

EDUCATIONAL SOLUTIONS COMPANY

Año Escolar 2024-2025

Estimado Padre/Tutor,

Gracias por expresar interés en *Educational Solutions Company*, donde “ **ESTAMOS HACIENDO UN MUNDO DE DIFERENCIA** ”. Usted encontrará adjunto nuestro paquete de inscripción. Si tiene alguna pregunta, no dude en comunicarse con nuestra oficina, de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 4:30 p. m. Para un recorrido por nuestras instalaciones, puede pasar por la escuela en cualquier momento en el siguiente horario Elementary Schools 8:00 a.m. – 3:30 p.m.; Middle Schools 7:30 a.m. – 3:00 p.m. and High School 7:00 a.m. – 2:30 p.m. Para obtener más información, visítenos en www.edsolns.com.

Cuando entregue la Solicitud de inscripción de su hijo(a)/hijos por favor asegúrese de entregar la documentación que se requiere a continuación:

- COPIA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO DE SU HIJO(A)/HIJOS**
- PRUEBA DE DIRECCIÓN – DEBE SER ACTUAL (CONTRATO DE ALQUILER O RECIBO DE ALQUILER, FACTURA DE LUZ O GAS)**
- COPIA DE LA TARJETA DE SEGURIDAD SOCIAL DE SU HIJO(A)/HIJOS**
- COPIA DEL RECORD DE VACUNAS MÁS RECIENTE**

Nuestra misión:

Proporcionar una educación de escuela privada en un ambiente de escuela privada sin costo alguno para usted. Trabajando íntimamente con padres, familiares y amigos: para lograr el mayor nivel de éxito para cada estudiante.



Educational Academy
for Boys and Girls



Cesar Chavez
College Preparatory
School



Midnimo
Cross Cultural
Middle School



Unity Academy
High School

EDUCATIONAL SOLUTIONS FAMILIA DE ESCUELAS
PAQUETE DE INSCRIPCION

FOR PRINCIPAL USE ONLY:
 Approval Signature: _____

Por favor indicar en cual Escuela Usted está inscribiendo a su niño para el 2024-2025 Año Escolar:

César Chávez College Preparatory School
 Grados K- 5
 Teléfono: 614-294-3020
 Fax: 614-299-3680
 8:00 AM-3:30 PM

Educational Academy for Boys and Girls
 Grados K- 5
 Teléfono: 614-351-9397
 Fax: 614-351-8680
 8:00 AM-3:30 PM

Midnimo Cross-Cultural Middle School
 Grados 6- 8
 Teléfono: 614-261-7480
 Fax: 614-261-7481
 7:30 AM-3:00 PM

Unity Academy High School
 Grados 9-12
 Teléfono 614-299-1007
 Fax 614-299-3684
 7:00AM-2:30 pm

POR FAVOR COMPLETAR

Apellido legal del estudiante _____ Primer Nombre legal del estudiante _____

Segundo nombre del estudiante _____ Encierre en un círculo, si corresponde: Jr. II III IV

Género (Encierre en un círculo) M F Fecha de nacimiento del estudiante ____ - ____ - ____ (dd-mm-aaaa)

Prueba de edad: (Encierre en un círculo el que corresponda) Certificado de nacimiento

Otro _____ Número de Seguro Social: _____ - _____ - _____

Etnicidad (Encierre el círculo adecuado)

Indio Americano/Nativo de Alaska	Asiatico/isleño del Pacifico	Negro/Afroamericano (No Hispano)
Hispano	Multiracial	Blanco (No Hispano)
Somalí	Otro _____ (Sea específico)	

Dirección del estudiante _____ Apt. # _____

Ciudad _____ Código postal _____

Tipo de comprobante del domicilio (encierre en un círculo el que corresponda) Declaración del propietario

Arrendamiento Factura de servicios públicos Otro ____

Número de teléfono: _____ Número de celular: _____

Correo electrónico: _____

HA ASISTIDO SU ALUMNO ALGUNA VEZ A UNA ESCUELA PUBLICA? _____ si _____ no

Nombre de la escuela a la cual asistió _____ Distrito escolar _____

Fecha en la cual asistió _____ Grado _____

Según la dirección de su casa, a qué escuela asistirá su hijo _____

¿Califica su hijo para los Servicios de Necesidades Especiales? (IEP, Educación Especial) Sí __N__

En caso afirmativo, ¿de qué tipo? _____

For Office Use Only:

Application checked for completeness (both sides) _____ Date Application Completed: _____

1st Day in School: _____ Date Application Approved: _____ Grade Placement: _____

Waitlisted Date: _____ Time Waitlisted: _____ EMIS completed: _____

S/S: _____ POR: _____ S/R: _____ B/C: _____

Ha sido su niño suspendido o expulsado de otro distrito escolar Sí _____ No _____

Si su respuesta es Sí, ¿cuándo? _____

Información del Padre/Tutor

(Si ambos padres tienen la custodia y/o viven con el alumno, por favor completar la información de ambos padres.)

