

NOSOTROS ACADEMY (K-12)

Formulario De Registró

Año Escolar 2026 - 2027

Office Use Only: Grade _____	Start Date _____	Infinite Campus Date _____
Teacher _____	SAIS ID _____	Official Notice of Withdrawal _____
ESS _____ ELL _____	Military Student Identifier _____	Summer School: _____
		School Year 26-27 : _____
		Re-Enrollment ____/____/____

INFORMACION DEL ESTUDIANTE **Grado de Ingreso:** _____

Apellido Paterno _____ Nombre _____ 2o Nombre _____

Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ C.P. _____

Tel. Celular del **Estudiante** _____

Género: M ___ F ___ Fecha de Nacimiento: _____ País de Origen: _____ Estado de Origen: _____

Responda en ambas partes:

Parte A: Hispano/Latino: _____ **Parte B:** Blanco ___ Negro/Afro-Americano ___ Asiático ___

Sí ___ No ___ Indio Americano/Nativo de Alaska ___ Hawái/Otras Islas del Pacífico ___

Padece el estudiante de alguna condición médica o alergia? (En caso afirmativo, favor de explicar.)

Toma el estudiante alguna medicina por prescripción médica? (En caso afirmativo, favor de explicar.)

Ha participado el estudiante en el Programa de Educación Adaptable/Especial? Sí ___ No ___

(En caso afirmativo, favor de responder a la siguiente pregunta.)

Se realizó un Plan Educativo Individual (IEP)? Sí ___ No ___ (En caso afirmativo, proporcione una copia destinada a la continuidad de los servicios y no como condición para la inscripción. Proporcionar esta información es opcional).

Alguna vez se evaluo a su estudiante? Si ___ No ___ mas información _____

Padre/Madre/Guardian e contacto de emergencia:

1° De Primaria

Apellido _____ Nombre _____ Parentesco _____

Tel. en Casa _____ Correo Electrónico _____

Tel. Celular _____ Tel. en el Trabajo _____

Correo electrónico _____

Segundo

Apellido _____ Nombre _____ Parentesco _____

Tel. en Casa _____ Tel. en el Trabajo _____ Tel. Celular _____

Tercera

Apellido _____ Nombre _____ Parentesco _____

Tel. en Casa _____ Tel. en el Trabajo _____ Tel. Celular _____

***Solo las personas en este formulario pueden sacar al estudiante de la escuela**

Escuelas previas. (Empiece por la más reciente)

Escuela _____ Año _____ Escuela _____ Año _____

Fecha de la última asistencia _____ Razón del retiro _____

Expulsado(a) _____ Fecha _____ Razón: _____

Las siguientes firmas establecen que hemos leído el Manual para Estudiantes y Padres. Confirmamos que hemos leído el Convenio Entre Estudiante-Padres-Escuela en dicho manual, que respetaremos todas las políticas establecidas, y que toda información en esta solicitud está completa y es correcta a nuestro saber. Comprendemos que la omisión o falsedad de parte de la información solicitada puede resultar en la revocación de la inscripción del estudiante en Nosotros Academy.

Firma del Estudiante

Fecha

Firma del Padre/Madre/ o Tutor

Fecha

Nosotros Academy
Elegibilidad bajo el decreto McKinney-Vento

Este cuestionario cumple con los requisitos de la parte C del decreto McKinney-Vento, Title X, de la ley federal Que Ningún Niño Se Quede Atrás. Sus respuestas nos ayudarán a decidir los servicios para los cuales Ud. pueda ser elegible. Va adjunta una descripción del decreto McKinney-Vento. El acto de completar este cuestionario es voluntario.

1. ¿Es temporal su dirección actual? Sí ____ No ____
2. ¿Es temporal su dirección porque perdió domicilio o por falta de ingresos? Sí ____ No ____

Si Ud. contestó “NO” a estas dos preguntas, no siga adelante. Gracias.

