

Estudiante que regresa

# Paquete de vuelta a clases



Complete este paquete de vuelta a clases si regresa al DPSCD para el año escolar 24-25. El paquete de vuelta a clases contiene formularios importantes que son necesarios para mantener a su estudiante seguro y proporcionar acceso estudiantil a los recursos escolares.

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del estudiante: \_\_\_\_\_



**¿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](https://bit.ly/DPSCDvolunteerapplication)

Para obtener más información, póngase en contacto con su escuela, visite [detroitk12.org/backtoschool](https://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](mailto:dpscd.compliance@detroitk12.org) o 3011 West Grand Boulevard, Piso 14, Detroit MI 48202.



## EXCLUSIÓN DE LA INFORMACIÓN ACADÉMICA



La Ley de Privacidad y Derechos Educativos Familiares, una ley federal, y las normas del consejo del Distrito de Comunidad Escolar Público de Detroit (“Distrito”) permiten a los distritos divulgar a terceros “información académica” designada, a menos que un padre, madre o tutor de un estudiante decida excluirse.

La información académica incluye el nombre del estudiante, la participación en actividades oficiales o deportes, la altura y el peso (si es miembro de un equipo atlético), la fecha de egreso, los premios recibidos, números telefónicos y domicilios (para incluir en directorios de la escuela o de la junta de padres), y fotos o videos escolares de los estudiantes participando en actividades, eventos o programas. Solo la información académica referida a estudiantes podrá entregarse a cualquier persona o parte, diferente del estudiante o sus padres, sin consentimiento escrito.

Por lo general, la información académica se utiliza en publicaciones escolares, anuarios, programas atléticos y de actividades, producciones televisivas, sitios web, así como para consultas de socios de la comunidad, otras escuelas y posibles empleadores. Además, el Distrito está obligado por ley a proporcionar el mismo acceso a la información académica, según se lo solicite, a reclutadores militares que a posibles empleadores.

Nos tomamos con seriedad la privacidad de la información de los estudiantes. Los padres o tutores deben completar este formulario de exclusión voluntaria de la información académica si no desean que parte o toda la información académica se comparta con terceros. El formulario puede completarse en línea en <https://www.detroitk12.org/Page/10805>.



# FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN ANUAL DE CONTACTO PARA ESTUDIANTES



Por favor, complete este formulario para proporcionar información de contacto actualizada para su estudiante y su familia.

## INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre del estudiante:	Segundo nombre del estudiante:	Apellido del estudiante:	Sufijo (Jr., III, etc.)
Fecha de nacimiento del estudiante: (DD/MM/AAAA)	Preferencia de género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Teléfono principal del padre/madre: ( )		Correo electrónico principal del padre/madre:	
Grado del estudiante:	Nombre de la escuela del estudiante:	Año escolar:	
<b>Dirección real del estudiante</b>			
Calle:		Número de departamento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
<b>Dirección postal del estudiante (si es diferente de la real)</b>			
Calle:		Número de departamento:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:	

## DOMICILIO DEL ESTUDIANTE

Se entregan las siguientes preguntas a todos los estudiantes para asegurar que nuestro distrito continúa cumpliendo las leyes federales.

Sus respuestas ayudarán al personal de la escuela a determinar si el estudiante es elegible para ciertos servicios de asistencia.

¿El estudiante vive con su(s) padre(s) biológicos?  Sí  No

¿El estudiante vive en alguno de los siguientes tipos de vivienda? (en caso negativo, omita la pregunta)

- Albergue  Hogar transitorio  Vivienda compartida con familiares, amigos y otros
- Hotel o motel  Sin hogar (Como: campamento, automóvil, parque, edificio abandonado, vivienda de mala calidad, estación de autobús o de trenes, etc.)

**Si seleccionó cualquiera de las opciones anteriores, complete el formulario de derivación de estudiantes de McKinney Vento en [bit.ly/External-DPSCD](http://bit.ly/External-DPSCD).**

## CUIDADO TUTELAR

¿El estudiante está bajo cuidado tutelar? En este caso, proporcione la información de contacto del trabajador social:

Sí  No

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## NECESIDADES DIETÉTICAS

El DPSCD se esfuerza por ofrecer un menú variado con y plato principal de carne y otro vegetariano. Los platos vegetarianos son halal.

