



\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Last Name                      First Name                      Middle                      Date of Birth                      Grade                      Teacher

**Health/Emergency Information**

**Child's known health problems:**

\_\_\_\_\_  
**Allergies      Asthma      Diabetes      Epilepsy      Heart      Other**

(Provide documentation regarding any of the above health problems.)

**Person who can be reached in case of an emergency, if parent cannot be reached:**

Name

Phone #

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Emergency Permission:**

In case of emergency and I cannot be contacted, take my child to: \_\_\_\_\_ Hospital

I will assume financial responsibility

Family Doctor: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

Signature of Parent or Guardian

**Dismissal Information:**

Is there a court order/decreed prohibiting anyone from dismissing child? Yes \_\_\_\_\_ (on school file) No \_\_\_\_\_

Persons permitted to dismiss this child:

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

Persons NOT permitted to dismiss this child:

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

**For students in a 5 mile radius of the Sequoyah Nuclear Plant:**

**Permission to give one potassium iodide tablet if necessary. Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**



**HAMILTON  
COUNTY  
SCHOOLS**

**HAMILTON COUNTY SCHOOLS**

3074 Hickory Valley Road

Chattanooga, TN 37421

(423) 498-7020

**HOME LANGUAGE SURVEY  
CUESTIONARIO DE LENGUA NATAL**

**School Name** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_

**Nombre de la Escuela** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**Student's Name** \_\_\_\_\_ **Grade** \_\_\_\_\_

**Nombre del Estudiante** \_\_\_\_\_ **Grado** \_\_\_\_\_

1. What is the first language your child learned to speak?

¿Cual es el primer idioma que aprendio a hablar?

\_\_\_\_\_

2. What language does your child speak most often outside of school?

¿Que idioma habla mas frecuentemente fuera de la escuela?

\_\_\_\_\_

3. What language do people usually speak in your home?

¿Que idioma se habla generalmente en su casa?

\_\_\_\_\_

4. What month/year did the student enter the U.S.?

¿En que mes / año entro el estudiante a los EE.UU.?

\_\_\_\_\_

5. What month / year did the student enter Chattanooga?

¿En que mes / año llego el estudiante a Chattanooga?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent's Signature

Firma de Padre



**Programa de Educación Migrante en Tennessee – Encuesta de Ocupación**

Sus hijos pueden ser elegibles para recibir servicios educativos **GRATUITOS**. Por favor, conteste las siguientes preguntas para determinar si califica y regrese esta encuesta a la escuela.

Nombre del Estudiante: (Apellidos, Nombre)	Grado:	Fecha:
Nombre del Padre / Guardián:	Escuela:	

1. ¿En los últimos 3 años su familia se ha mudado a otra ciudad, condado o estado, para trabajar en la agricultura o pesca?    Sí     No
2. ¿Usted o alguien en su familia ha trabajado en alguna de las actividades mencionadas abajo?    Sí     No   
(indique que actividad)

**Procesamiento/Empaque de alimentos y carnes**



Vegetales y carne de res, pollo, cerdo, etc.

**Trabajo de campo / Agricultura**



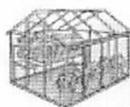
Sembrar, plantar, pizar, cosechar, empacar, sortear (tomates, fresas, algodón) preparación de la tierra, irrigación, fumigación, etc.

**Lechería / Ganadería**



Ordeñar, alimentar, acorraiar, etc.

**Vivero/ Invernadero**



Sembrar, cultiva, plantar flores, plantas, etc.

**Trabajo Forestal**

Sembrar, plantar, cultivar, cosechar árboles, etc.



**Pesca/ Procesamiento de Pescado**



Sortear, empacar, pescado o mariscos, etc.

3. Si su actual trabajo no es en la agricultura o la pesca, ¿Ha trabajado usted o algún miembro de su familia es este tipo de actividades, durante los últimos 3 años?    Sí     No

¿Dónde? Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

*Si respondió "Sí" a alguna de las 3 preguntas anteriores, responda las siguientes preguntas.*

¿Cuánto tiempo lleva en este condado en Tennessee?	_____ Semanas	_____ Meses	_____ Años
Domicilio	Ciudad _____	Estado _____	Código Postal _____
Número de teléfono, incluya el código de área. (    ) _____			
For school use only: Please send all surveys with at least one "YES" response to your district migrant liaison. All qualifying surveys should be uploaded to the TNMigrant site. Please notify the MEP that new surveys have been uploaded. Questions? Call (931)212-9539			
SCHOOL DISTRICT:	STUDENT STATE ID:	ENROLLMENT DATE:	

## FORMULARIO DE PERMISO DE FOTO/VIDEO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

A MEDIDA QUE PARTICIPAMOS EN NUESTRA COMUNIDAD, TENEMOS LA OPORTUNIDAD DE PROPORCIONAR FOTOS DE NUESTROS ESTUDIANTES EN EVENTOS DE INTERÉS PERIODÍSTICO. LAS FOTOS Y LAS SECUENCIAS DE VIDEO SE PUEDEN USAR EN PERIÓDICOS, PROMOCIONES ESCOLARES, FOLLETOS Y VOLANTES ESCOLARES, NOTICIAS DE TELEVISIÓN Y PUBLICACIONES DEL DISTRITO.

1. INDIQUE SI TENEMOS SU PERMISO PARA PUBLICAR LA FOTO Y / O VIDEO DE SU HIJO (SELECCIONE UNO):

SÍ                       NO

2. MI HIJO TIENE PERMISO PARA SER FOTOGRAFIADO O GRABADO EN VIDEO PARA CUENTAS DE REDES SOCIALES\* (SELECCIONE UNA):

SÍ                       NO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (IMPRESO)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA

\* LAS REDES SOCIALES SE DEFINEN COMO FORMAS DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA (COMO SITIOS WEB PARA REDES SOCIALES, FACEBOOK, TWITTER Y MICROBLOGGING) A TRAVÉS DE LOS CUALES LOS USUARIOS CREAN COMUNIDADES EN LÍNEA PARA COMPARTIR INFORMACIÓN, IDEAS, MENSAJES PERSONALES Y OTRO CONTENIDO, INCLUIDOS VIDEOS PUBLICITARIOS CON IMÁGENES, QUE EL PERSONAL DE LA ESCUELA CONSIDERE APROPIADO.