El resto de este cuestionario es voluntario, también. Sus respuestas nos darán a saber de que Ud. tiene interés en los servicios bajo McKinney-Vento. Si contestó “Sí” a las preguntas de arriba, favor de completar el resto del cuestionario. Es el único que Ud. necesita completar por todos sus hijos.

Nombre de los adultos en el hogar	Nombre de los adultos en el hogar

Escuela	Alumno/a	Grado	Dirección	Teléfono

1. Actualmente, ¿En dónde viven los alumnos mencionados arriba? (Marque una casilla.)

- ☐ Con parientes o amigos
- ☐ En un motel
- ☐ En un refugio
- ☐ Se mudan de un lugar a otro
- ☐ En un lugar no tradicional (campamento, carro, lugar público, etc.)

2. ¿Tiene Ud. niños de edad preescolar en el hogar, también? Sí ____ No ____

3. ¿Es Ud. un estudiante de preparatoria que actualmente vive solo? Sí ____ No ____

Los jóvenes no acompañados también son elegibles para los servicios bajo el decreto.

Nombre del solicitante: _____ Fecha: _____

Reglamento del decreto McKinney-Vento

Si es temporal donde Ud. vive y también es por falta de ingresos suficientes, pudiera ser elegible para los servicios bajo el decreto McKinney-Vento. Esta ley les pretende ofrecer un sentido de estabilidad escolar a los alumnos de familias sin domicilio fijo.

Si la situación en la cual Ud. vive es una de las siguientes, hable con el intermediario de Nosotros Academy que se encarga de los servicios para familias sin hogar:

- ♦ Si Ud. vive con amigos o parientes o si se muda de un lugar a otro porque actualmente no tiene ingresos para tener su propio domicilio.
- ♦ Si Ud. vive en un refugio o en un motel.
- ♦ Si Ud. vive en un lugar sin agua o electricidad.
- ♦ Si Ud. vive en un lugar que no se considera una residencia tradicional, p. ej. en un carro o campamento.

Si es estudiante y vive con alguien que no es su padre o tutor (o si se muda de un lugar a otro sin sus padres/tutores), Ud. puede ser elegible bajo la categoría de “Joven no acompañado”.

Los niños que califican bajo McKinney-Vento tienen derecho a:

- ♦ Regresar a la escuela en donde asistieron antes de que la familia tuviera que mudarse a una dirección temporal por necesidad económica. No importa que sea de otro distrito escolar. La selección de escuela tiene que ser razonable y en pro de la necesidad del alumno. Si Ud. no está seguro, chequee con el intermediario para familias sin hogar.
- ♦ Asistir a la escuela más cercana al refugio.
- ♦ Continuar en esta escuela durante el resto del año escolar si resulta que la familia tiene que mudarse a una dirección temporal por necesidad económica.
- ♦ Recibir transporte para asistir a la escuela mientras que se alojan temporalmente.
- ♦ Asistir de inmediato mientras que el personal de la escuela ayuda a que la familia consiga los registros escolares, de vacunas, u otros documentos necesarios para inscribirse.
- ♦ Matricularse sin tener una dirección permanente.
- ♦ Participar en los programas y servicios igual que los otros alumnos.
- ♦ Recibir los servicios de *Title I*, inclusive el desayuno y el almuerzo gratis.



Departamento de Educación de Arizona Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante _____ Nombre de Escuela NOSOTOS ACADEMY K-12

Distrito Escolar o Escuela Chárter NOSOTROS INC.

Padre/Tutor Legal _____

Como el padre del estudiante o representante legal, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestrami nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- ____ Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- ____ Tarjeta vigente del Programa de Confidencialidad de Dirección de Arizona.
- ____ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- ____ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- ____ Contrato de renta de casa/residencia
- ____ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- ____ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- ____ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- ____ Talón del cheque de paga
- ____ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- ____ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- ____ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir la tarjeta de identificación consular.
- ____ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.
- ____ Instalación temporal de alojamiento en la base (para familias militares)

Firma del Padre/Custodio legal

Fecha

* Para los miembros de las fuerzas armadas, la aportación de documentación verificable no sirve como declaración de residencia oficial para el impuesto sobre la renta u otros fines legales. Los miembros del servicio armado pueden utilizar un centro de alojamiento temporal en la base como dirección para la prueba de residencia.



