Estudiante nuevo

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT

Students Rise. We All Rise.

Paquete de vuelta a clases

Complete este paquete de vuelta a clases si es un nuevo inscripto al DPSCD para el año escolar 25-26. El paquete de vuelta a clases contiene formularios complementarios importantes que deben completarse antes de comenzar el año escolar.

Nombre de la escuela:_____

Nombre del estudiante:_____

Fecha de nacimiento del estudiante:_____

Dirección:_____

Nombre del padre/madre:_____

Teléfono del padre/madre:_____

¿Le interesa el voluntariado en su escuela o en el DPSCD?
Escanee el código QR o visite el sitio web a continuación.
bit.ly/DPSCDvolunteerapplication

Para obtener más información, póngase en contacto con su escuela, visite detroitk12.org/backtoschool o llame al 313-240-4377.

El DPSCD no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, orientación sexual, identidad de género, discapacidad, edad, religión, altura, peso, ciudadanía, estado civil o familiar, estado militar, ascendencia, información genética o cualquier otra categoría legalmente protegida, en sus programas y actividades educativas, incluidos el empleo y las admisiones. ¿Preguntas? ¿Preocupaciones? Contacte al Coordinador de Derechos Civiles al (313) 240-4377 o dpscd.compliance@detroitk12.org o 3011 West Grand Boulevard, Piso 14, Detroit MI 48202.

DETROIT PUBLIC SCHOOLS COMMUNITY DISTRICT

Recopilación de Datos de Afiliación Tribal

NOTA: Responder a este cuestionario es opcional. La información recopilada apoyará la coordinación y comunicación con las Naciones Tribales y ayudará al distrito a determinar su elegibilidad para solicitar fondos adicionales destinados a apoyar a los estudiantes indígenas.

Para esta recopilación de datos, la afiliación tribal se refiere a una persona con vínculos a una o más Naciones Indígenas a través de la ciudadanía, membresía, inscripción o descendencia.

Pregunta A: **¿Este estudiante tiene afiliación tribal?**

- ☐ **Sí, el estudiante tiene afiliación tribal**
- ☐ **No, el estudiante no tiene afiliación tribal**

Pregunta B: **Si el estudiante tiene afiliación tribal, ¿cuál es su afiliación tribal principal?**

(Elija solo una)

- ☐ **Comunidad India de Bay Mills**
- ☐ **Banda Grand Traverse de Indígenas Ottawa y Chippewa**
- ☐ **Comunidad India de Hannahville**
- ☐ **Comunidad India de Keweenaw Bay**
- ☐ **Banda Lac Vieux Desert de Indígenas Chippewa del Lago Superior de Michigan**
- ☐ **Banda Little River de Indígenas Ottawa**
- ☐ **Banda Little Traverse Bay de Indígenas Odawa**
- ☐ **Banda Match-e-be-nash-she-wish de Indígenas Pottawatomi de Michigan**
- ☐ **Banda Nottawaseppi Huron de los Potawatomi**
- ☐ **Banda Pokagon de Indígenas Potawatomi**
- ☐ **Tribu India Saginaw Chippewa de Michigan**
- ☐ **Tribu Sault Ste Marie de Indígenas Chippewa**
- ☐ **No está en la lista**

DPSCD does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, sexual orientation, gender identity, disability, age, religion, height, weight, citizenship, marital or family status, military status, ancestry, genetic information, or any other legally protected category, in its educational programs and activities, including employment and admissions Questions? Concerns? contact the Civil Rights Coordinator at (313) 240-4377 or dpscd.compliance@detroitk12.org or 3011 West Grand Boulevard, 14th Floor, Detroit MI 48202

Oficina de Nutrición Escolar

Complejo de Servicios de Apoyo, Edificio C • 1601
Farnsworth • Detroit, MI 48211
(313) 578-7220

detroitk12.org

1 de julio de 2025

Estimado padre/madre o tutor:

Nos complace informarle que el Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit seguirá participando en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP, por sus siglas en inglés) como parte del Programa Nacional de Almuerzo y Desayuno Escolar para el año académico 2025-2026.

Nuestra participación en el CEP asegura que todos los estudiantes inscritos en una escuela del Distrito recibirán un desayuno y un almuerzo saludables a diario **SIN CARGO** para su hogar.

Para mantener el estatus de nuestro programa, los padres, madres y tutores **deben completar y firmar el formulario de beneficios educativos,** (*antes conocido como formulario de información del hogar*). Este formulario es **fundamental** para determinar la cantidad de dinero que su hijo/a recibirá de una variedad de programas suplementarios estatales y federales como Título I A, En-riesgo (31a), Título II A, E-Rate, etc.

El financiamiento de estos programas suplementarios tiene el potencial de brindar apoyos y servicios adicionales para nuestros estudiantes. Entre los servicios y apoyos disponibles se incluyen:

- Apoyos didácticos (personal, suministros y materiales, etc.)
- Exención de tasas de solicitud (solicitudes universitarias, pruebas ACT/SAT, etc.)
- Descuentos para servicios de internet
- Tarjetas de descuento para el autobús para estudiantes
- Suministros y actividades para la participación de los padres/madres y la comunidad
- Tecnología escolar

Le rogamos que devuelva el formulario de beneficios educativos a la escuela de su hijo lo antes posible para garantizar que se disponga de fondos adicionales para satisfacer las necesidades de nuestros estudiantes.