**CHATTANOOGA GIRLS LEADERSHIP ACADEMY**

**21<sup>st</sup> CENTURY/CGLA Tutoría después de la Escuela**

Fecha del programa: September 9, 2024 - April 17, 2025

Se espera que todos los estudiantes de CGLA asistan a la tutoría solicitada. Los estudiantes que están reprobando o necesitan ayuda adicional en matemáticas, artes del lenguaje, estudios sociales y/o ciencias deben asistir a la tutoría. Los maestros llamarán a los padres y enviarán correos electrónicos a los estudiantes para recordarles que asistan a la tutoría. El horario diario es el siguiente:

LUNES	TUESDAY	WEDNESDAY	THURSDAY	FRIDAY	SATURDAY
3:30 - 5:30 pm Ciencias/ Estudios Sociales	3:30 – 5:30 pm Ayuda con la tarea/ ACT preparacion	3:30 - 5:30 pm Matematicas	3:30 - 5:30 pm Artes de lenguaje	No tutoria No autobús de la tarde	8:30 am - 12:30 pm Padres proveer transportación

DEPORTES DE OTOÑO: FUTBOL, BALONCESTO, VOLEIBOL, PORRISTAS  
DEPORTES DE PRIMAVERA: PISTA, SOFTBOL, VOLEIBOL, PORRISTAS

**NOTA IMPORTANTE PARA LOS PADRES:**

Este programa se reúne después de la escuela de 3:30 pm a 5:30 pm todos los lunes, martes, miércoles y jueves según el horario semanal. El horario está en el sitio web, en el boletín y también está publicado en los pasillos principales de CGLA.

Durante este tiempo, trabajaremos para ayudar a su hija a mejorar sus calificaciones en matemáticas, artes del lenguaje, ciencias y lectura/estudios sociales. También ofreceremos clases de preparación para el ACT. Anunciaremos las fechas de preparación para el ACT al menos dos semanas antes de la clase. 21st Century/CGLA ofrece transporte a casa todos los días junto con un refrigerio, sin cargo. Los autobuses partirán de CGLA a las 5:30 p. m. Complete la solicitud adjunta, incluidos los planes de transporte. Solo pedimos que su hijo asista al programa según las indicaciones.

Para obtener más información, comuníquese con Della Taylor, Subdirectora a dellataylor@cglonline.com o 423-702-7230 EXT. 105.

# APLICACION DE TUTORIA DEL SIGLO 21 2024-2025

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	GRADO:
ENUMERE LAS ACTIVIDADES DESPUÉS DE LA ESCUELA EN LAS QUE PARTICIPA SU HIJO	
<b>ACUERDO DE PADRES</b> Acepto todas las políticas y condiciones de inscripciones de siglo 21/CGLA después de la escuela, incluidas las siguientes: <ul style="list-style-type: none"><li>○ Mi hijo tiene permiso para participar en todas las actividades del programa.</li><li>○ Entiendo que el personal de 21st Century/CGLA tiene el derecho de despedir a cualquier estudiante que no cumpla con las reglas del programa.</li><li>○ Acepto asumir la responsabilidad por todos los daños a la propiedad de 21st Century/CGLA</li><li>○ Entiendo que se espera que mi hijo asista diariamente</li><li>○ Los empleados de 21st Century y CGLA tienen permiso para acceder a los registros de los estudiantes (calificaciones, asistencia, etc.) con fines educativos y de evaluación.</li></ul> Al firmar este acuerdo, doy permiso a mi hijo para asistir a todas las excursiones patrocinadas por 21st Century. Firma de los padres: _____ Fecha: _____	
<b>Acuerdo de estudiante</b> Como estudiante de siglo 21/CGLA después de la escuela, entiendo y acepto lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"><li>○ Voy a participar</li><li>○ Estaré listo para trabajar todos los días con mi maestro del siglo XXI CGLA</li><li>○ Escucharé a mi maestro de CGLA de 21st Century y seguiré sus instrucciones.</li><li>○ Al firmar esto, acepto las expectativas enumeradas anteriormente</li></ul> Firma del estudiante: _____ Fecha: _____	
¿TIENE Siglo 21/CGLA SU PERMISO PARA UTILIZAR LA FOTO DE SU HIJO PARA PROMOCIONES? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
COMENTARIOS/OBSERVACIONES QUE DESEA QUE EL TUTOR DE SU HIJO SEPA:	
¿CÓMO REGRESARÁ SU HIJO A CASA DESPUÉS DE LA SESIÓN DE TUTORÍA? <input type="checkbox"/> AUTOBÚS <input type="checkbox"/> CARRO <input type="checkbox"/> CAMINANDO	
<b>CONTACTOS DE EMERGENCIA:</b> 1. Nombre: _____ Número de teléfono: (____) ____ - _____ 2. Nombre: _____ Número de teléfono: (____) ____ - _____ 3. Nombre: _____ Número de teléfono: (____) ____ - _____	

## FORMULARIO DE PERMISO DE TARJETA DE BIBLIOTECA PÚBLICA

Mi hijo tiene permiso para registrarse para obtener una tarjeta de la biblioteca pública. Para que él / ella reciba privilegios y / o servicios de tarjeta de la biblioteca, la Biblioteca Pública de Chattanooga tiene permiso para acceder a la información de mi hijo del Departamento de Educación del Condado de Hamilton.

Entiendo que seré responsable de todas las multas y cargos asociados con esta tarjeta.

Es política de la Biblioteca Pública de Chattanooga que los padres o tutores, no el personal de la biblioteca, son responsables de monitorear y aprobar la selección de materiales hecha por sus hijos. Es el padre o tutor solo quien puede restringir el acceso de sus hijos a los materiales y servicios de la biblioteca.

Los padres o tutores que deseen impedir que sus hijos tomen prestados artículos de las colecciones de adultos jóvenes y adultos deben visitar cualquier ubicación de la biblioteca pública y solicitar al personal de la biblioteca que emita una tarjeta limitada al préstamo de materiales con una designación juvenil.

El costo de reemplazo de una tarjeta perdida es de \$1.00. Si su hijo pierde su tarjeta, visite cualquier biblioteca pública con su identificación con foto para comprar un reemplazo.

MAESTRA DE AULA: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_ \_\_\_\_

NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_

Al firmar este formulario, reconozco que he leído y entiendo la información anterior y le doy permiso a mi hijo para obtener una tarjeta de la biblioteca.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (IMPRESO)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
FECHA

## FORMULARIO DE PERMISOS DE CONTENIDO DE BIBLIOTECA

GRADO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

Debido a que CGLA es una escuela que sirve tanto a estudiantes de secundaria como de secundaria, hay materiales en nuestra biblioteca que contienen lenguaje y temas más maduros. Por ejemplo, *I Know Why the Caged Bird Sings* por Maya Angelou, *Their Eyes Were Watching God* por Zora Neale Hurston, *The Fault in our Stars* por John Green o *Speak* por Laurie Halse Anderson.

Títulos como estos contienen relaciones más maduras, lenguaje que algunos pueden encontrar ofensivo o temas controvertidos como la muerte, el suicidio, el abuso o los personajes LGBTQ. Tenga la seguridad de que los libros de la biblioteca serán elegidos con cautela y sensatez con el mérito literario a la vanguardia del proceso de selección.

Los libros con contenido más maduro se etiquetarán con una etiqueta para **adultos jóvenes (YA)**.

Al seleccionar "sí" a continuación, está eligiendo el nivel de madurez de los libros que su (s) niña (s) pueden consultar. Si tiene alguna pregunta, póngase en contacto con la bibliotecaria.