**Para que entendamos mejor las necesidades de nuestras familias, marque aquí si usted tiene una dieta halal:**  Dieta Halal

Las alergias alimentarias deben indicarse en el formulario de salud anual. Si tiene otras necesidades dietéticas, escríbalas aquí:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## INFORMACIÓN DEL PADRE, MADRE O TUTOR

### PADRE/MADRE/TUTOR #1

Nombre y apellido:	Relación con el estudiante:	Correo electrónico:		
¿La dirección es la misma que la del estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso negativo, complete la dirección a continuación)				
Dirección:	Número de departamento:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono celular:	Teléfono residencial:	Teléfono laboral:		
¿El padre/madre/tutor necesita que las comunicaciones de la escuela sean en un idioma diferente del inglés? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, qué idioma: <b>Escrito:</b> <b>Oral:</b>				
¿El padre/madre/tutor está actualmente en alguna rama de las Fuerzas Armadas, la Fuerza Aérea, la Marina o la Guardia Costera? Esto incluye la Guardia Nacional de Michigan o el personal de reserva. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

### PADRE/MADRE/TUTOR #2

Nombre y apellido:	Relación con el estudiante:	Correo electrónico:		
¿La dirección es la misma que la del estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (en caso negativo, complete la dirección a continuación)				
Dirección:	Número de departamento:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono celular:	Teléfono residencial:	Teléfono laboral:		
¿El padre/madre/tutor necesita que las comunicaciones de la escuela sean en un idioma diferente del inglés? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿qué idioma? <b>Escrito:</b> <b>Oral:</b>				
¿El padre/madre/tutor está actualmente en alguna rama de las Fuerzas Armadas, la Fuerza Aérea, la Marina o la Guardia Costera? Esto incluye la Guardia Nacional de Michigan o el personal de reserva. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

## INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Para añadir contactos de emergencia adicionales, póngase en contacto con la recepción de su escuela.

### CONTACTO DE EMERGENCIA #1

Nombre y apellido:	Relación con el estudiante:	Correo electrónico:
Teléfono celular:	Teléfono residencial:	Teléfono laboral:

### CONTACTO DE EMERGENCIA #2

Nombre y apellido:	Relación con el estudiante:	Correo electrónico:
Teléfono celular:	Teléfono residencial:	Teléfono laboral:

**DetroitK12.org/backtoschoolpacket • (313) 240-4377**

Certifico que la información proporcionada en este Formulario de actualización de contacto es verdadera y correcta. Si fuese necesario, doy mi consentimiento para tener una entrevista con el Distrito para verificarla. Entiendo que la información incorrecta puede ocasionar la revocación de la inscripción. Entiendo que es mi responsabilidad informar a la oficina escolar correspondiente si hay cambios en la información en este formulario.

Al firmar este formulario, acepto que si alguna de las afirmaciones o la información utilizada para determinar el domicilio no es exacta, seré personalmente responsable de pagar al distrito la matrícula y cualquier gasto generado al cobrar la matrícula por todos los periodos en que mi estudiante no fue residente.

Firma del padre, madre o tutor

Aclaración

Fecha (DD/MM/AAAA)



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? Póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles al (313) 240-4377 o [dpscd.compliance@detroitk12.org](mailto:dpscd.compliance@detroitk12.org) o 3011 West Grand Boulevard, Piso 14, Detroit MI 48202.



# INFORMACIÓN ANUAL DE SALUD



**Querido padre/madre/tutor:** La información en este formulario se utilizará para cumplir con las necesidades de salud de su hijo/a en la escuela. Por favor, complete todas las secciones del formulario y después fírmelo y entrégueselo al docente de su hijo/a lo antes posible. Cada estudiante debe tener un formulario nuevo completo cada año.

Nombre de la escuela:		Grado:		¿Su hijo/a es nuevo/a en el distrito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Apellido del estudiante:		Nombre:		Segundo nombre:	
Fecha de nacimiento:    /    /		Sufijo (Jr., III, etc.)			
Nombre del padre/madre o tutor:			Relación con el estudiante:		
Número de teléfono de casa o celular: (    )			Teléfono del trabajo: (    )		
¿Qué tipo de seguro de salud tiene su hijo/a? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Actualmente, mi hijo/a no tiene seguro de salud <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> No estoy seguro			Si su hijo/a tiene Medicaid, por favor marque el nombre del plan: <input type="checkbox"/> Aetna <input type="checkbox"/> McLaren <input type="checkbox"/> Total Health Care <input type="checkbox"/> Care Blue Cross Complete <input type="checkbox"/> Meridian <input type="checkbox"/> United <input type="checkbox"/> HAP Midwest <input type="checkbox"/> Molina <input type="checkbox"/> Otro		
¿Qué tipo de seguro de salud dental tiene su hijo/a? <input type="checkbox"/> Healthy Kids ( <i>por favor, seleccione qué plan</i> ) <input type="checkbox"/> Blue Cross Blue Shield <input type="checkbox"/> Delta Dental <input type="checkbox"/> No estoy seguro sobre qué plan			<input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> No estoy seguro		

