



Sumter County Schools

Cuestionario

Este formulario intenta abordar los requisitos de la Ley McKinney-Vento (Título IX, Parte A de "Every Student Succeeds Act"). Las preguntas a continuación le ayudarán a determinar si el estudiante cumple con los criterios de elegibilidad para los servicios previstos en la Ley McKinney-Vento.

¿En dónde se queda el niño durante la noche? (marque un cuadro)

- ☐ En un albergue ☐ En un hotel / motel ☐ En un carro ☐ En un campamento
☐ En otro lugar que no es adecuado para personas (e.j. una construcción abandonada)
☐ Temporalmente con más de una familia en una casa, casa móvil o departamento.
(Compartiendo la misma habitación, pero no por elección. No tendría otro lugar si no compartiese)
☐ Solo
☐ Otro (en algún lugar que no está arreglado, listo, y que no está descrito en las demás opciones)

Por favor describa:

☐ Las opciones antes mencionadas no aplican.

Si marcó este cuadro, **no necesita** completar el resto de esta forma. Entregue al personal de la escuela.

Información del Estudiante

Nombre: _____ Género: ☐ Femenino ☐ Masculino

Escuela a la que asisten: _____ Fecha de nacimiento: _____

Información del Padre/Tutor

Nombre(s): _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ C.P.: _____

Teléfono (Personal o de alguien con quien se pueda contactar): _____

POR FAVOR FIRME A CONTINUACION

Hago constatar que el estudiante antes mencionado no tiene un lugar listo, adecuado o útil para pasar las noches.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

SCHOOL USE ONLY / BUILDING COPY/ PARA USO ESCOLAR UNICAMENTE

Date Received: _____ ☐ Homeless ☐ NOT Homeless

Reporting School: _____

Homeless liaison Signature: _____



Programa de Pre-K de Georgia Número de seguro social del estudiante Formulario de información

Fecha de hoy: _____

El Departamento de Cuidado y Aprendizaje Temprano de Georgia (DECAL) solicita a las familias que proporcionen números de Seguro Social para los niños que asisten a Pre-K. DECAL utiliza los números de seguro social para asegurarse que la información de inscripción sea precisa, para ayudar a prevenir informes fraudulentos de asistencia de los estudiantes y para obtener un identificador único de 10 dígitos (GTID) para su hijo del Departamento de Educación de Georgia. Este número GTID se asociará con su hijo durante el resto de sus años escolares en lugar de su número de seguro social. DECAL no utiliza los números de seguro social para ningún otro propósito. Los Números de Seguro Social no se comparten con ningún otro proveedor o tercero y, por razones de seguridad, están encriptados en nuestra base de datos.

Si bien no se requiere un número de seguro social para asistir al programa de Pre-K de Georgia, es beneficioso para usted y su hijo proporcionar esta información. Si no se proporciona un número de seguro social para un niño, DECAL requiere que especifique una razón a continuación para explicar por qué no se proporciona la información.

Yo, _____, como padre / tutor legal de _____,

No puedo / no estoy dispuesto en este momento a proporcionar a DECAL un Número de Seguro Social porque:

- ☐ Necesito ayuda para obtener un SSN.
- ☐ Necesito ayuda para reemplazar un SSN perdido.
- ☐ Estoy esperando un SSN de reemplazo y lo proporcionaré cuando llegue.
- ☐ Me olvidé de traer el SSN y lo proporcionaré dentro de los 30 días.
- ☐ Elijo no proporcionar el SSN porque _____

Firma del Padre / Tutor

Programas de Pre-K: Guarde este formulario en el archivo del estudiante en lugar de la copia de la tarjeta SS.

Este formulario debe completarse después de que comiencen las clases, no en el momento de la inscripción. **Escriba claramente** el nombre tal como aparece en el certificado de nacimiento

Fecha de hoy (M/D/A):

INFORMACIÓN DEL NIÑO:

Apellido legal:

Sufijo de nombre (Jr, II, III):

Primer nombre legal:

Segundo nombre legal:

Número de seguro social del niño:

Fecha de nacimiento (M/D/A):

Género [] M [] F

Fecha de inscripción en Pre-K (M/D/A):

Si es diferente al acta de nacimiento, el nombre como se llama al estudiante:

INFORMACIÓN DE GUARDIÁN:

APELLIDO LEGAL:

PRIMER NOMBRE Legal:

INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:

RELACIÓN: Madre ☐ Padre ☐ Abuelo(a) ☐ Guardian ☐

1. ¿Es Ud. *Hispano/Latino o de Origen Hispano*, sin importar la raza?