SÍ             NO

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (IMPRESO)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA

CHATTANOOGA GIRLS LEADERSHIP ACADEMY  
**CONTRATO DE TECNOLOGÍA**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_

EXPECTATIVAS DE INTEGRACIÓN TECNOLÓGICA CGLA 1:1

- Todos los estudiantes tendrán su propia cuenta de Google que es solo para fines escolares.
- Social Media (Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat, etc.) no está permitido en los dispositivos escolares
- Los dispositivos serán tratados como propiedad de la escuela, incluso cuando estén en casa. Todos los dispositivos son propiedad de CGLA.
- Los padres monitorearán el uso en casa
- Los dispositivos se mantendrán alejados de alimentos y bebidas
- Los dispositivos deben cargarse durante la noche
- El cuerpo del dispositivo no se puede personalizar
- Si un estudiante deja CGLA, el dispositivo debe ser devuelto a CGLA
- Los estudiantes no pueden descargar aplicaciones. Los dispositivos están en un sistema de administración y monitoreados mientras están en la escuela y en casa
- Entiendo que el dispositivo que estoy usando está sujeto a inspección en cualquier momento y sin previo aviso
- Seguiré las políticas siempre descritas en el Contrato de Tecnología CGLA, tanto en la escuela como fuera del día escolar.

RESPONSABILIDADES DE LOS PADRES/TUTORES:

- Presentaré un informe policial si el dispositivo es robado; Presentaré un informe de daños si el dispositivo es vandalizado
- Seré responsable de todos los daños o pérdidas causados por negligencia o abuso.
- Acepto el costo total de reemplazo del dispositivo y el cargador si alguno de estos artículos se pierde o se daña intencionalmente / irresponsablemente.

STUDENT RESPONSIBILITIES AND CODE OF CONDUCT:

- Notificaré a mi maestro u otro adulto inmediatamente si leo o veo algo en mi dispositivo que es inapropiado o me hace sentir incómodo
- No daré mi información personal (apellido, dirección, número de teléfono o nombre / dirección de la escuela) a nadie sin el permiso de mi maestro.
- Seré responsable con mi dispositivo:
  - a. No comeré ni beberé cerca de mi dispositivo
  - b. No duplicaré ni descargaré ningún software con derechos de autor en mi dispositivo
  - c. Permaneceré en sitios educadamente apropiados en todo momento
  - d. Usaré mi dispositivo según las indicaciones de mis maestros para el trabajo en clase, la tarea y cualquier otro uso requerido
  - e. Las contraseñas serán requeridas y deben ser CONFIDENCIALES
  - f. No se tomarán fotos o videos sin el permiso específico del profesor.

MARQUE LAS CASILLAS A MEDIDA QUE COMPLETE CADA SECCIÓN Y FIRME A CONTINUACIÓN:

- He leído, entiendo y acepto las expectativas de integración tecnológica uno a uno de Chattanooga Girls Leadership Academy.
- He leído, entiendo y acepto las responsabilidades individuales de los padres de tecnología de Chattanooga Girls Leadership Academy.
- He leído, entiendo y acepto las responsabilidades individuales de los estudiantes de tecnología y el código de conducta de Chattanooga Girls Leadership Academy.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

## ACUERDO DE TARIFA DE TECNOLOGÍA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ GRADO: \_\_\_\_ \_\_\_\_

El padre/tutor/estudiante es responsable de hacer un pago anual no reembolsable de \$30.00 para cubrir el costo del seguro en dispositivos Chromebook.

- Todos los participantes 1: 1 deben realizar el pago completo antes del día de distribución asignado determinado por la escuela.
- Si no se recibe la tarifa de tecnología, el padre / tutor / estudiante será responsable del costo de mercado de reemplazo del Chromebook o el costo de las reparaciones.
- Los cables de carga no están cubiertos por la tarifa de tecnología. Los cargadores perdidos o dañados requerirán una tarifa adicional de \$ 30.00
- Los daños causados por la acción deliberada del estudiante no están cubiertos por el seguro. Si un Chromebook se pierde o se daña debido a negligencia, el padre/tutor/estudiante puede ser responsable del precio total de compra o de la reparación del dispositivo.

Artículos NO cubiertos por el seguro:

- Daños, pérdidas u otros fallos del producto causados por negligencia o abuso
- Piezas no funcionales o defectos, como defectos cosméticos
- Mantenimiento preventivo
- Datos perdidos, dañados, dañados o inutilizables
- Accesorios que no son esenciales para el funcionamiento del producto
- Software que incluye, entre otros, datos personalizados o software personalizado, como administradores de información personal (PIM), juegos o protectores de pantalla

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

## FORMULARIO DE TRANSPORTE 2024-25

GRADO: \_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR, INDIQUE QUÉ MÉTODO DE TRANSPORTE UTILIZARÁ SU HIJO:**

POR LA MAÑANA (SELECCIONE UNO):

CAMINANDO

EN COCHE

EN AUTOBÚS

TARDE (SELECCIONE UNO):

CAMINANDO

EN COCHE

EN AUTOBÚS

\*SI INDICÓ QUE SU HIJO VIAJARÁ EN EL AUTOBÚS, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

PARADA DE AUTOBÚS: \_\_\_\_\_ AUTOBÚS #: \_\_\_\_\_

### CERTIFICADO

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO, CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES CORRECTA Y COMPLETA. CUALQUIER CAMBIO O ACTUALIZACIÓN REQUERIRÁ UN FORMULARIO ACTUALIZADO ANTES DE ENTRAR EN VIGOR.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (IMPRESO)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA

## ACUERDO DE AUTOBUSES ESCOLARES 2024-25

GRADO: \_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

### DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y ACEPTACIÓN DE LOS TÉRMINOS Y CONDICIONES

- HE LEÍDO Y ACEPTO LOS TÉRMINOS DE LAS REGLAS DE STUDENT SCHOOL BUS SAEFTY QUE SE ENCUENTRAN EN EL MANUAL DEL ESTUDIANTE EN LÍNEA. ENTIENDO QUE LAS POLÍTICAS PUEDEN CAMBIARSE, CON O SIN PREVIO AVISO, POR LA SEGURIDAD DE NUESTRA POBLACIÓN. TODAS LAS NOTIFICACIONES DE CAMBIO SE COMPARTIRÁN LO MÁS RÁPIDO POSIBLE.
- ESTOY DANDO PERMISO PARA QUE LOS ADMINISTRADORES ESCOLARES COMPARTAN MI INFORMACIÓN CON EL PROVEEDOR DE TRANSPORTE CON EL PROPÓSITO DE PLANIFICAR Y ADMINISTRAR EL TRANSPORTE.
- SOY RESPONSABLE DE MANTENER INFORMADA A LA ESCUELA DE LA INFORMACIÓN PERTINENTE RELACIONADA CON UN CAMBIO DE DIRECCIÓN, PARADA DE AUTOBÚS O ELECCIONES DE TRANSPORTE DE CUALQUIER TIPO.