¿Su hijo/a tiene alguno de los siguientes problemas de salud?									
PROBLEMA DE SALUD	SÍ	NO	PROBLEMA DE SALUD	SÍ	NO	PROBLEMA DE SALUD	SÍ	NO	
Alergias graves ( <i>ciertos alimentos, insectos, medicamentos, látex</i> )  En caso afirmativo, indique a qué es alérgico/a su hijo/a ( <i>ciertos alimentos, insectos, medicamentos látex, etc.</i> ): _____ _____  En caso afirmativo, marque la reacción que tiene: <input type="checkbox"/> Urticaria <input type="checkbox"/> Inflamación <input type="checkbox"/> Dificultad respiratoria <input type="checkbox"/> Otra			Alergias (estacionales)			Problemas cardíacos			
			Ansiedad			Envenenamiento por plomo			
			Asma o problemas respiratorios			Embarazo			
			Trastorno por déficit de atención con hiperactividad			Convulsiones			
			Problemas de comportamiento			Anemia de células falciformes			
			Problemas de incontinencia			Problemas del habla			
			Problemas dentales			Problemas en la visión			
			Depresión			Usa anteojos			
			Diabetes			Otros problemas de salud, por favor enumere: _____ _____ _____			
			Traumatismos cerebrales o lesiones en la cabeza						
		Problemas de audición							

## MEDICAMENTOS Y/O PROCEDIMIENTOS ESPECIALES\*

- ¿Su hijo/a necesita tomar medicamentos a diario en la escuela?  Sí\*  No
- ¿Su hijo/a necesita que se guarden medicamentos de emergencia en la escuela?  Sí\*  No
- ¿Su hijo/a necesita que se realicen procedimientos especiales en la escuela? (Alimentación por sonda de gastrotomía, cateterización, etc.)  Sí\*  No

\* Si respondió de forma afirmativa a alguna de las preguntas anteriores, por favor complete el formulario de autorización de divulgación de información médica. Si es necesario, por favor, haga que su prestador de atención médica complete el formulario de medicamentos recetados. Ambos formularios se encuentran disponibles en [detroitk12.org/enrollnow](http://detroitk12.org/enrollnow) y deben renovarse cada año.

## PRESTADORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Nombre del médico:	Teléfono: (     )	Dirección:
Fecha del último examen físico:     /     /	<input type="checkbox"/> No estoy seguro	
Nombre del dentista:	Teléfono: (     )	Dirección:
Fecha del último examen dental:     /     /	<input type="checkbox"/> No estoy seguro	
Especialista médico (opcional):	Hospital local:	
Teléfono: (     )	Teléfono de sala de emergencias: (     )	
Teléfono:	Dirección:	

## NECESIDADES FAMILIARES

En los últimos 12 meses, ¿comió menos de lo que cree que debería porque no había suficiente dinero para comprar alimentos?  Yes  No

## RECONOCIMIENTO Y FIRMA

Certifico que esta información es correcta a mi saber y entender, y comprendo que es mi responsabilidad informar a la escuela si esta información cambia. También entiendo que esta información puede ser compartida con el personal que necesita conocerla en la escuela de mi hijo/a para mantener la seguridad y protección de mi hijo/a en la escuela.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre, madre o tutor

\_\_\_\_\_  
Nombre escrito

\_\_\_\_\_  
Fecha

## PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA OFICINA

	FECHA	MIEMBRO DEL PERSONAL
Formulario recibido		
Información ingresada en el Sistema de Información Estudiantil		



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. ¿Preocupaciones? Contacte al Coordinador de Derechos Civiles al (313) 240-4377 o [dpscd.compliance@detroitk12.org](mailto:dpscd.compliance@detroitk12.org) o 3011 West Grand Boulevard, Piso 14, Detroit MI 48202.



El Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit y la Biblioteca Pública de Detroit han unido fuerzas para ofrecer una

## Tarjeta de biblioteca pública gratuita para estudiantes de Kínder a 12° grado.

*Otórquele acceso a su hijo o hija a recursos de la Biblioteca Pública de Detroit en la escuela, en la biblioteca y en casa.*

### Solicitud de tarjeta de biblioteca

Nombre del estudiante	
Nombre	
Segundo nombre	
Apellido	
Escuela	Grado

*Las tarjetas son válidas durante un año escolar.*

**Los padres y madres recibirán el número de tarjeta de biblioteca de su hijo o hija y la información de usuario mediante correo electrónico.**

*Para obtener más información sobre los beneficios y responsabilidades de tener una tarjeta de biblioteca, visite [www.detroitpubliclibrary.org/DPSCD](http://www.detroitpubliclibrary.org/DPSCD), llame al 313-481-1400, o envíe un correo electrónico a [ask-a-librarian@detroitpubliclibrary.org](mailto:ask-a-librarian@detroitpubliclibrary.org)*

### Consentimiento del padre, madre o tutor

Acepto la responsabilidad por la elección y el uso de recursos de la biblioteca con esta tarjeta (incluido el acceso abierto a internet); acepto la responsabilidad de regresar los materiales prestados y las tarifas por objetos perdidos; y mi hijo o hija y yo accedemos a cumplir las políticas de la Biblioteca Pública de Detroit.