Estado de Arizona
Declaración Jurada de Residencia
Compartida

Nombre del Estudiante: _____

Nombre del Padre/Custodio Legal: _____

Nombre de la Escuela: NOSOTROS ACADEMY (K-12)

Distrito Escolar o Propietario de Escuela Subvencionada: NOSOTROS INC.

Nombre del Residente de Arizona: _____

Yo, (nombre del residente de Arizona) _____ juro o afirmo
quesoy un residente del Estado de Arizona y que las siguientes personas viven conmigo en mi
residencia, descrito de la siguiente manera:

Las personas que viven conmigo:

Ubicación de me residencia:

Yo presento en apoyo de esta declaración una copia del siguiente documento que muestra mi
nombre y dirección de residencia actual o descripción física de mi propiedad.

- _____ Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- _____ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- _____ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- _____ Contrato de renta de casa/residencia
- _____ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- _____ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- _____ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- _____ Talón del cheque de paga
- _____ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.

- _____ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- _____ Tarjeta de identificación consular emitida por un gobierno extranjero como forma válida de identificación si el gobierno extranjero utiliza técnicas de verificación biométrica al emitir la tarjeta de identificación consular.
- _____ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.

Nombre impreso del declarante: _____

Firma del declarante: _____

Acknowledgment

Estado de Arizona

Condado de _____

Lo anterior fue reconocido ante me este _____ día de _____, 20____,

Por _____.

Mi comisión se vence:

Notario Publico



2026 - 2027

Medios escolares y formulario de publicación de publicaciones

Hay ocasiones en que Nosotros Academy invita a los medios de comunicación, incluyendo reporteros de televisión y/o periódicos, o una publicación escolar, es decir, yearbook y periódicos escolares para cubrir un proyecto escolar en particular, actividad u otros eventos.

El propósito de este Formulario de Comunicado de Prensa es solicitar su permiso, por adelantado, para permitir que la información sobre el trabajo escolar de su hijo/hija y los logros académicos y deportivos se publique se transmita en los próximos eventos de iniciados por Nosotros Academy.

NOTA: Las calificaciones de los estudiantes, oh las direcciones de domicilio y los números de teléfono personales NO se darán a conocer en relación con un evento iniciado por Nosotros.

- ☐ Doy mi permiso para que se publique o difunda información sobre el trabajo escolar de mi hijo/hija y los logros académicos o deportivos en relación con un evento iniciado por Nosotros.
- ☐ **No doy** mi permiso para que se publique o difunda información sobre el trabajo escolar de mi hijo/hija y/o el trabajo escolar de mi hijo/o hija y/o los logros académicos o deportivos en relación con un evento iniciado por Nosotros.

Nombre del estudiante: _____

Nombre del padre/tutor (por favor imprima): _____

Firma de padre/tutor: _____ Fecha: _____

Formulario de permiso de viaje de campo

Yo _____ (nombre{s} de los padres o tutores) dar permiso para que mi/nuestro hijo _____ En caso de que mi hijo se lesione, solicito que el(los) encargado de la excursión(s) aseguren servicios médicos de emergencia para ayudar a mi hijo, si a su juicio tales servicios son necesarios. Como padres/tutores, yo hemos decidido (con o sin ningún consejo médico) que mi hijo es física, mental y socialmente capaz de participar, y yo/reconocemos que cualquier seguro médico o de accidentes que consideremos necesario será mi nuestra responsabilidad de localizar y comprar seguro médico. Por la presente, expongo a la Academia y a sus empleados de responsabilidad por cualquier daño, lesión o pérdida que pueda ocurrir mientras mi hijo está participando en excursiones.

Firma de estudiante: _____

Date: _____

Firma de padre/tutor: _____

Date: _____



PERMISO DE LOS PADRES PARA DAR MEDICAMENTOS DE VENTA LIBRE “OCASIONALMENTE”

Nombre del Estudiante: _____ Date of Birth: _____ Grado: _____

Los medicamentos de venta libre (OTC) son medicamentos que no requieren receta médica y se compran "sin receta". Se requiere este formulario antes de que se puedan administrar medicamentos de venta libre en la escuela. Las excepciones a esto son los medicamentos homeopáticos / herbales y la aspirina, que requieren completar el formulario "Permiso para dar medicamentos recetados / homeopáticos en la escuela".

POR FAVOR INICIAL CADA MEDICACIÓN QUE USTED ESTÁ DANDO PERMISO

- ☐ Yo **apruebo todos** los medicamentos enumerados a continuación.
☐ Yo **no quiero que le den medicamentos de venta libre (OTC) a mi estudiante**

TÓPICA:

- ☐ Crema antibiótica (ej. Bacitracin Cream, Polysporin)
☐ Crema de hidrocortisona (ej. Cortaid)
☐ Crema Benadryl (ej. Caladryl, Diphenhydramine)
☐ Protector solar
☐ Productores orales que contienen benzocaína (oragel, chloraseptic)
☐ Tintura de Benzon, Mastisol (ayuda a que la cinta se adhiera)
☐ Geles para quemaduras
☐ Gotas para los ojos para la sequedad

ORAL:

- ☐ Ibuprofeno (ej. Advil, Motrin, Nuprin)
☐ Acetaminofén (ej. Tylenol)
☐ Neutralizador de acidez (ej. Mylanta, Maalox, Tums)
☐ Medicamentos para el resfriado (Guaifenesin, Pseudoephedrine, Phenylephrine)
☐ Antihistamínico (ej. Benadryl, chlorpheniramine, Loratadine)
☐ Jarabe para la tos

Consulte con la oficina para ver qué medicamentos están disponibles para los estudiantes y qué medicamentos necesitará suministrar. Los medicamentos de venta libre se administrarán a la dosis recomendada por el fabricante.

LOS MEDICAMENTOS INDICADOS ARRIBA PUEDEN SER ADMINISTRADOS A MI

Firma del padre/guardian

Fecha

Al enviar medicamentos de venta libre a la escuela, deben estar en el envase original del fabricante con la etiqueta intacta o el medicamento no será aceptado. Por razones de seguridad, se solicita a los padres que traigan el medicamento directamente a la oficina. El medicamento debe sellarse en un sobre en el envase original del fabricante. En el caso de que un adulto no pueda traer la medicina a la escuela, se pueden hacer arreglos llamando a la oficina.

La escuela no puede suministrar medicamentos para uso frecuente o diario.

Para los medicamentos de venta libre que no figuran en este formulario, o si el medicamento debe administrarse diariamente, utilice el formulario "Permiso para administrar medicamentos de venta libre en la escuela".

HISTORIAL DE MEDICAMENTO:

¿Su estudiante es alérgico a algún medicamento?

- ☐ No
☐ Si : En caso afirmativo, enumere los medicamentos y el tipo de reacción: _____

¿Toma su estudiante algún medicamento (de venta libre o recetado) regularmente?

- ☐ NO
☐ YES En caso afirmativo, indique: _____



Arizona Department of Education
Office of English Language Acquisition Services

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendices del idioma inglés de Arizona (AZELLA).** Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse antes de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar *la mayoría* del tiempo?

2. ¿Qué idioma habla el estudiante *la mayoría* del tiempo?

3. ¿Qué idioma habló o entendió el estudiante *primero*?