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL ESTUDIANTE (IMPRESO)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA

\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (IMPRESO)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA

**CHATTANOOGA GIRLS LEADERSHIP ACADEMY**  
**2023-24 RUTAS DE AUTOBUS**

**RUTA 1:**

**NUMERO DE AUTOBUS: 1220**

**CONDUCTOR: MICHAEL WEEMS**

#	UBICACION	AM	PM
1	Central Dr. @ Nelson Rd.	6:20	4:18
2	Taj International Foods (7341 Lee Highway)	6:27	4:11
3	Mount Canaan Church (4801 TN-58)	6:37	4:01
4	Hillcrest Elementary (4302 Bonny Oaks Dr.)	6:41	3:56
5	Bonny Oaks Dr. @ Countryside Dr.	6:45	3:52
6	Dollar General (3101 Dodson Ave.)	6:47	3:50
8	Hardy Elementary (2100 Glass St.)	6:50	3:47
9	Roanoke Ave. @ Sherman St.	6:51	3:46
10	Olive St. @ Hickory St.	6:53	3:45
11	N. Chamberlain Ave. @ Gilbert St.	6:56	3:41
12	Taylor St. @ Gilbert St.	6:57	3:40
13	Wilson St. @ Dodson Ave.	6:59	3:39
14	Wilson St. @ Sheridan Ave.	7:00	3:37
15	Carson Ave. @ N. Orchard Knob Ave.	7:02	3:35
17	Carver Community Center (600 N. Orchard Knob Ave.)	7:04	3:34
19	E. 4 <sup>th</sup> St. @ N. Orchard Knob Ave.	7:05	3:33
22	Duncan Ave @ S. Lyerly St.	7:07	3:30
23	Chattanooga Girls Leadership Academy	7:13	2:54

**CHATTANOOGA GIRLS LEADERSHIP ACADEMY**  
**2023-24 RUTAS DE AUTOBUS**

**RUTA 2:**

**NUMERO DE AUTOBUS: 1211**

**CONDUCTOR: SHUNEIKA RICKS (AM); JAMES MARAGANO (PM)**

#	UBICACION	AM	PM
1	S. Hawthorne St. @ E. 26 <sup>th</sup> St.	6:19	4:14
2	East Lake Courts (2600 4 <sup>th</sup> Ave.)	6:22	4:12
3	Clifton Hills Elementary (1815 E. 32 <sup>nd</sup> St.)	6:24	4:10
4	3300 Brannon Ave.	6:27	4:08
5	East Lake Academy of Fine Arts (2700 E. 34 <sup>th</sup> St.)	6:31	4:03
6	East Lake Elementary (3600 13 <sup>th</sup> Ave.)	6:32	4:02
7	Dodds Ave. @ E. 38 <sup>th</sup> St.	6:33	4:01
8	Dodds Ave. @ 42 <sup>nd</sup> St.	6:34	4:00
9	E. 44 <sup>th</sup> St. @ 14 <sup>th</sup> Ave.	6:35	3:59
10	E. 50th St. @ 14 Ave.	6:37	3:57
11	Calhoun Ave. @ E. 48 <sup>th</sup> St.	6:39	3:55
12	E. 49 <sup>th</sup> St. @ Divine Ave.	6:40	3:54
13	Piney Woods Family Resource Center (701 Hooker Rd.)	6:44	3:50
14	Halsey St. @ Central Ave.	6:48	3:47
15	St. Elmo Ave. @ W. 46 <sup>th</sup> St.	6:51	3:43
16	Bethlehem Center (200 W. 38 <sup>th</sup> St.)	6:55	3:39
17	South Chattanooga Community Center (1151 W. 40 <sup>th</sup> St.)	6:57	3:36
18	Chestnut St. @ W. 21 <sup>st</sup> St.	7:02	3:31
19	Mitchell Ave. @ E. 19 <sup>th</sup> St.	7:04	3:30
20	Grove St. @ W. 12 <sup>th</sup> St.	7:07	3:27
21	Chattanooga Girls Leadership Academy	7:13	3:20

**CHATTANOOGA GIRLS LEADERSHIP ACADEMY**  
**2023-24 RUTAS DE AUTOBUS**

**RUTA 3:**

**NUMERO DE AUTOBUS: 1208**

**CONDUCTOR: EDITH WOOLLY**

#	UBICACION	AM	PM
1	Highland Plaza Dolar Tree (3901 Hixson Pike)	6:21	4:13
2	Eastdale Recreation Center (1312 Moss St.)	6:32	4:02
3	Juandale Dr. @ Dogwood Dr.	6:36	3:58
4	Eastwood Manor Apartments (3831 Wilcox Blvd.)	6:39	3:55
5	Shepherd Community Center (2124 Shepherd Rd.)	6:47	3:47
6	Glenwood Community Center (2610 E. 3 <sup>rd</sup> St.)	6:59	3:34
7	Glenwood Dr. @ Citico Ave.	7:01	3:33
8	Glenwood Dr. @ Mission Ave.	7:02	3:32
9	N. Chamberlain Ave. @ Cooley St.	7:03	3:31
10	N. Chamberlain Ave. @ Judson Ln.	7:03	3:31
11	Old Ringgold Rd. @ E. Main St.	7:05	3:26
12	S. Watkins St. @ E. 19 <sup>th</sup> St.	7:10	3:24
13	S. Orchard Knob Ave. @ E. 19 <sup>th</sup> St.	7:13	3:22
14	Chattanooga Girls Leadership Academy	7:18	3:20

CHATTANOOGA GIRLS LEADERSHIP ACADEMY

**2023-24 RUTAS DE  
AUTOBUS**

**RUTA 4:**

**NUMERO DE AUTOBUS: 1221**

**CONDUCTOR: NIKKI PARIS**

#	UBICACION	AM	PM
1	John Ross Rd. @ Sunrise Ter.	6:27	4:12
2	East Ridge Elementary (1014 John Ross Rd.)	6:31	4:07
3	Brainerd High Tennis Courts (1020 N Moore Rd.)	6:39	4:00
4	Woodvale Ave. @ Ellis Ave.	6:41	3:57
5	Woodmore Elementary (800 Woodmore Ln.)	6:46	3:53
6	East Ave. @ Cross St.	6:49	3:50
7	Ridgeside Rd. @ Tunnel Blvd.	6:53	3:46
8	Union Ave. @ S. Watkins St.	6:57	3:42
9	S. Watkins St. @ E. 13 <sup>th</sup> St.	7:00	3:40
10	S. Watkins St. @ E. 14 <sup>th</sup> St.	7:01	3:40
11	Eastside Elementary (1603 S. Lyerly St.)	7:03	3:38
12	S. Willow St. @ E. 17 <sup>th</sup> St.	7:04	3:37
13	E. 21 <sup>st</sup> St. @ Huff Pl.	7:06	3:34
14	S. Highland Park Ave. @ E. 17 <sup>th</sup> St.	7:09	3:32
15	Chattanooga Girls Leadership Academy	7:12	3:04

# LIBERACIÓN MÉDICA Y CONSENTIMIENTO PARA EL TRATAMIENTO DEL NIÑO

<b>ESTUDIANTE:</b>	<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>
<b>ESCUELA:</b>	<b>NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:</b>
<b>NOMBRE DEL PADRE/TUTOR:</b>	<b>NÚMERO DE TELÉFONO:</b>
<b>CORREO ELECTRÓNICO:</b>	

1. ¿SU HIJO TIENE MEDICAID/TENNCARE (SELECCIONE UNO):     SÍ     NO
2. TIPO DE MEDICAID/TENNCARE (SELECCIONE UNO):  
 BLUECARE     TENNCARE SELECT     AMERICHoice     AMERIGROUP
3. TENNCARE ID#: \_\_\_\_\_

Soy padre o tutor legal de (INSERTE EL NOMBRE DEL NIÑO) \_\_\_\_ He leído, entendido y doy mi consentimiento a lo siguiente para mi hijo:

**1. PRIMEROS AUXILIOS/TRATAMIENTO DE EMERGENCIA:**

Sin limitar otros poderes de emergencia que puedan ser provistos por la ley, autorizo al médico de la escuela y al asistente médico a administrar primeros auxilios a mi hijo si la administración de la escuela y el médico lo consideran necesario y apropiado para preservar la vida, la integridad física o el bienestar de mi hijo. Si la administración de la escuela cree, a su entera discreción, que existe una necesidad médica más allá de la que razonablemente puede ser tratada en los terrenos de la escuela por el personal de la escuela, autorizo a la escuela a contactar y contratar personal médico calificado y organizar el tratamiento de emergencia de mi hijo, incluido el transporte ya sea por el personal de la escuela o por transporte profesional para el médico. atención dental, quirúrgica u hospitalaria de diagnóstico, y doy mi consentimiento para ese tratamiento para mi hijo. Los arreglos se harán en el siguiente orden de prioridad: 1) El "médico de emergencia" de CGLA; 2) el "médico de cabecera de familia"; 3) otro médico o profesional de la salud con licencia del Estado de Tennessee. Entiendo y acepto que seré finalmente responsable de cualquier tratamiento médico de este tipo.

**2. SUPERVISIÓN MÉDICA/ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:**

Entiendo que la escuela no está legalmente obligada a almacenar o administrar medicamentos para los estudiantes y no lo hará, ya sea de forma temporal o continua, excepto por acuerdo especial. Si he indicado, al firmar este consentimiento a continuación, que la escuela puede administrar medicamentos a mi hijo, y si la escuela ha acordado administrar medicamentos firmando a continuación, autorizo a la escuela a administrar los medicamentos enumerados en este formulario, como se indica, pero reconozco que la escuela no asume ningún deber continuo de administrar medicamentos o medicamentos, o supervisar o participar en cualquier automedicación o programa médico o necesidades continuas, rutinarias o que no sean de emergencia de mi hijo, todo lo cual sigue siendo mi responsabilidad. Antes de que la escuela administre cualquier medicamento, proporcionaré esos medicamentos en sus envases originales de farmacia con el nombre del niño y las instrucciones del médico en la etiqueta, y proporcionaré una autorización escrita y firmada de un médico, incluidas las instrucciones completas.

**3. ENTREGA DEL ESTUDIANTE A PERSONAL CALIFICADO DE EMERGENCIA / MÉDICO Y TERCEROS:**

Sin limitar otros poderes de emergencia permitidos por la ley, en caso de un desastre o necesidad médica que involucre la vida, la integridad física o el bienestar de mi hijo en el que sea necesario, en opinión de la administración de la escuela, transportar a mi hijo de la propiedad de la escuela, o si es necesario evacuar los terrenos de la escuela, La escuela hará un esfuerzo razonable (en vista de la naturaleza de la necesidad) para contactar primero a un padre o tutor legal. Si no hay un padre/tutor legal disponible, autorizo a la escuela a liberar a mi hijo bajo la custodia de terceros con el fin de transportar a mi hijo desde los terrenos de la escuela y organizar la atención que mi hijo pueda necesitar, en el siguiente orden de prioridad: 1) las personas enumeradas anteriormente como contactos de emergencia; 2) profesionales médicos / de emergencia calificados; 3) otro adulto responsable.

**4. RECOPIACIÓN, USO Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA**

Sin limitar otros poderes de emergencia que puedan ser provistos por la ley, en caso de desastre o emergencias médicas, autorizo específicamente la recopilación, uso y divulgación a, desde y entre el personal de la escuela y a, desde y entre cualquier profesional médico, de cualquier información médica razonablemente necesaria para proporcionar atención médica de emergencia y garantizar la vida, y el bienestar de mi hijo, incluyendo, sin limitación, la información contenida en este formulario, hasta que pueda ser

notificado razonablemente y tomar la custodia de mi hijo. Entiendo que esta información será solicitada, recopilada y / o divulgada solo con el propósito de proporcionar primeros auxilios o atención médica de emergencia necesaria en ausencia del padre o tutor legal, o según lo permita la ley.

**5. ATLETISMO ESCOLAR:**

Como condición para participar en deportes escolares, la escuela se reserva el derecho de obtener información médica sobre cualquier condición física o emocional o lesión relacionada con la capacidad de mi hijo para participar de manera segura y constructiva en los deportes escolares, y de requerir una autorización médica por escrito en cualquier momento antes de que mi hijo pueda participar o volver a participar en, Actividades deportivas escolares durante el año escolar. Esta información se utilizará únicamente con el propósito de evaluar la capacidad de mi hijo para participar en actividades deportivas escolares y no será obtenida ni difundida a terceros, excepto a los entrenadores, administradores, entrenadores y personal deportivo de la escuela, y solo para estos fines o según lo permita la ley.

**6. MEDICAMENTOS:**

Los medicamentos deben administrarse en casa siempre que sea posible. Los medicamentos deben cumplir con la Política de medicamentos de HCDE. Los medicamentos y la asistencia médica solo pueden ser administrados por el médico de la escuela o el asistente médico designado y el personal capacitado de la escuela no médica.

Esta autorización permite la divulgación e intercambio de información entre el médico, la persona designada, el personal de CGLA, el proveedor de atención médica y la facturación del seguro (a los padres / tutores nunca se les factura por los servicios de la clínica). Los documentos que pueden incluirse son el IEP, registros médicos, registros psicológicos, registros educativos y resultados de pruebas relevantes. Si su hijo tiene cobertura de TennCare en el futuro y está recibiendo servicios reembolsables de Medicaid como se define en la Sección 300.154 de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA), el Departamento de Educación (DOE) está autorizado a solicitar el reembolso de estos servicios.

He recibido un aviso de derechos a la privacidad de la información personal de salud, incluidas las políticas de HIPAA.

La información anterior proporcionada establece el plan de tratamiento del estudiante y las firmas de los padres y del proveedor médico brindan consentimiento para implementar este plan.

**Firma del padre/tutor:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Firma del médico:** \_\_\_\_\_

**Teléfono del médico:** \_\_\_\_\_

**Nombre o sello del médico:** \_\_\_\_\_

**Fax médico:** \_\_\_\_\_

**Observación(es):** \_\_\_\_\_

**LA ESCUELA NO ADMINISTRARÁ MEDICAMENTOS A MENOS QUE EL MÉDICO TENGA UNA AUTORIZACIÓN ESCRITA Y FIRMADA**

En consideración al acuerdo indicado en este consentimiento, el abajo firmante libera y libera a CGLA, sus organizaciones constituyentes, incluidas, entre otras, CGLA y la escuela, y sus respectivos funcionarios, agentes y empleados por todas y cada una de las reclamaciones por lesiones personales o daños a la propiedad que yo o mi hijo podamos sufrir como resultado de este acuerdo, ya sea que dichas lesiones o daños hayan sido causados por la negligencia (ya sea activa o pasiva) de cualquiera de las entidades o individuos nombrados o descritos anteriormente, aceptando solo lesiones o daños resultantes de mala conducta intencional, autorizar y solicitar a la escuela que administre los medicamentos anteriores a mi hijo en estos términos.

**Firma del padre/tutor legal:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

En nombre de la escuela, acepto supervisar la administración de los medicamentos anteriores, de acuerdo con los términos contenidos en este documento.

\_\_\_\_\_  
**Firma del médico de la escuela**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

\_\_\_\_\_  
**Firma del Director de la Escuela**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

# FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE ADMINISTRACIÓN DE SALUD

\*Autorización médica y consentimiento para el tratamiento del niño (páginas 1 y 2) debe acompañar a este formulario, ya que contienen las firmas requeridas para el consentimiento.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ ESCUELA: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA** (Se requieren recuentos de píldoras para todas las sustancias controladas; se requiere testigo de padres o empleados):

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	INDICACIÓN	DOSIFICACIÓN	ruta	HORA	EFFECTOS SECUNDARIOS

## PLAN DE MANEJO INDIVIDUAL DE SALUD (IHP):

### ASMA

Lleva INHALADOR:  SÍ  NO

**SIGNOS:** Dificultad para respirar, tos, vómitos, no puedo hablar, azulado alrededor de los labios, ansioso, necesidad de pararse o Conducir hacia adelante, disminución de la conciencia.  
Otro: \_\_\_\_\_

**ACCIONES:** Haga que el estudiante use un inhalador. Animar a Respira profundo y relájarse.

Si los síntomas se resuelven en \_\_\_\_ minutos, el estudiante puede regresar a clase.

Si los síntomas aumentan en gravedad, no hay pulso o respiración, o si el nivel de conciencia disminuye, llame al 9-1-1 y comience la RCP si es necesario. Llame a los padres.

### ALERGIAS

Lleva propio TRATAMIENTO:  SÍ  NO

ANTECEDENTES DE ANAFILAXIA?  SÍ  NO

**SIGNOS:** Sibilancias, falta de aliento, ronca, hinchazón de la cara u otra área, azulado alrededor de los labios.  
Otro: \_\_\_\_\_

**ACCIONES:** \_\_\_\_\_

**ADMINISTRAR:** \_\_\_\_\_

Si se administra epinefrina, llame al 9-1-1. Llame a los padres.  
Otro: \_\_\_\_\_

### CONVULSIONES

**SIGNOS:** Rigidez o sacudidas de partes del cuerpo, labios/piel de color azulado. Pérdida del control de la vejiga o los intestinos, pérdida del conocimiento.  
Otro: \_\_\_\_\_

**ACCIONES:** Pedir ayuda; protegerse de lesiones; aflojar la ropa ajustada.

**ADMINISTRAR:** \_\_\_\_\_ Llame al 9-1-1 SI 1ª convulsión, patrón de convulsiones diferente o prolongado, convulsión repetida, falta de respiración o pulso (iniciar RCP), o si Diastat administrado y a) administrado por personal no médico, b) juicio de enfermería indica emergencia médica basada en la situación y la evaluación, c) padre o MD solicitar llamada al 9-1-1 con convulsión.

**OTRO:** \_\_\_\_\_  
\*\*Los padres deben notificar la escuela si Diastat se administra

### OTRAS CONDICIONES DE SALUD

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SIGNOS:** \_\_\_\_\_

**ACCIONES:** \_\_\_\_\_

**OTRO:** \_\_\_\_\_

## SOLICITUD MÉDICA PARA MODIFICACIONES DE COMIDAS ESCOLARES

Se requiere que este formulario se complete para las modificaciones a las comidas escolares, lo que incluye monitorear y restringir las opciones de comidas de un estudiante. La Parte B debe ser completada por una autoridad médica reconocida, que incluye un médico, asistente médico, enfermera practicante, médico de osteopatía, dentista, optometrista o podólogo. Se tomarán medidas para garantizar que el estudiante reciba comidas seguras; Sin embargo, el alojamiento completo puede tardar hasta 3 semanas en implementarse, especialmente si es necesario pedir alimentos especiales.

ESCUELA (SELECCIONE UNA):  CGLA  MEHP GRADO: \_\_\_\_

<b>PARTE A (COMPLETAR POR EL PADRE/TUTOR)</b>	
Nombre del estudiante: _____	DOB: ____ / ____ / ____
Sexo (seleccione uno): <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/> HOMBRE	
Nombre del padre/tutor (por favor imprima): _____	
Dirección: _____	
Ciudad: _____	Estado: ____ Código postal: _____
Teléfono: (____) _____ - _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	
Dirección de correo electrónico: _____	
Doy permiso a la administración de la escuela para que se comunique con la autoridad médica reconocida que se enumera a continuación en estas órdenes si se necesita una aclaración.	
FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____	FECHA: ____ / ____ / ____

**PARTE B (A CUMPLIMENTAR ÚNICAMENTE POR UN MÉDICO/AUTORIDAD MÉDICA. LOS PADRES/TUTORES PUEDEN NO COMPLETAR)**

Por favor, indique la condición física o mental / impedimento(s) que afectan la dieta de este estudiante (REQUERIDO):

- |  |  |   |   |
|--|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Autismo                   | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Diabetes               | <input type="checkbox"/> Intolerancia alimentaria     |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad celíaca        | <input type="checkbox"/> Condición dental  | <input type="checkbox"/> Fracaso para prosperar | <input type="checkbox"/> IBS o enfermedad de Crohn    |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral        | <input type="checkbox"/> Disfagia          | <input type="checkbox"/> Alergia alimentaria    | <input type="checkbox"/> Error innato del metabolismo |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |  |   |   |

Describa cómo la(s) condición(es) física(s) o mental(es) mencionada(s) anteriormente, restringe la dieta del estudiante (REQUERIDO):

- |   |  |                                       |
|---|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Aversión a los alimentos/texturas  | <input type="checkbox"/> La ingestión causa asfixia                      | La ingestión causa daño a los órganos |
| <input type="checkbox"/> Altas necesidades calóricas  | <input type="checkbox"/> La ingestión causa malestar gastrointestinal    | Limita la capacidad de masticar       |
| <input type="checkbox"/> La ingestión causa anafilaxia  | <input type="checkbox"/> La ingestión causa urticaria / erupción cutánea |                                       |
| <input type="checkbox"/> Nutriente específico de preocupación: _____ <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |  |                                       |

Si el deterioro restringe alimentos específicos, especifique a continuación:

- |   |   |  |                                 |                                  |  |
|---|---|--|---------------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Leche (aclarar): _____   | <input type="checkbox"/> Leche líquida  | <input type="checkbox"/> Queso   | <input type="checkbox"/> Helado | <input type="checkbox"/> Yogur   | <input type="checkbox"/> Caseína y suero |
| <input type="checkbox"/> Huevos (aclare): _____   | <input type="checkbox"/> Huevos enteros | <input type="checkbox"/> Todos los alimentos con huevo o derivados del huevo |                                 |                                  |  |
| <input type="checkbox"/> Soja   | <input type="checkbox"/> Pescado        | <input type="checkbox"/> Trigo   | <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Marisco | <input type="checkbox"/> Cacahuetes      |
| <input type="checkbox"/> Frutos secos (almendra, nuez, nuez, etc.) <input type="checkbox"/> Sésamo <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____ |   |  |                                 |                                  |  |



## FORMULARIO DE PREFERENCIA DE ALIMENTOS

Este formulario es obligatorio para cualquier estudiante al que no se le deba servir un alimento en particular debido a razones culturales, religiosas, vegetarianas o veganas, pero excluyendo causas médicas (es decir, alergias) o preferencias personales (es decir, aversión a ciertos alimentos).

Siempre que sea posible, nuestra empresa de gestión de servicios de alimentos ofrece opciones vegetarianas o sustituciones de alimentos. Las opciones disponibles variarán según la ubicación. Según lo permitido por la licencia, las familias pueden traer su propia comida de casa si no contiene maní o nueces de árbol. Entiendo que no hay garantía de que mi hijo no esté expuesto a un alimento en particular.

Entiendo que cualquier cambio en las preferencias indicadas a continuación debe hacerse por escrito.

ESCUELA (SELECCIONE UNA):  CGLA  MEHP

GRADO: \_\_\_\_ \_\_\_\_

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

Debido a razones culturales, religiosas, vegetarianas o veganas, solicito que a mi hijo no se le sirvan los siguientes alimentos:


\_\_\_\_\_  
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR (POR FAVOR IMPRIMA)

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_  
FECHA

### Declaración de no discriminación del USDA

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el Formulario de queja de discriminación del programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completa al USDA por:

1. correo: Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
2. Fax: (202) 690-7442; o
3. Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

# CGLA Solicitud para familias de comidas escolares gratis o a precio reducido para el año 2024-25

Complete una solicitud por vivienda.

## PASO 1 Enumerar a TODOS los miembros de la vivienda que sean bebés, niños y estudiantes hasta el grado 12, inclusivo (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

Definición de **miembro de la vivienda**: "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no estén emparentados".

Los niños en **régimen de acogida** y los que encajan en la definición de **personas sin hogar, migrantes o fugados** tienen derecho a recibir comidas gratis. Lea **Cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido** para obtener más información.

Nombre del niño	Inicial del segundo nombre	Apellido del niño	Grado	¿Estudiante? Sí No	Niño en régimen de acogida	Sin hogar, migrante, fugado
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Marque todo lo que corresponda

## PASO 2 ¿Algún miembro de su vivienda (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de ayuda: SNAP, TANF o FDPIR?

En caso **NEGATIVO** > Vaya al PASO 3      En caso **AFIRMATIVO** > Escriba aquí un número de expediente y vaya al PASO 4 (No rellene el PASO 3)

Número de expediente:

Escriba solo un número de expediente en este espacio.

## PASO 3 Declarar los ingresos de TODOS miembros de la vivienda (Omita este paso si su respuesta es "Sí" en el PASO 2)

¿No está seguro de qué ingresos incluir aquí?

Dele la vuelta a la página y consulte las listas tituladas "Fuentes de ingresos" para obtener más información.

La lista "Fuentes de ingresos de niños" le ayudará en la sección Ingresos del niño.

La lista "Fuentes de ingresos de adultos" le ayudará en la sección Todos los miembros adultos de la vivienda.

**A. Ingresos del niño**  
A veces, los niños de la vivienda tienen ingresos. Incluya los ingresos **TOTALES** obtenidos por todos los miembros de la vivienda enumerados en el PASO 1 aquí.

Ingresos del niño: \$

¿Con qué frecuencia?  
 Semanales     Quincenales     Bimensuales     Mensuales

**B. Todos los adultos miembros de la vivienda (incluido usted)**  
 Enumere a todos los miembros de la vivienda que no aparezcan en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Por cada miembro de la vivienda enumerado, si reciben ingresos, declare el ingreso total bruto (antes de impuestos) por cada fuente en dólares en números enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Nombres de los miembros adultos de la vivienda (nombre y apellido)	Ingresos profesionales	¿Con qué frecuencia?				Ayuda pública/ manutención infantil / pensión alimenticia	¿Con qué frecuencia?				Pensión/jubilación/ otros	¿Con qué frecuencia?			
		Semanales	Quincenales	Bimensuales	Mensuales		Semanales	Quincenales	Bimensuales	Mensuales		Semanales	Quincenales	Bimensuales	Mensuales
<input style="width: 100%;" type="text"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input style="width: 100%;" type="text"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	\$ <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/> <input style="width: 40px;" type="text"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Total de miembros de la vivienda (Niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social (SSN - Social Security Number) del sustento principal u otro miembro adulto de la vivienda:

Marque si no tiene SSN

## PASO 4 Información de contacto y firma de un adulto.

"Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es veraz y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da para obtener fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa con conocimiento de causa, mis niños pueden perder la prestación de alimentación y se me podría procesar con arreglo a las leyes federales y estatales pertinentes".

<input style="width: 100%;" type="text"/>				
Dirección (si está disponible)	Apartamento n.º	Ciudad	Estado	Código postal
<input style="width: 100%;" type="text"/>				
Nombre del adulto que firma el formulario	Firma del adulto	Fecha de hoy	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

**INSTRUCCIONES**

**Fuentes de ingresos**

Fuente de ingresos de niños	
Fuentes de ingreso del niño	Ejemplo(s)
- Ingresos profesionales	- Un niño tiene un trabajo fijo a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario
- Seguridad Social - Pagos por discapacidad - Beneficios al <b>sobreviviente</b>	- Un niño es ciego o discapacitado y recibe prestaciones de la Seguridad Social - Uno de los padres es discapacitado, está jubilado o ha fallecido, y su niño recibe prestaciones de la Seguridad Social
- Ingresos de una persona ajena a la vivienda	- Un amigo u otro familiar da regularmente dinero al niño
- Ingresos de cualquier otra fuente	- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

Fuente de ingresos de adultos		
Ingresos profesionales	Ayuda pública / pensión alimenticia / manutención infantil	Pensión / jubilación / otros
- Sueldo, salario, bonos en efectivo - Ingresos netos como autónomo (granja o negocio propio)  Si está en el Ejército de Estados Unidos:  - Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados) - Subsidios por vivienda fuera de la base, alimentación y ropa	- Prestación por desempleo - Indemnización laboral - Ingresos de seguridad suplementarios (SSI - Supplemental Security Income) - Ayuda económica del estado o gobierno local - Pagos de pensión alimenticia - Pagos de manutención infantil - Prestaciones para los veteranos - Prestación por huelga	- Seguridad Social (incluidas las prestaciones de jubilación de empleados ferroviarios y por neumoconiosis) - Pensiones privadas o prestación por discapacidad - Ingresos regulares de fideicomisos o bienes inmuebles - Anualidades - Ingresos de inversión - Intereses ganados - Ingresos de alquiler - Pagos regulares en efectivo ajenos a la vivienda

**OPCIONAL**

**Identidad étnica y racial de los niños**

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

**Grupo étnico (marque uno):**  Hispano o latino  No hispano o latino

**Raza (marque una o más):**  Indio americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico  Blanco

La **ley Nacional de Comidas Escolares Richard B. Russell** requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no lo hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que firma la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, financiar o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitaron sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) 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 escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno 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 aplica el principio de igualdad de oportunidades.

**\*Solo use esta dirección si está presentando una queja por discriminación**

**No rellenar**

**Para uso exclusivo del colegio**

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Total Income

How often?  Weekly  Bi-Weekly  2x Month  Monthly

Household size

Categorical Eligibility

Eligibility:

Free	Reduced	Denied
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Determining Official's Signature <input type="text"/>	Date <input type="text"/>	Confirming Official's Signature <input type="text"/>	Date <input type="text"/>	Verifying Official's Signature <input type="text"/>	Date <input type="text"/>
---	---------------------------	--	---------------------------	---	---------------------------

## 2024-25 TÍTULO I POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR

### ESTÁNDAR 1: DAR LA BIENVENIDA A TODAS LAS FAMILIAS

#### Inscripción/Reunión Anual

Martes 23 de Julio de 2024 a las 8:30 a.m.

o a las 4:00 p.m.

Las familias están invitadas a asistir a la Reunión Anual para conocer los programas y requisitos del Título I de nuestra escuela. Las familias tendrán la oportunidad de revisar y proporcionar comentarios en las siguientes áreas:

- Estado escolar del Título I (prioridad, enfoque, etc.)
- Derechos de los padres del Título I
- Datos de la escuela
- Presupuesto general de la escuela
- Descripción general del plan de participación de los padres

### ESTÁNDAR 2: COMUNICACIÓN EFECTIVA

Nos comunicaremos con todas las familias a través de:

- Boletín mensual, mensaje postal de llamadas semanales, el sitio web de la escuela y las redes sociales.
- Conferencias de padres y maestros
- Conferencias dirigidas por estudiantes
- Noches y eventos familiares
- Reuniones de padres y de la comunidad

\*Toda la comunicación está disponible en inglés y español; Otros idiomas disponibles bajo petición

### ESTÁNDAR 3: APOYAR EL ÉXITO DE LOS ESTUDIANTES

#### Pacto Escuela-Familia

El Pacto Escuela-Familia es una herramienta de comunicación utilizada para apoyar el logro de los padres, el personal escolar y los estudiantes. El Pacto define el papel de cada miembro para apoyar el camino de cada estudiante hacia el éxito. Este pacto se revisa cada año.

Por favor, lea, firme y devuelva el Compacto.

#### Talleres de participación familiar

- Reuniones de padres
- Conferencias dirigidas por estudiantes

### ESTÁNDAR 4: HABLAR POR CADA NIÑO

Acomodaremos a las familias proporcionando:

- Proporcionar intérpretes y documentos traducidos
- Ofrecer una variedad de fechas y horarios de reuniones

### ESTÁNDAR 5: COMPARTIR EL PODER

#### Título I Presupuesto de participación de los padres

Como parte de nuestro programa de Título I, recibimos una cantidad fija de dinero cada año para implementar nuestro Plan de Participación Familiar.

Los administradores de CGLA se reunieron con padres y miembros de la comunidad el 7/25/23 para obtener información sobre cómo se gastarán estos dólares.

Los fondos se utilizarán para los gastos de la reunión de padres y los gastos relacionados con la comunicación de los próximos eventos escolares y comunitarios.

### ESTÁNDAR 6: COLABORAR CON LA COMUNIDAD

Únase a nuestros socios de la comunidad escolar que ayudan a proporcionar eventos que apoyan el logro de nuestros estudiantes y familias:

- Escudo Azul Cruz Azul
- Club de Niños y Niñas
- CHI Memorial
- Niñas, Inc.
- Girl Scouts
- Chicas que codifican
- TRÍO
- Liga Urbana

\*La Política de Participación Familiar debe desarrollarse conjuntamente con los padres (no un empleado de CGLA) y un miembro de la comunidad (no tiene un hijo en la escuela). Las oportunidades para que los padres proporcionen información deben documentarse y adjuntarse al plan en el momento de la presentación para que el plan sea aprobado.

## PACTO ESCUELA-PADRES

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR: \_\_\_\_\_ NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

### ACUERDO ENTRE PADRES Y TUTORES

Quiero que mi hijo logre; por lo tanto, los alentaré haciendo lo siguiente:

- Ver que mi hijo es puntual y asiste a la escuela regularmente
- Apoyar a la escuela en sus esfuerzos por mantener la disciplina adecuada
- Asegúrese de que mi hijo asista a la tutoría después de la escuela según lo prescrito por los maestros y el personal.
- Alentar los esfuerzos de mi hijo y estar disponible para preguntas
- Establezca un tiempo para la tarea y revise el trabajo regularmente
- Proporcionar un lugar tranquilo y bien iluminado para el estudio
- Manténgase al tanto de lo que mi hijo está aprendiendo
- Lee con mi hijo y deja que me vea leyendo
- Asistir a todas las reuniones o eventos escolares requeridos
- Animar a mi hija a participar en actividades extracurriculares

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE/TUTOR

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA

### ACUERDO DE ESTUDIANTE

Es importante que trabaje lo mejor que pueda; por lo tanto, haré lo siguiente:

- Asistir a la escuela regularmente
- Venga a la escuela todos los días con los suministros necesarios
- Completar y devolver las tareas
- Observar las horas regulares de estudio
- Siga las reglas de conducta del estudiante
- Asistir a tutoría después de la escuela según sea necesario

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA

### ACUERDO DEL PROFESOR

Es importante que los estudiantes logren; por lo tanto, haré lo siguiente:

- Asegurar que los estudiantes participen activamente en el aprendizaje
- Proporcionar tareas razonables para los estudiantes como práctica
- Comunicarse regularmente con los padres sobre el aprendizaje y los logros de sus hijos

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PROFESOR

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA

### ACUERDO PRINCIPAL

Proporcionaré un entorno que fomente la comunicación positiva y establezca altas expectativas para el aprendizaje; por lo tanto, haré lo siguiente:

- Obtenga una tarjeta de biblioteca para todos los estudiantes
- Asegurar la comunicación de los maestros a los padres

\_\_\_\_\_  
FIRMA PRINCIPAL

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
FECHA