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

***¡No hay multas por regresar materiales con retraso!***

5/31/2023



# INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE A LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN



## POR FAVOR ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN

Para el Padre o Tutor de: \_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del Estudiante)

En ocasiones, equipos de producción de audio, fotografía y/o video no comercial aprobados por el Distrito de la Comunidad de las Escuelas Públicas de Detroit pueden estar presentes en la escuela o en una actividad aprobada por el Distrito de la Comunidad de las Escuelas Públicas de Detroit a la que asista su hijo, para resaltar la actividad, escuela, estudiante, trabajo original del estudiante o el Distrito con el interés de promover la educación pública. Si acepta la participación de su hijo o la exhibición de su trabajo original en el video/fotografía/audio, producciones/entrevistas/actividades o publicaciones en las redes sociales que puedan tener lugar, firme a continuación después de leer lo siguiente.

Yo, \_\_\_\_\_, soy el padre / tutor del estudiante mencionado anteriormente  
(Nombre escrito del Padre/ Tutor)

En interés de la educación pública, por la presente autorizo al Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit, su Junta de Educación y los equipos de producción no comercial, actuando a través de sus empleados o agentes autorizados, a usar, publicar y registrar los derechos de autor de audio y/o imágenes. reproducciones de la voz y/o imagen del estudiante mencionado anteriormente, y/o trabajo original del estudiante solo o con otras personas, con o sin el uso del nombre del estudiante para el uso exclusivo en el interés de la educación pública relacionado con un proyecto autorizado por DPSCD .

Esta autorización está vigente a perpetuidad desde la fecha \_\_\_\_\_  
(Nombre escrito del Alumno)

se torna un alumno de \_\_\_\_\_ hasta la fecha de su  
(Nombre escrito de la escuela)

condición de alumno en DPSCD o en la escuela termine. Por la presente libero y eximo al Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit de cualquier responsabilidad, cualquier lesión, reclamo, daño o costo que surja del uso de imágenes o grabaciones de cualquier tipo y renuncio a cualquier solicitud de remuneración.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/ Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Dirección, Ciudad, Código Postal

**MANTENGA EL FORMULARIO COMPLETO EN SU ESCUELA.**  
**Oficina de Comunicaciones y Marketing**  
**tel: 313-873-3494 | [communications@detroitk12.org](mailto:communications@detroitk12.org)**



**Formulario de consentimiento para la vacunación**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad, Estado, Código postal: \_\_\_\_\_  
 Teléfono: \_\_\_\_\_ Masculino Femenino (seleccione uno)  
 Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_

Elegibilidad para VFC:

Tipo de seguro (seleccione): **Privado Medicaid Sin seguro Seguro insuficiente Nativo americano/Nativo de Alaska**

Nombre del padre/madre/tutor: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMIENTO PARA LA VACUNACIÓN:** El Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit (DPSCD, por sus siglas en inglés) revisará la información de mi hijo/a en el Registro de Mejora de la Atención de Michigan (MCIR, por sus siglas en inglés). Según la información en MCIR, autorizo al DPSCD a administrar todas las vacunas recomendadas o necesarias para su edad. Este formulario de consentimiento autoriza la administración de múltiples dosis de una vacuna, según lo indique el médico. Se utilizará una combinación de vacunas según la disponibilidad, a menos que esté contraindicado.

He leído y comprendido la declaración de información de vacunación sobre la(s) vacuna(s) recomendadas, disponible en línea en [www.michigan.gov/mdhhs](http://www.michigan.gov/mdhhs). Entiendo los beneficios y los riesgos de la(s) vacuna(s) recomendadas. Entiendo que la(s) vacuna(s) administradas se ingresa(n) en MCIR. Este formulario de consentimiento vencerá después de la última vacuna administrada de la serie.