Nombre del estudiante_____		Distrito	
Fecha de nacimiento_____		Núm. de identificación_____	
Firma del padre o tutor_____		SSID_____	
Distrito o Charter_____		Fecha_____	
Escuela_____			

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site.

In AzEDS, please enter all three HLS responses.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1),(2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona. (Revised 05-2023)



Estimado Padre/Guardián:

Queremos informarle que **Nosotros Academy** participará en la **Provisión de Elegibilidad Comunitaria (Community Eligibility Provision, CEP)** durante el año escolar **2026–2027**. Este programa, financiado por el gobierno federal, permite que todos los estudiantes inscritos en las escuelas participantes reciban un desayuno y un almuerzo saludables **sin costo alguno** cada día escolar; **no es necesario presentar una solicitud para recibir comidas escolares**.

¿Qué significa esto para su estudiante?

- Todos los estudiantes inscritos recibirán **un desayuno y un almuerzo gratuitos** cada día escolar.
- No es necesario presentar una solicitud para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.
- Las familias **sí deben completar un Formulario Alternativo de Ingresos**-(consulte el formulario adjunto).

Si su estudiante recibe beneficios estatales, **no es necesario completar este formulario**. El Formulario Alternativo de Ingresos no se utiliza para determinar la elegibilidad para recibir comidas escolares; **sin embargo, la información es importante para determinar el financiamiento de otros programas federales y estatales**.

Si podemos brindarle asistencia adicional, comuníquese con nosotros al correo electrónico **food@nosotrosacademy.org**.

Atentamente,

Jesús Pérez, Superintendente

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual

puede obtenerse en línea en: <https://ccmedia.fdacs.gov/content/download/115494/file/Complaint-Form-Spanish-ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866)

632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250

(2) fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.



NOSOTROS ACADEMY
K-12 COLLEGE & CAREER

Formulario Alternativo para Elegibilidad Basada en Ingresos

Pauta de ingresos 2026- 2027 para determinar la elegibilidad por ingresos para diversos programas estatales y federales. Este formulario debe ser utilizado por los hogares con estudiantes que asisten a escuelas que no ofrecen el Programa Nacional de Almuerzos Escolares (NSLP), o por hogares con estudiantes que asisten a escuelas que operan una disposición especial del NSLP en un año que no es el año base. Las organizaciones deben conservar los formularios completos durante cinco años.

Definición de los ingresos: Incluya todos los ingresos, como salarios antes de deducciones, ingresos por trabajo independiente, asistencia pública, Seguro Social, pensiones, jubilación, compensación por desempleo, compensación laboral, ayuda para hijos dependientes, pensión alimenticia, manutención infantil, seguros o anualidades, etc.

Exclusión: El valor de las comidas, la leche o los beneficios EBT para los niños NO debe considerarse ingreso del hogar.

¿Su hogar está dentro o por debajo de las pautas de ingresos actuales según la tabla adjunta de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (ESEA), modificada por la Ley Every Student Succeeds Act?

Si, Elegibilidad por ingresos 2

Por favor, marque todas las Casillas
que apliquen:

Si, Elegibilidad por ingresos 1

No:

Si, SNAP/TANF

Si, Medicaid

Ninguno:

Si su hogar califica, complete la información para cada estudiante:

Nombre del estudiante

Nombre de la escuela

El estado de elegibilidad es válido desde la fecha de la firma hasta el final del año escolar correspondiente.

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta.