Si podemos ser de más ayuda, póngase en *contacto con nosotros al (313) 578-7220.*

Atentamente,

El Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit

El DPSCD no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad y/o,
religión Contacte a Cumplimiento para obtener más información al (313) 240-4377 o detroitk12.org/admin/compliance

FORMULARIO DE BENEFICIOS EDUCATIVOS

Distrito:_____Escuela: _____

PARTE A: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE- Completar para cada estudiante de Pre-K a 12º grado

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Grado	Escuela	**Identifique** **H** si no tiene hogar **M** si es migrante **R** si se ha escapado **F** si es un niño/a de acogida

Si necesita líneas adicionales, adjunte una segunda hoja a este informe o adjunte una copia de este informe claramente marcada como página 2.

PARTE B: BENEFICIOS RECIBIDOS-Si alguna persona en su hogar recibe el Programa de Asistencia Alimentaria (FAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Independencia Familiar (FIP, por sus siglas en inglés) o el FDPIR, indique el nombre y el número de caso de la persona que recibe los beneficios. Los números de la tarjeta Bridges y de Medicaid NO SON NÚMEROS DE CASO ACEPTABLES.

Nombre: _____Número de caso: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

PARTE C: TAMAÑO DE LA FAMILIA - Ingrese la cantidad total de personas que viven en su hogar, incluidos todos los adultos y niños/as→_____

PARTE D: INGRESOS MENSUALES TOTALES DEL HOGAR - Indique los ingresos de todas las personas del hogar, excluyendo a los niños/as de acogida. Si usted ha proporcionado un número de caso anteriormente, no necesita llenar esta sección. Siga con la PARTE E

Tipo de ingreso	Ingresos	Haga un círculo si no tiene
1. Ingresos brutos mensuales: Sueldos, salarios, comisiones	$	Ninguno
2. Pagos mensuales de asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia	$	Ninguno
3. Pagos mensuales de pensiones, jubilaciones y seguridad social	$	Ninguno
4. Dividendos o intereses mensuales de ahorros	$	Ninguno
5. Indemnizaciones mensuales por accidente de trabajo, prestaciones por desempleo o huelga	$	Ninguno
6. Otros ingresos mensuales (SSI, VA, Discapacidad, Agrícolas, otro)	$	Ninguno
Total de los ingresos mensuales del hogar (sume las líneas 1-6)	$	

PARTE E: CERTIFICACIÓN- La persona a cargo de la familia o el adulto designado que ha completado este formulario debe completar esta sección de certificación.

Certifico (prometo) que toda la información contenida en este formulario es verdadera y que se informan todos los ingresos a mi leal saber y entender. Entiendo que este formulario puede afectar la cantidad de fondos estatales o federales asignados a mi distrito escolar local. Entiendo que la información que he proporcionado puede ser verificada.

_____ _____ _____
(Firma) (Aclaración) (Fecha)

_____ _____ _____
(Dirección) (Ciudad) (Código postal)

_____ _____ _____
(Correo electrónico) (Teléfono fijo) (Teléfono del trabajo)

NO complete esta sección. Esta sección es para uso exclusivo de la escuela.

Estado: F _____ R_ _____ N _____ Firma del funcionario actuante: _____ Fecha: _____

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE BENEFICIOS EDUCATIVOS

Este formulario se utiliza para determinar el derecho a beneficios estatales a las que puede calificar la escuela de su(s) hijos/as. Por favor, complete, firme y devuelva este formulario a la escuela de su hijo/a.

Si alguna persona en su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP, por sus siglas en inglés), del Programa de Independencia Familiar (FIP, por sus siglas en inglés) o del FDPIR, siga estas instrucciones:

Parte A: Información del estudiante- Para cada estudiante en el hogar, desde pre-K hasta el 12º grado, ingrese el apellido, el nombre, el nivel de grado, la escuela y H si no tiene hogar, M si es migrante, R si se ha escapado o F si es un niño/a de acogida.

Parte B: Prestaciones recibidas: Si alguna persona en el hogar, incluidos los adultos, recibe el Programa de Asistencia Alimentaria (FAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Independencia Familiar (FIP, por sus siglas en inglés) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés), indique el nombre y el número de caso. Los números de la tarjeta Bridges y de Medicaid NO SON NÚMEROS DE CASO ACEPTABLES.

Parte C: Tamaño de la familia - Introduzca la cantidad total de personas que viven en su hogar. Debe incluir a todos los niños/as y adultos, emparentados y no emparentados, que vivan en una misma vivienda y compartan ingresos y gastos.

Parte D: Ingresos mensuales totales del hogar - Omita esta parte

Parte E: Certificación- Firme este formulario. Ingrese su nombre y la fecha.

Si ninguna persona en su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP, por sus siglas en inglés), del Programa de Independencia Familiar (FIP, por sus siglas en inglés) o del FDPIR, siga estas instrucciones:

Parte A: Información del estudiante- Para cada estudiante en el hogar, desde pre-K hasta el 12º grado, ingrese el apellido, el nombre, el nivel de grado, la escuela y H si no tiene hogar, M si es migrante, R si se ha escapado o F si es un niño/a de acogida.

Parte B: Prestaciones recibidas: Omita esta parte.

Parte C: Tamaño de la familia - Introduzca la cantidad total de personas que viven en su hogar. Debe incluir a todos los niños/as y adultos, emparentados y no emparentados, que vivan en una misma vivienda y compartan ingresos y gastos.

Parte D: Total de ingresos mensuales del hogar - Detalle los ingresos mensuales de todos las personas en el hogar para cada tipo de ingreso que corresponda. El monto debe ser anterior a cualquier deducción por impuestos, seguros, gastos médicos, manutención de hijos/as, etc. Si no tiene ingresos para una categoría, haga un círculo en NINGUNO. Sume las líneas del 1 al 6 y escriba el total de ingresos mensuales del hogar.

Parte E: Certificación- Firme este formulario. Aclaración, fecha e información de contacto.