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Por favor, seleccione Sí o No	Sí	No
¿El niño/a tiene alergias a medicamentos, alimentos, a componente de la vacuna o al látex?		
¿El niño/a tuvo una reacción grave a una vacuna anteriormente?		
¿El niño/a tiene un problema de salud enfermedades pulmonares, coronarias, renales o metabólicas (diabetes), asma o una enfermedad sanguínea? ¿Está recibiendo un tratamiento a largo plazo con aspirinas?		
¿El cliente, un hermano/a o un padre/madre ha tenido convulsiones? ¿El cliente ha tenido problemas cerebrales o de sistema nervioso?		
¿El cliente tiene cáncer, leucemia, VIH/SIDA u otro problema del sistema inmunológico?		
En los últimos 3 meses, ¿el cliente ha tomado medicamentos que debilitan su sistema inmunológico, como la cortisona, prednisona, otros esteroides o medicamentos contra el cáncer, o ha recibido tratamientos por radiación?		
En el último año, ¿el cliente ha recibido una transfusión de sangre o hemoderivados, o ha recibido inmunoglobulina (gamma) o un medicamento antiviral?		
¿La clienta cursa un embarazo o hay alguna posibilidad de que se embarace durante el siguiente mes?		
¿El cliente ha recibido vacunas en las últimas 4 semanas?		
¿El cliente ha recibido una prueba de piel este mes?		

**Los estudiantes avanzan. Todos avanzamos.**



**¡POR FAVOR NOTE! A CONTINUACIÓN APARECE LA SECCIÓN DE RECHAZO DE LA VACUNA**

**COMPLETE LA SIGUIENTE SECCIÓN SI NO QUIERE QUE SU HIJO/A RECIBA UNA VACUNA**

**RECHAZO DE LA VACUNA:** Marque con una tilde la(s) vacuna(s) que **no** quiere que reciba su hijo/a y **firmé**.

<input type="checkbox"/> DTaP/Tdap/Td	<input type="checkbox"/> Neumococo	<input type="checkbox"/> Meningococo ACWY	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> Gripe	<input type="checkbox"/> HPV
<input type="checkbox"/> Hepatitis A	<input type="checkbox"/> Hepatitis B	<input type="checkbox"/> Men B	<input type="checkbox"/> Varicela

Mi hijo/a, que nombre antes, no debería recibir las vacunas indicadas con un tilde. Entiendo la(s) posible(s) consecuencia(s) de no permitir que mi hijo/a reciba las vacunas recomendadas.

**Firma del padre/madre/tutor** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

**For Staff Use Only:**

**Verbal Consent for Vaccination**

Name of DPSCD Staff Member Making the Call:

\_\_\_\_\_

Name of Parent or Guardian: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Time: \_\_\_\_\_

Parent/Guardian has provided authorization for DPSCD and/or its School-Base Health Center Partners to Provide Vaccines to the student. Please circle the appropriate answer. (Yes) (No)

Additional Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Los estudiantes avanzan. Todos avanzamos.**



# Tecnología individual para estudiantes



## Resumen del programa

La iniciativa de tecnología individual para estudiantes fue lanzada para incrementar el acceso en cualquier momento y en cualquier lugar a los recursos de aprendizaje en línea, el enriquecimiento académico y las intervenciones para apoyar los logros académicos estudiantiles.

. Mediante la iniciativa de tecnología individual para estudiantes, cada estudiante recibirá un dispositivo de aprendizaje (iPad para Pre-K a 2° grado o laptop para 3° a 12° grado) como una herramienta de apoyo académico. Cada estudiante tiene responsabilidad por el cuidado y la condición de su dispositivo de aprendizaje, incluido el informe de problemas técnicos, daños o pérdida. Todo el equipo es propiedad del Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit y debe ser regresado en funcionamiento correcto al finalizar el año escolar o al retirarse del distrito.

## Requisitos del programa:

- Los padres y madres deben completar la [orientación familiar](#) para participar en el programa individualizado. [Escanee el código QR a continuación para ver el video.](#)
- Los padres y madres deben completar el Acuerdo del programa individualizado del DPSCD para sus estudiantes para recibir un dispositivo.
- Cada estudiante debe aceptar las políticas de uso aceptable de la tecnología (po7540.03), las políticas de cuidado de propiedad del distrito para estudiantes (po5513) y el Código de conducta estudiantil al usar los dispositivos del DPSCD y al acceder a la red del distrito (correo electrónico) y a los recursos de aprendizaje.
- Según el Código de conducta estudiantil y las leyes estatales, un estudiante que provoque daños a la propiedad del distrito debería sufrir medidas disciplinarias, y su padre o madre debería hacerse responsable económicamente por tales daños en la medida de la ley. El Distrito se reserva el derecho de imponer multas por la pérdida, el daño o la destrucción de los equipos del distrito.
- Cualquier pérdida o robo de una laptop o iPad debe informarse a la escuela de inmediato para bloquear e inhabilitar el dispositivo. Debería presentarse un informe policial ante el Departamento de Policía del DPSCD por equipos robados.

## Internet en el hogar ¿Tiene acceso confiable a internet disponible en el hogar?

El acceso confiable a internet se define como Wi-Fi proporcionado por un prestador de servicios de internet (Comcast, AT&T, Wow, Dish, Spectrum, etc.) conectado en una residencia u hogar; no utilizar internet ten un celular o dispositivo móvil, ya que esta conexión no se clasifica como confiable para el aprendizaje del estudiante.

