of Project UP-START: South - Loc #7021; Central - Loc #8005, & North - Loc #9571.