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha: _____

May 2026

Guía de Elegibilidad por Ingresos 1 de julio de 2026 al 30 de junio de 2027

Elegibilidad por Ingresos 1

Elegibilidad por Ingresos 2

FRECUENCIA DE INGRESO RECIBIDO

FRECUENCIA DE INGRESO RECIBIDO

Familia Tamaño	Anual	Mensual	2x Mes	Quincenal	Semanal	Familia Tamaño	Anual	Mensual	2x Mes	Quincenal	Semanal
1	\$20,748	\$1,729	\$865	\$798	\$399	1	\$29,526	\$2,461	\$1,231	\$1,136	\$568
2	\$28,132	\$2,345	\$1,173	\$1,082	\$541	2	\$40,034	\$3,337	\$1,669	\$1,540	\$770
3	\$35,516	\$2,960	\$1,480	\$1,366	\$683	3	\$50,542	\$4,212	\$2,106	\$1,944	\$972
4	\$42,900	\$3,575	\$1,788	\$1,650	\$825	4	\$61,050	\$5,088	\$2,544	\$2,349	\$1,175
5	\$50,284	\$4,191	\$2,096	\$1,934	\$967	5	\$71,558	\$5,964	\$2,982	\$2,753	\$1,377
6	\$57,668	\$4,806	\$2,403	\$2,218	\$1,109	6	\$82,066	\$6,839	\$3,420	\$3,157	\$1,579
7	\$65,052	\$5,421	\$2,711	\$2,502	\$1,251	7	\$92,574	\$7,715	\$3,858	\$3,561	\$1,781
8	\$72,436	\$6,037	\$3,019	\$2,786	\$1,393	8	\$103,082	\$8,591	\$4,296	\$3,965	\$1,983
Cada Miembro Adicional Agregue:	+\$7,384	+\$616	+\$308	+\$284	+\$142	Cada Miembro Adicional Agregue:	+\$10,508	+\$876	+\$438	+\$405	+\$203

Si todos los ingresos se reciben con la misma frecuencia

Ejemplo: pensión = \$100 / mensual & pensión = \$300/mensual

NO utilice factores de conversión

Si los ingresos provienen de diferentes frecuencias de pago, conviértalos a ingresos anuales.

Ejemplo: pensión = \$100 / mes y pensión = \$300 / semanal

Ingreso tiene que convertirse a anual.

Ingreso Anual = Mensualidad x 12

Ingreso Anual = 2 veces por mes x 24

Ingreso Anual = Cada 2 semanas (Quincenal) x 26

Ingreso Anual = Semanal x 52

NO redondee los valores obtenidos.



Medical Statement for Students with Special Dietary Accommodations

This form is used to request Dietary Accommodations in the U.S. Department of Agriculture (USDA) Child Nutrition Programs such as the National School Lunch Program, School Breakfast Program, Afterschool Snack Program, and Summer Food Service Program.

Send completed forms to:

For any questions, please contact:

Part 1: To be completed by a parent/guardian

Child's Name: _____ Birth Date: _____

School Name: _____ Child's Grade: _____

Student ID #: _____

Parent/Guardian Name: _____ Cell Phone: _____

Email: _____ Work Phone: _____

Parent/Guardian Signature: _____

Part 2: To be completed by state licensed healthcare professionals*

*For purposes of Child Nutrition Programs, only a "Licensed Healthcare Professional" is permitted to complete and sign a medical statement for meal accommodations in the Child Nutrition Programs. Medical professionals permitted to complete and sign a medical statement for meal accommodations in the Child Nutrition Programs administered in Arizona include Registered Dietitians, Dentists, Homeopathic Physicians, Naturopathic Physicians, Nurse Practitioners, Osteopathic Physicians, Physician Assistants, and Physicians.

A. List of foods/ingredients to be omitted from the diet.

B. Provide a brief explanation of how exposure to the food affects the child.

C. List of foods/ingredients that can be substituted into the diet to accommodate the dietary restrictions.

☐ This medical statement is **permanent**.

(This medical statement will remain in effect during the time the student is enrolled. A new medical statement will be required to change any aspect of information provided in this medical statement.)

☐ This medical statement is **temporary**.

(This medical statement will remain in effect for the current school year. A new medical statement will be required annually.)

Licensed Healthcare Professional Name: _____

Office Phone Number: _____

Licensed Healthcare Professional Signature: _____

Date: _____