Sí  No

## Reconocimiento:

He completado la Orientación familiar para la Iniciativa de tecnología individual para estudiantes (enlaces al video a continuación) y comprendo los requisitos del programa, las expectativas para el uso y el cuidado del dispositivo, y el soporte técnico disponible. También he discutido mis expectativas para el cuidado y el uso de dispositivos con fines educativos con mi estudiante. Certifico el consentimiento para que mi hijo o hija participe y reciba un dispositivo de aprendizaje del Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit.

Nombre del padre/madre

Firma del padre/madre

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento del estudiante

[Orientación familiar de la Iniciativa de tecnología individual para estudiantes](#)



[ESPAÑOL - Orientación familiar de la Iniciativa de tecnología individual para estudiantes](#)



[ÁRABE - Orientación familiar de la Iniciativa de tecnología individual para estudiantes](#)





# Acuerdo de uso de tecnología para estudiantes



## ACUERDO PARA USO DE COMPUTADORAS PORTÁTILES PARA ESTUDIANTES

Este Acuerdo se realiza entre el Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit ("DPSCD") y el estudiante ("Estudiante") nombrado en esta formulario en línea, y entra en vigor al enviarse. El DPSCD y el estudiante acceden a lo siguiente:

**A. Objetivo del acuerdo.** El DPSCD se complace en poner a disposición para el uso por parte del estudiante, en conexión con su inscripción en el Distrito, una computadora portátil y/o punto de acceso a internet LTE a los fines de realizar trabajos escolares. Tiene por objetivo solo su uso por parte del estudiante del DPSCD a quien se le asigna. El permiso para que el estudiante utilice la computadora portátil está estrictamente sujeto a los términos y condiciones de este acuerdo. Lea el acuerdo para uso de computadoras portátiles para estudiantes para comprender los términos de uso para la tecnología del distrito. A los fines de este acuerdo, el término "laptop" o "computadora portátil" se referirá a la computadora portátil asignada al estudiante, junto con todos los accesorios que acompañan, incluido un punto de acceso de internet LTE, recibidos con la computadora portátil o que puedan proporcionarse de vez en cuando para el uso del estudiante según este acuerdo.

## B. Derechos y responsabilidades del estudiante

1. Términos de uso de la computadora portátil. Se otorgará al estudiante acceso a la computadora portátil mientras se encuentre inscripto en cumplimiento con el DPSCD. El uso de la computadora portátil estará regido por las políticas de uso aceptable y seguridad para estudiantes del DPSCD (7540.03).
2. Cuidado de la computadora portátil. El estudiante deberá mantener la vigilancia y la seguridad apropiadas de la computadora portátil. El estudiante puede llevarse la computadora portátil a casa o a otra ubicación fuera del horario escolar. El estudiante es responsable, en todo momento, por el cuidado, la seguridad y el uso apropiado de la computadora portátil. Si se descubre negligencia al asegurar los dispositivos que se encuentren de forma alguna dañados, robados o perdidos, puede desencadenar medidas disciplinarias y/o tarifas de reparación o reemplazo.
3. **Regreso de la computadora portátil al DPSCD.** El estudiante debe regresar la computadora portátil al DPSCD dentro de los cinco (5) días tras ocurrido alguno de los siguientes eventos:
  - a. El estudiante ya no se encuentra inscripto en el DPSCD;
  - b. El DPSCD proporciona a los estudiantes un aviso cinco (5) días antes de que la computadora portátil deba ser regresada; o
  - c. El estudiante no puede realizar ninguna de sus obligaciones según este acuerdo.

Al regresar la computadora portátil al DPSCD, el DPSCD tendrá derecho absoluto a cualquier información o datos en la computadora portátil y no tendrá responsabilidad alguna por la pérdida, destrucción o uso inapropiado de la información o los datos en la computadora portátil.

**4. No regresar la computadora portátil.** Si el estudiante no regresa la computadora portátil como es necesario, el DPSCD puede ejercer todas las opciones disponibles según las políticas del DPSCD y las leyes estatales y federales correspondientes.

**5. Alteraciones y agregados.** El estudiante no puede hacer alteraciones ni agregar cosas, hardware o software a la computadora portátil a menos que tenga permiso expreso por escrito del DPSCD, permiso que solo el DPSCD puede dispensar.