☐ Si ☐ No

Prefiero no contestar ☐

Por favor seleccione **UNA O MÁS** de las siguientes razas independientemente de cómo haya respondido a la pregunta uno. (TODOS deben seleccionar UNA O MÁS de las siguientes razas sin importar cómo hayan contestado la primera pregunta.)

2. Su hijo es:

☐ a. **Blanco:** una persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, Oriente Medio o África del Norte.

☐ b. **Asiático:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el sudeste de Asia o el subcontinente indio, incluidos Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.

☐ c. **Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico:** persona que tiene sus orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

☐ d. **Negro o afroamericano:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África

☐ e. **Indio americano o nativo de Alaska:** una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur, incluida América Central, que mantiene una afiliación tribal o un vínculo comunitario.

☐ f. Prefiero no contestar

3. ¿Cuál es el idioma primario de su hijo(a)?

☐ Inglés
☐ Un idioma diferente al Inglés)

4. ¿Nació tu hijo(a) como:

☐ Un sólo niño (1)
☐ De mellizos (2)
☐ De trillizos (3)
☐ De cuatrillizos (4)
☐ De quintuples (5)

5. ¿Tiene su hijo un Plan de educación individualizado (IEP)?

☐ Si ☐ No

6. ¿Su hijo recibe alguno de los siguientes servicios?

☐ Programa de subsidio de cuidado infantil (CAPS)
☐ Cupones de Alimentos (Food Stamps)
☐ SSI
☐ Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)
☐ Medicaid

7. ¿El centro de prekindergarten proporcionará transporte para su hijo?

☐ Si ☐ No

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN)

Fecha

MANTENIMIENTO DEL NIÑO(A)

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

GUARDIÁN LEGAL DEL NIÑO(A): () AMBOS PADRES () MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

ADEMAS DE LOS FIRMANTES DE ESTE ACUERDO, LAS SIGUIENTES PERSONAS PUEDEN RECOGER A MI NIÑO(A):
NOMBRE DIRECCIÓN RELACIÓN

NOMBRE DEL MÉDICO O DE LA CLÍNICA DEL NIÑO(A) (PROVEEDOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO(A)):

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN MÉDICA:

TELÉFONO: ()

MI NIÑO(A) TIENE LA(S) SIGUIENTE(S) NECESIDAD(ES) ESPECIAL(ES):

MI NIÑO PUEDE NECESITAR LO(S) SIGUIENTE(S) AJUSTES ESPECIALES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES EFECTIVAMENTE MIENTRAS ASISTE A ESTE CENTRO:

MI NIÑO(A) ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S) A LARGO PLAZO Y PARA USO CONTINUO Y/O TIENE LAS SIGUIENTE ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD:

Permiso General

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuida a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): _____

FECHA: _____

Autorización de Fotografía/Videgrabación

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), _____, por medio de la fotografía y/o la videgrabación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videgrabacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videgrabacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presenten en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : _____

Firma (Padre/Guardián) : _____

Fecha : _____

FORMA DE REGISTRO DEL ESTUDIANTE

Escuelas del Condado de Sumter Americus, Georgia

Esta información que usted está a punto de proporcionar es muy importante y debe ser tan exacta como sea posible. Si usted no entiende ninguna sección de esta forma, o no está seguro de qué información debe proporcionar, por favor pregunte a un funcionario de la escuela antes de pasar a la pregunta siguiente.