¿Quién tiene la custodia del estudiante? (Encierre en un círculo)

Ambos Padres Solo la madre Solo el padre Tutor Otro _____

¿Con quién vive el estudiante? (Encierre en un círculo)

Ambos Padres Solo la madre Solo el padre Tutor Otro _____

Por favor completar Información 1er Padre o tutor

Apellido _____

Nombre _____

Dirección _____
Ciudad _____ Código Postal _____
Idioma hablado en el hogar _____
¿Este padre o tutor habla inglés? Sí_ No
¿Quisiera Usted ser voluntario en la escuela? Sí No
¿Es Usted veterano? Sí No
Empleador _____
Número de teléfono de la empresa _____
¿Disponible en el trabajo? Sí No
Número de teléfono de casa _____
Teléfono celular _____
Dirección de correo electrónico _____

Por favor completar información 2do Padre o tutor

Apellido _____

Nombre _____

Dirección _____
Ciudad _____ Código Postal _____
Idioma hablado en el hogar _____
¿Este padre o tutor habla inglés? Sí_ No
¿Quisiera Usted ser voluntario en la escuela? Sí No
¿Es Usted veterano? Sí No
Empleador _____
Número de teléfono de la empresa _____
¿Disponible en el trabajo? Sí No
Número de teléfono de casa _____
Teléfono celular _____
Dirección de correo electrónico _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA (distinto al padre ó tutor)

1ra persona a ser contactada en una emergencia

Apellido _____
Nombre _____
Teléfono empresa _____ ext
Teléfono casa _____
Teléfono móvil _____

2da persona a ser contactada en una emergencia

Apellido _____
Nombre _____
Teléfono empresa _____ ext
Teléfono casa _____
Teléfono móvil _____

Como se enteró de Ed. Solutions (Encierre en un círculo) Radio TV Amigo Periódico Empleado Cartelera Otro _____

EDUCATIONAL SOLUTIONS FAMILIA DE ESCUELAS
FORMULARIO DE INFORMACION DE EMERGENCIA

[Página 1 de 2]

NOMBRE DEL ESTUDIANTE

SEGURO/NÚMERO DE MEDICAID

DIRECCIÓN

NÚMERO DE SEGURO SOCIAL

NÚMERO DE TELEFONO

ESCUELA A LA CUAL ASISTE

La siguiente información es requerida de conformidad con la Sección
3313.712 de Ohio Revised Code.

AUTORIZACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA

Objetivo – Permitir que los padres y tutores autoricen la provisión de tratamiento de emergencia para niños que se enferman o lesionan mientras están bajo la autoridad escolar, cuando padres y tutores no puedan ser contactados.

**PARTE I O PARTE II DEBE SER
COMPLETADA DEBE LLENAR TODOS
LOS ESPACIOS EN BLANCO**

PARTE I (PARA OTORGAR EL CONSENTIMIENTO)

En el caso de intentos razonables de comunicarse conmigo al _____ (teléfono) o
_____ (otro padre) al _____ (teléfono) no hayan tenido
éxito, POR LA PRESENTE DOY MI CONSENTIMIENTO para (1) la administración de cualquier tratamiento que
el (médico de preferencia) Dr. _____ al _____ (teléfono)
o (dentista de preferencia) Dr. _____ al _____ (teléfono),
o en el caso que el médico de preferencia DESIGNADO no este disponible, por otro médico o dentista autorizado; y
(2) trasladar al niño a _____ (hospital de preferencia) o a cualquier hospital
razonablemente accesible. Esta autorización no cubre una cirugía mayor a menos que se obtengan las opiniones
médicas de otros dos médicos o dentistas autorizados, que coincidan en la necesidad de dicha cirugía, antes de
realizarla. HECHOS RELACIONADOS CON ANTECEDENTES MÉDICOS DEL NIÑO, INCLUYENDO
ALERGIAS, MEDICAMENTOS QUE SE TOMAN Y CUALQUIER OTRO IMPEDIMENTO FÍSICO sobre el
cual se debe alertar al médico:

Fecha

Firma del padre o tutor

NO COMPLETE LA PARTE II SI COMPLETO LA PARTE I

PARTE II (NEGACIÓN A OTORGAR EL CONSENTIMIENTO)

NO doy mi consentimiento para el tratamiento médico de emergencia de mi hijo. En caso de enfermedad o lesión que requiera tratamiento de emergencia, deseo que las autoridades escolares NO TOMEN MEDIDA O QUE:

Fecha

Firma del padre o tutor

FORMULARIO DE INFORMACION DE EMERGENCIA

[Página 2 de 2]

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____

Apellido 1erNombre 2doNombre

Idioma hablado por el niño: _____

El niño vive con: (encierre en un círculo) MADRE, PADRE, PADRE DE CRIANZA, GUARDIÁN

Apellido del padre o la madre _____ Nombre _____

Dirección _____ Apt. _____ Zip _____

Número de teléfono _____ Número alternativo _____

Nombre del empleador _____

Médico de atención primaria: _____

Teléfono # del medico: _____

DURANTE LAS HORAS DE ESCUELA

Cuando no se pueda localizar a los padres en caso de emergencia, llamar:

1. _____
Nombre Dirección Número de Teléfono

2. _____
Nombre Dirección Número de Teléfono

ENTREVISTAS CON LOS MEDIOS Y PUBLICACION DE FOTOS

De vez en cuando, agencias externas (estaciones de radio o televisión locales, periódicos o agencias comunitarias/estatales) destacan programas ejemplares en nuestra área. Esto a menudo implica grabar videos o tomar fotografías de los estudiantes en el salón de clases y/o pedirles sus opiniones o preguntas sobre sus experiencias educativas.

Al tiempo que reconocemos que el público tiene el derecho y la responsabilidad de acceder a la información sobre las actividades de nuestra escuela; EDUCATIONAL SOLUTIONS COMPANY es muy selectiva al otorgar dicho acceso al aula. Indique su opinión con respecto a la participación de su hijo en eventos de los medios firmando una de las siguientes declaraciones.

AUTHORIZATION ----- MEDIA & PHOTO RELEASE

Yo, padre/tutor de _____ **DOY** mi permiso para que mi hijo participe en entrevistas con los medios/cintas de video/fotografías aprobadas y libero a la escuela y a dicha agencia de todos los reclamos **basados en esta actividad**.

FIRMA _____

FECHA: _____

Yo, padre/tutor de _____ **NO DOY** mi permiso para que mi hijo participe en entrevistas/cintas de video/fotografías aprobadas por los medios.

FIRMA _____

FECHA: _____

SOLICITUD DE EXPEDIENTES

Sólo con fines informativos:

De acuerdo con el Reglamento Final – Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Enmienda Buckley) del 17 de junio de 1976; Ya no es necesario obtener consentimiento por escrito para divulgar registros entre escuelas. Establece que los funcionarios escolares, incluidos los maestros dentro de la institución educativa y los funcionarios de otros sistemas escolares en los que el estudiante tenga la intención de inscribirse, pueden recibir los registros del estudiante **SIN** consentimiento por escrito para dicha divulgación.

Por favor indicar en cual escuela está matriculado su hijo:

- César Chávez College Preparatory Grados K- 5
- Educational Academy for Boys & Girls Grados K-5
- Midnimo Cross Cultural Middle School Grados 6-8
- Unity Academy High School Grados 9-12

ENCUESTA DE INFORMACIÓN DE HOGARES

Participaremos en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP) bajo el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP). Bajo esta opción, todos los niños de la escuela reciben un desayuno/almuerzo sin costo independientemente de si completan este formulario. Sin embargo, para determinar la elegibilidad para varios beneficios adicionales de programas estatales y federales para los cuales la escuela de su hijo puede calificar, complete, firme y devuelva esta solicitud al edificio de su escuela si sus ingresos están dentro o por debajo de las pautas enumeradas en el siguiente cuadro.

PAUTAS DE INGRESOS – 185% Directrices que entrarán en vigor desde el 1 de julio de 2023 hasta el 30 de junio de 2024

Número de personas en la familia o tamaño del hogar	Anual	Mensual	Dos veces por mes	Cada dos semanas	Semanal mente
1	\$26,973	\$2,248	\$1,124	\$1,038	\$519
2	36,482	3,041	1,521	1,404	702
3	45.991	3,833	1,917	1,769	885
4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068
5	65,009	5,418	2,709	2.501	1,251
6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434
7	84.027	7,003	3,502	3.232	1,616
8	93,536	7,795	3.898	3,598	1,799
Cada miembro adicional	+9,509	+793	+397	+366	+183

Si algún miembro de su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) (anteriormente cupones de alimentos) u Ohio Works First (OWF), proporcione el nombre y el número de caso de 7 dígitos de la persona que recibe los beneficios y luego continúe con la Sección 4. Si nadie recibe estos beneficios, comience con la Sección 1.

Nombre: _____ Numero de caso de 7 dígitos: _____

INSTRUCCIONES: Complete esta encuesta y regrésela a la escuela de su hijo.

Las siguientes selecciones deben ser completadas por el jefe de familia o su designado:

1. **TAMAÑO DE FAMILIA** Indique el número total de personas que viven en su hogar, incluidos todos los adultos y niños:

2. **INFORMACION DEL ESTUDIANTE** - Complete para cada estudiante desde preescolar hasta el grado 12.

Apellido	Primer Nombre	Fecha de nacimiento MM-DD-AA	Escuela	Identificar: H = Sin hogar M = Migrante R = Fugitivo F = Crianza
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Para líneas adicionales, adjunte una segunda hoja a esta encuesta o adjunte una copia de esta encuesta claramente marcada como Página 2.

3. **TOTAL DE INGRESOS MENSUALES EN EL HOGAR:** informe los ingresos de todos los miembros del hogar, excluyendo a los niños de crianza. Si ha informado un número de caso arriba, no complete esta sección. Continúe con la sección 4.

Tipo de Ingreso	Ingreso	Encierre en un círculo
1. Ingresos brutos Mensuales: Sueldos, Salario, Comisiones	\$	Ninguno
2. Pagos mensuales de asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia	\$	Ninguno
3. Pagos Mensuales de Pensiones, Jubilación, Seguro Social	\$	Ninguno
4. Dividendos mensuales o intereses sobre ahorros	\$	Ninguno
5. Compensación Laboral Mensual, Desempleo, Beneficio de Huelga	\$	Ninguno
6. Otros ingresos mensuales (SSI, VA, discapacidad, agricultura, otros)	\$	Ninguno
Ingreso mensual total del hogar (Agregar líneas 1-6)	\$	

3. **FIRMA** - Si se completa la sección de ingresos, el adulto que firma el formulario también debe incluir los últimos cuatro (4) dígitos de su número de Seguro Social o marcar la casilla "No tengo un número de Seguro Social" a continuación.

<p>Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se declaran todos los ingresos. Entiendo que la escuela será elegible para ciertos fondos federales y/o estatales según la información que proporciono. Entiendo que los funcionarios de la escuela pueden verificar (corroborar) la información. Entiendo que si doy información falsa intencionalmente, mi hijo puede perder beneficios y puedo ser procesado. Firme aquí: X _____ Nombre: _____ Fecha _____ Últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social XXX-XX _____ Yo no tengo número de Seguro Social</p>			
Dirección		Ciudad	Código Postal
Teléfono de casa	Teléfono de Oficina	Correo electrónico	
<small>Al proporcionar su dirección de correo electrónico, es posible que el distrito se comuniqué con usted por correo electrónico..</small>			

<p>Solo para Uso Interno: Please circle one option.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> QUALIFIES <input type="radio"/> DOES NOT QUALIFY </p>



Unity Academy High School



Midnimo Cross Cultural Middle School



Cesar Chavez College Preparatory School



Educational Academy for Boys and Girls

Consentimiento de los padres para la divulgación de los registros estudiantiles

Por favor devuelva la información a la escuela marcada arriba

_____ 1ª Solicitud _____ 2ª Solicitud _____ 3ª Solicitud
(Fecha) (Fecha) (Fecha)

Registros oficiales solicitados a _____ para:

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Grado actual: _____

El estudiante mencionado ha completado todos los requisitos de inscripción para estudiantes nuevos y ahora esta oficialmente inscrito en la escuela marcada arriba.

El estudiante mencionado anteriormente se convirtió en estudiante activo en _____

Está autorizado a divulgar todos los registros que pueden incluir lo siguiente:

- Transcripciones/Registros Académicos (nombre, fecha de nacimiento, grado completado, calificaciones y asistencia)
- Boletas de calificaciones e informes de progreso
- Documentos de custodia, certificados de nacimiento.
- Calificaciones/créditos de retiro
- Registros de Salud (registros de vacunas)
- AIR/OAT/OAA/PARCC/OGT/Registros de pruebas estatales
- Evaluación de diagnóstico K-3
- Datos de evaluación de preparación para el jardín de infantes
- Documentación de Garantía de Lectura de 3er Grado
- Datos de intervención (RTI/IAT)
- I.E.P/E.T.R. y todos los registros de necesidades especiales (si corresponde)
- Evaluación LEP/ESL y/o información OTELA/OELPA
- Otra información pertinente

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Nombre impreso del padre/tutor: _____

De acuerdo con el Reglamento Final – Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (Enmienda Buckley) de junio 17, 1976; Ya no es necesario obtener consentimiento por escrito para divulgar registros entre escuelas, establece que los funcionarios escolares, incluidos los maestros dentro de la institución educativa y los funcionarios de otros sistemas escolares en los que el alumno pueda tener la intención de inscribirse, pueden recibir el registro sin consentimiento por escrito para dicha divulgación.