**6. Riesgo de pérdida.** El estudiante acuerda que desde el momento en que se acepta la entrega de la computadora portátil y hasta que se la regrese al DPSCD en su condición original, con el desgaste por uso esperable, el estudiante deberá ser responsable por cualquier daño o pérdida a la que se la someta. Si la computadora portátil es perdida, robada, destruida, dañada al punto en que el costo de reparación excede el valor de la computadora, o en caso de confiscación, incautación o apropiación por medidas del gobierno, o si la computadora portátil no se regresa al DPSCD tras los eventos y dentro del plazo y del modo que requiere este acuerdo, el estudiante será responsable ante el DPSCD inmediatamente tras la demanda de pago de un monto calculado por el DPSCD que es igual al valor de reemplazo completo de la computadora portátil al momento de la pérdida. Los agregados de hardware o software que se hagan a la computadora portátil a costa del estudiante son riesgo del estudiante y no serán un factor en el valor justo de mercado de la computadora portátil. Si parte de la computadora portátil se daña, pero es posible repararla, el estudiante será responsable por los gastos de reparación de ese objeto, si no lo cubre la garantía del fabricante. Si no se recibe el pago, el DPSCD puede ejercer todas las opciones que tiene a disposición, según la ley vigente.

**7. Notificación de pérdida, daño, o mal funcionamiento.** El estudiante acuerda notificar de inmediato al DPSCD al ocurrir cualquier pérdida, daños o mal funcionamiento de cualquier parte de la computadora portátil por razón alguna, y cooperar en cualquier investigación policial necesaria tras la pérdida o robo de la computadora portátil. El DPSCD, según lo decida, puede revocar el derecho de uso de la computadora portátil para el estudiante y cualquier derecho que el estudiante pueda tener para continuar participando en el programa de computadoras portátiles para el personal. La computadora portátil está configurada para uso óptimo en la red del DPSCD. La División de Tecnología del Distrito Comunitario de las Escuelas Públicas de Detroit no asistirá al estudiante en su hogar para conectar la computadora a otros prestadores de internet.

**8. Inspección del DPSCD.** Tras un aviso razonable, el estudiante deberá permitir que las personas designadas del DPSCD examinen la computadora portátil.

### **C. Derechos y responsabilidades del DPSCD**

**1. Propiedad de la computadora portátil.** La computadora portátil es propiedad del DPSCD, y continuará siéndolo.

**2. Aplicación de la garantía de fábrica.** Al recibir una solicitud por escrito del estudiante durante el plazo de este acuerdo, el DPSCD determinará si tomará todas las medidas necesarias para aplicar cualquier garantía de fábrica, expresa o implícita, emitida o vigente para la computadora portátil y que sea aplicable por el DPSCD en su nombre. El DPSCD tomará medidas razonables para obtener, tanto para el estudiante como para sus padres, todos los servicios provistos por el fabricante en conexión con ello; no obstante, el DPSCD no tendrá obligación de comenzar o recurrir a litigación alguna para aplicar ninguna tal garantía. Si cualquiera de esas garantías es aplicable por el estudiante en su propio nombre, tras recibir una solicitud por escrito del DPSCD durante el plazo de este acuerdo, el estudiante tomará toda medida razonable solicitada por el DPSCD para aplicar esa garantía, y el estudiante deberá obtener para el DPSCD todos los servicios provistos por el fabricante en conexión con ello. EL DPSCD NO TENDRÁ RESPONSABILIDAD ALGUNA POR LA PÉRDIDA, DESTRUCCIÓN O USO INAPROPIADO DE CUALQUIER INFORMACIÓN, SOFTWARE O DATOS EXISTENTES EN EL EQUIPO. LA PROTECCIÓN Y RESGUARDO DE DATOS EN EL EQUIPO Y PARA ÉL SERÁN SOLO RESPONSABILIDAD DEL ESTUDIANTE.

#### **Reconocimiento:**

He leído y entendido el acuerdo de uso de tecnología para estudiantes.

**Nombre del padre/madre** \_\_\_\_\_ **Firma del padre/madre** \_\_\_\_\_

**Nombre del estudiante** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del estudiante** \_\_\_\_\_



## Oficina de Nutrición Escolar

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

[detroitk12.org](http://detroitk12.org)

1 de julio de 2024

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 2024-2025.

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

**Los estudiantes avanzan. Todos avanzamos.**

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](http://detroitk12.org/admin/compliance)

## **INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE BENEFICIOS EDUCATIVOS**

Este formulario se utiliza para determinar la elegibilidad para los beneficios estatales a los que puede calificar la escuela de su(s) hijo(s). Por favor complete, firme y devuelva este formulario a la escuela de su hijo(a).

Si algún miembro de su hogar recibe beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP), del Programa de Independencia Familiar (FIP) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), por favor siga las siguientes instrucciones:

Parte A: Información del estudiante - Para cada estudiante del hogar desde preescolar hasta el 12vo grado, anote el apellido, el nombre, el grado escolar, la escuela y la letra H si es una persona sin hogar, la M si es un migrante, la R si es se ha escapado o la F si es un niño de acogida.