Apellido del estudiante	Nombre legal del estudiante	Segundo nombre del estudiante	Sobrenombre	
Fecha de nacimiento del estudiante / /		Edad	No. Seguro Social	Género (marque uno) Masculino / Femenino

¿El estudiante es hispano/latino? (Una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, de Sudamérica o Centroamérica u otra cultura de origen española, sin importar la raza.)
No _____ hispano/latino Si _____ hispano/latino

¿Cuál es la raza del estudiante? (Marque toda aquella que aplique)

☐	Indoamericano o nativo de Alaska (Persona que tiene orígenes de la gente nativa de Norte y Sudamérica, incluyendo Centroamérica, y que mantiene afiliación tribal o comunidad.)
☐	Asiático (Persona que tiene orígenes de la gente original del lejano Oriente, Asia Sur-Oriental, o el subcontinente Indio, incluyendo por ejemplo, Camboya, China, la India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)
☐	Afroamericano o negro (Persona que tiene orígenes de cualquier grupos raciales negro o de África.)
☐	Nativo hawaiano u de otra isla del Pacífico (Persona que tiene orígenes de los nativos de Hawái, Guam, Samoa, o de otras islas pacíficas.)
☐	Blanco (Persona que tiene orígenes de la gente original de Europa, Medio Oriente o de África del norte.)

¿El/la estudiante viajará en un autobús escolar? Si _____ No _____

Número de autobús matutino _____ Número de autobús vespertino _____

¿Transporte familiar? Si _____ No _____ ¿Caminante? Si _____ No _____

Información sobre Dirección Principal del Residente

Casa #	Nombre de la calle (incluya las abreviaciones pertinentes)	No. de departamento o lote	
Ciudad	Estado	Código Postal	Número Telefónico de casa

Información de la dirección que envía (si es diferente que la dirección residente)

Casa #	Nombre de la calle (incluya las abreviaciones pertinentes)	Apartamento # o porción #	P.O. Caja
	Ciudad	Estado	Código Postal

Cabeza de familia

(Estos tutores o guardianes son con quiénes vive este estudiante)

Varón Apellido del padre o tutor	Varón Nombre del padre o tutor	Relación con el estudiante
Teléfono casero (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya el código de área)

	Empleador (Trabajo)	Ocupación
--	---------------------	-----------

¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante? ☐ Si ☐ No

¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencias, etc. del estudiante? ☐ Si ☐ No

¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?

Hembra Apellido de la madre o tutora	Hembra Nombre de la madre o tutora	Relación con el estudiante
---	---	----------------------------

Teléfono casero (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya el código de área)
---	--	--

	Empleador (Trabajo)	Ocupación
--	---------------------	-----------

¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante? ☐ Si ☐ No

¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencias, etc. del estudiante? ☐ Si ☐ No

¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?

Estado civil del padre: ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo ☐ Otro (explique)

Custodia legal del estudiante: ☐ Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Orfanato ☐ Otro (explique)

El estudiante vive con: ☐ Ambos padres ☐ Madre ☐ Padre ☐ Orfanato ☐ Otro (explique)

Preferencias primarias sobre Mensajería (comunicación) hacia el hogar

(Marque el recuadro para cada tipo de dispositivo y mensaje que desea recibir)

Idioma de preferencia	Inglés ☐	Español ☐		
	Mensajes de alta prioridad	Mensajes sobre la asistencia escolar	Mensajes sobre el comportamiento	Mensajes en general
Teléfono casero	☐	☐	☐	☐
Teléfono del trabajo	☐	☐	☐	☐
Teléfono celular	☐	☐	☐	☐
Email	☐	☐	☐	☐

Dirección de casa alterna o secundaria

(Responsabilidad Paternal Compartida - Información de Mensajería Alternativa y otra información del padre o tutor)

Varón Apellido del padre o tutor	Varón Nombre del padre o tutor	Relación con el estudiante
Teléfono casero (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya el código de área)

Empleador

Ocupación

¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante? ☐ Si ☐ No

¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencia, etc. del estudiante? ☐ Si ☐ No

¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?

Hembra Apellido de la madre o tutora	Hembra Nombre de la madre o tutora	Relación con el estudiante
Teléfono casero (incluya el código de área)	Teléfono celular (incluya el código de área)	Teléfono del trabajo (incluya código de área)

Empleador

Ocupación

¿Esta persona debe recibir correos de la escuela, emails y llamadas telefónicas sobre este estudiante? ☐ Si ☐ No

¿Esta persona debe tener acceso al programa Portal para ver calificaciones, asistencia, etc. del estudiante? ☐ Si ☐ No

¿En caso de aceptar, cuál es su dirección email?

Preferencias secundarias sobre Mensajería (comunicación) hacia el hogar

(Marque el recuadro para cada tipo de dispositivo y mensaje que desea recibir)

Idioma de preferencia	Inglés ☐	Español ☐		
	Mensajes de prioridad Alta	Mensajes sobre la asistencia escolar	Mensajes sobre el comportamiento	Mensajes en general
Teléfono casero	☐	☐	☐	☐
Teléfono del trabajo	☐	☐	☐	☐
Teléfono de la celular	☐	☐	☐	☐
Email	☐	☐	☐	☐

¿Enliste todos los nombres que debemos saber de personas que no deben tener NINGÚN contacto con este estudiante? Documentación legal de soporte se debe proporcionar a la escuela.

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Nombre: _____ Relación: _____

Información complementaria

Información del lugar de nacimiento:					
País de nacimiento	Ciudad de nacimiento	Estado (provincia) de nacimiento	Condado /municipio de nacimiento		
Primer fecha de ingreso a la escuela en los EE.UU. si no ha nacido en EE.UU.		Fecha de la primera vez en ingresar a 9º grado (Bachillerato/preparatoria)			
Primera lengua aprendida		Idioma hablado regularmente		Idioma hablado en el país de origen	
Última escuela atendida:		¿En qué estado?		Años atendidos:	
Fechas de asistencia:					
¿El estudiante ha recibido adecuaciones 504? ☐ Si ☐ No		¿Si "sí", cuándo?		¿Si "sí", en qué área?	
¿El estudiante ha atendido programas de educación especial? ☐ Si ☐ No		¿Si "sí", cuándo?		¿Si "sí", qué área de educación especial?	
¿El estudiante ha atendido programas sobre habilidad de inglés limitado? ☐ Si ☐ No		¿Si "sí", cuándo?			

Estudiantes que viven en esta casa y asisten a escuelas del Condado de Sumter:

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Género	Escuela	Relación con el estudiante

Contacto de emergencia (con excepción de padre)	Teléfono del contacto de emergencia (incluya el código de área)	Relación con el estudiante

Liste a continuación, la persona (s) a quien (es) usted autoriza recoger a este estudiante de la escuela, en caso de que un padre o tutor no pueda hacerlo.

Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____
Nombre: _____	Relación: _____	Teléfono: _____

Distrito Escolar: _____

Fecha: _____

Encuesta Ocupacional para Padres

Favor de completar este formulario para ayudarnos a determinar si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir servicios suplementarios de parte del Programa de Título I, Parte C

Nombre del/los Estudiante(s)	Nombre de la Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. ¿Alguien en su casa se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Alguien en su casa trabaja o ha trabajado en una de las siguientes ocupaciones de forma permanente o temporaria en los últimos tres años? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es "sí", marque todo trabajo que aplique:

- ☐ 1. Sembrando/Cosechando vegetales (tomates, calabazas, cebollas, etc.) o frutas (uvas, fresas, arándanos, etc.)
- ☐ 2. Sembrando, cortando, procesando árboles, o juntando paja de pino (*pine straw*)
- ☐ 3. Procesando/Empacando productos agrícolas
- ☐ 4. Trabajo en lechería, polleras o ganadería
- ☐ 5. Empacando/Procesando carnes (res, pollo, o mariscos)
- ☐ 6. Trabajos relacionados con la pesca (pesca comercial, o criadero de pescados)
- ☐ 7. Otra actividad. Por favor especifique en cuál: _____

Nombre de los padres o guardianes legales: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¡Muchas Gracias! Por favor regrese éste formulario a la escuela

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school/district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district.

Non-MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, districts should email, always through the DOE's Portal, occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, Rose McKeehan
Phone: 470-763-1137
rmcKeehan@doe.k12.ga.us

GaDOE Region 2 MEP, Pearl Barker
Phone: 470-763-1138
PBarker@doe.k12.ga.us

Family Contacted/Attempt Date: _____

Sent to Regional Office on: _____

1562 Twin Towers East • 205 Jesse Hill Jr. Drive • Atlanta, GA 30334 • www.gadoe.org

Richard Woods, Georgia's School Superintendent

An Equal Opportunity Employer



Encuesta de Georgia sobre el idioma en el hogar

Obligatorio: enero del 2024 | Opcional: enero del 2023 – diciembre del 2023

Aviso para padres/tutores:

Los sistemas escolares de Georgia están obligados a¹ recopilar sus respuestas a² las preguntas en relación con el idioma preferido para la comunicación escolar y sobre la lengua materna o que se habla en el hogar del/de la niño/a. La información de la primera pregunta se utiliza para identificar su necesidad de un intérprete o documentos traducidos. La información de las tres preguntas de la encuesta sobre el idioma en el hogar (*En inglés: Home Language Survey*) y la información adicional nos ayuda a determinar si es necesario evaluar el nivel de dominio del inglés de su hijo/a. El proceso de evaluación identificará si el/la niño/a reúne los requisitos para el término de aprendiz de inglés y recibir servicios en nuestro programa educativo de enseñanza de inglés.

Objetivo de las preguntas	Preguntas y respuestas de los padres y tutores
Preferencias de comunicación Esta pregunta ayuda a la escuela a proporcionarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo, si lo desea. Esta pregunta es solo con fines informativos. No se utiliza para identificar a su hijo/a para una prueba del dominio del inglés.	Idioma de comunicación de los padres y tutores (Favor de contestar.) • ¿En qué idioma prefiere recibir la comunicación escolar? _____
Identificación de posibles aprendices de inglés Estas tres preguntas ayudan a las escuelas a identificar si su hijo/a debe ser evaluado/a para determinar la elegibilidad para participar en el programa educativo de enseñanza del idioma. Cuando la respuesta a cualquiera de estas preguntas sea un idioma distinto del inglés, las escuelas pueden verse obligadas a evaluar el nivel de dominio del inglés de su hijo/a. Si responde en más de un idioma, la escuela necesitará más información antes de tomar esta decisión.	Encuesta sobre el idioma en el hogar (Favor de contestar.) 1. ¿Qué idioma entiende y habla <u>mejor</u> su hijo/a? _____ 2. ¿Qué idioma utiliza su hijo/a con <u>mayor</u> frecuencia en el hogar? _____ 3. ¿Qué idioma utilizan con <u>mayor</u> frecuencia los adultos en su hogar al hablar con el/la niño/a? _____
Información adicional para familias multilingües Si indicó que su hijo/a y otras personas adultas en su hogar <u>entienden y utilizan el inglés y otro(s) idioma(s)</u> , las escuelas le solicitarán que proporcione más información para decidir si se debe evaluar el dominio del inglés de su hijo/a. Si responde que su hijo/a entiende y utiliza el inglés con mayor frecuencia que el idioma que se habla en el hogar, o que su hijo/a entiende y utiliza tanto el inglés como el idioma que se habla en el hogar por igual, la escuela no evaluará el dominio del inglés de su hijo/a.	Información adicional para familias multilingües. (Elija <u>solo una frase</u> que mejor describa el idioma principal de su hijo/a.) ☐ Mi hijo/a solo entiende y utiliza el idioma que se habla en el hogar, no el inglés. ☐ Mi hijo/a entiende y utiliza principalmente el idioma que se habla en el hogar y un poco de inglés. ☐ Mi hijo/a entiende y utiliza el idioma que se habla en el hogar y el inglés por igual. ☐ Mi hijo/a entiende y utiliza principalmente el inglés y solo un poco del idioma que se habla en el hogar. ☐ Mi hijo/a entiende y utiliza solo el inglés.

¹ Departamento de Justicia de EE. UU., División de Derechos Civiles, y Departamento de Educación de EE. UU., Oficina de Derechos Civiles, 7 de enero de 2015. Carta Estimados Colegas (*Dear Colleague Letter*). *Aprendices de inglés y padres con dominio limitado del inglés*, p. 10.

² La encuesta del idioma que se habla en el hogar debe realizarse a los estudiantes que se matriculan por primera vez en las escuelas públicas de EE. UU.