Parte B: Beneficios recibidos - Si algún miembro del hogar, incluyendo adultos, recibe beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP), del Programa de Independencia Familiar (FIP) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), proporcione el nombre y número de caso. Los números de tarjeta Bridge y números de Medicaid NO son números de caso aceptables.

Parte C: Tamaño de la familia - Marque la casilla que indique el número total de personas que viven en su hogar. Esto debe incluir a todos los niños y adultos, con parentesco y sin parentesco, que habiten en una misma vivienda y que compartan ingresos y gastos.

Parte D: Ingresos anuales del hogar - Omita esta parte

Parte E: Certificación - Firme el formulario. Escriba su nombre y la fecha en letra molde.

Si su hogar no recibe beneficios del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP), del Programa de Independencia Familiar (FIP) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), por favor siga las siguientes instrucciones:

Parte A: Información del estudiante - Para cada estudiante en el hogar desde preescolar hasta el 12vo grado, anote el apellido, el nombre, el grado escolar, la escuela y la letra H si es una persona sin hogar, la M si es un migrante, la R si es se ha escapado o la F si es un niño de acogida.

Parte B: Beneficios recibidos - Omita esta parte

Parte C: Tamaño de la familia - Marque la casilla que indique el número total de personas que viven en su hogar. Esto debe incluir a todos los niños y adultos, con parentesco y sin parentesco, que habiten en una misma vivienda y que compartan ingresos y gastos.

Parte D: Ingresos anuales de la familia - En la misma fila que la casilla del tamaño de la familia, marque la casilla que muestra el rango de ingresos anuales de todas las personas de su familia. Asegúrese de incluir las siguientes fuentes de ingreso: trabajo, asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, seguridad social, SSI, beneficios de VA, ingresos de los niños y todas las fuentes de ingresos. El monto debe ser de cualquier deducción por impuestos, seguro, gastos médicos, manutención infantil, etc.

Parte E: Certificación - Firme el formulario. Escriba su nombre, fecha e información de contacto en letra imprenta.

# FORMULARIO DE BENEFICIOS EDUCATIVOS DEL AÑO ESCOLAR 2024-2025

Distrito:

Escuela:

## Parte A: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE - Complete para cada estudiante desde pre-kínder al 12vo grado

Apellido del estudiante	Nombre del estudiante	Grado:	Escuela	Identifique H si es una persona sin hogar M si es un migrante R si se ha escapado F si es un niño de acogida

## Parte B: BENEFICIOS RECIBIDOS (si corresponden)

Si algún miembro de su hogar recibe ayuda del Programa de Asistencia Alimentaria (FAP), del Programa de Independencia Familiar (FIP) o del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), proporcione el nombre y número de caso de la persona que recibe los beneficios. Los números de tarjeta Bridge y números de Medicaid NO son números de caso aceptables.

Nombre:

Número de caso:

Parte C: TAMAÑO DEL HOGAR	Parte D: INGRESOS ANUALES DEL HOGAR - Seleccione el rango apropiado de ingresos anuales combinados para todas las personas en el hogar (Incluya la cantidad de los ingresos antes de los impuestos)		
<input type="checkbox"/> 1 →	\$19.578 o menos	Entre \$19.579 y \$27.861	\$27,862 o más
<input type="checkbox"/> 2 →	\$26.572 o más	Entre \$26.573 y \$37.814	\$37.815 o más
<input type="checkbox"/> 3 →	\$33.566 o menos	Entre \$33.567 y \$47.767	\$47.768 o más
<input type="checkbox"/> 4 →	\$40.560 o menos	Entre \$40.561 y \$57.720	\$57.721 o más
<input type="checkbox"/> →	\$47.554 o menos	Entre \$47.555 y \$67.673	\$67.674 o más
<input type="checkbox"/> 6 →	\$54.548 o menos	Entre \$54.549 y \$77.626	\$77.627 o más
<input type="checkbox"/> 7 →	\$61.542 o menos	Entre \$61.543 y \$87.579	\$87.580 o más
<input type="checkbox"/> 8 →	\$68.536 o menos	Entre \$68.537 y \$97.532	\$97.533 o más

**\*Instrucciones especiales para hogares con más de 8 personas: NO marque las casillas de arriba. En su lugar, rellene los elementos a continuación:**

**Tamaño del hogar (número de personas):** \_\_\_\_\_ **Ingreso totales anuales:** \_\_\_\_\_

## Parte E: CERTIFICACIÓN - La cabeza del hogar o el adulto designado que complete este formulario debe completar esta sección de certificación

Certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y que todos los ingresos se reportan según 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 de casa) (Teléfono de trabajo)

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

Estado: F R N Firma del funcionario determinante: Fecha: