



Central Registration Office

306 Bolin Drive

Toppenish, WA 98948

Phone: (509) 865-4455

Hours of Operation

Monday-Friday 7:30 a.m. – 4:30 p.m.

Registration Checklist (Toppenish Early Learning Center)

APPLICATION WILL NOT BE PROCESSED UNTILL ALL REQUIRED DOCUMENTS
HAVE BEEN RECEIVED.

Required items to bring

1. Student's original birth certificate
2. Student's current Immunization records
3. Proof of Residency (Rental/Lease Agreement, Current Utility Bill)
4. Custody or Guardianship Papers (If Applicable)
5. Proof of Income (W-2's, 1040 or other type if income from both parents)

Packet Forms

1. Student Information form
2. Authorization to Release Medical Info
3. Medical History Form
4. Ethnic/Race Data Survey
5. Permission for Student Publications

USE ONLY BLUE OR BLACK INK

6. 2024/25 TPS ECEAP Prescreen
7. Military Status Survey
8. Title I Migrant Education Program
9. Student Housing Questionnaire
10. Title VI ED 506 Indian Student



Central de Inscripción

306 Bolin Drive

Toppenish, WA 98948

Phone: (509) 865-4455

Horas de Operación

De lunes a viernes de 7:30 a.m.–4:30p.m.

Lista de Registro

(Centro de aprendizaje temprano de Toppenish)

LA APLICACIÓN NO SERÁ PROCESADA HASTA QUE SE HAYAN RECIBIDO TODOS
LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS.

Documentos Necesarios Para Registrar:

1. Acta de Nacimiento del Estudiante
2. Tarjeta de Vacunas del Estudiante
3. Prueba de Residencia (Recibo de Renta, Recibo de Luz o agua con dirección de casa)
4. Documentos de Custodia o Guardián (si procede)
5. Comprobante de ingresos (W-2, 1040 u otro tipo de ingresos de ambos padres)

Formularios de Inscripción : UTILICE SOLAMENTE TINTA AZUL O NEGRA

- | | |
|--|---|
| 1. Formulario de información del estudiante | 6. Preselección 2024/25 TPS ECEAP |
| 2. Autorización para divulgar información médica | 7. Encuesta sobre el estatus militar |
| 3. Formulario de historial médico | 8. Programa de Educación Migrante Título I |
| 4. Encuesta de datos étnicos/raciales | 9. Cuestionario de alojamiento para estudiantes |
| 5. Permiso para Publicaciones Estudiantiles | 10. Título VI ED 506 Estudiante indio |

Solo Uso de Oficina

Notas Adicionales:

OFFICE USE: NEW _____ RETURNING STUDENT: _____ SSID: _____ DATE: _____

REGISTRATION ENROLLMENT FORM

STUDENT INFORMATION:

School _____

STUDENT FULL LEGAL NAME: _____ Grade: _____ Enrolled in: **SPECIAL SERVICES: YES** _____ **NO** _____
GENDER: MALE ☐ FEMALE ☐ STUDENT BIRTH DATE: _____ BIRTH PLACE: _____
LANGUAGE SPOKEN AT HOME: _____ Email Address: _____
ETHNIC HERITAGE: (CHECK ALL THAT APPLY) Native American _____ Asian _____ African American _____ Hispanic _____ White _____
Street Address: _____ City _____ State _____ Zip code _____
Mailing Address: _____ City _____ State _____ Zip code _____
Home phone number: _____

Parent/guardian information

STUDENT LIVING WITH: _____ BOTH PARENTS _____ MOTHER ONLY _____ FATHER ONLY _____ GRANDPARENTS _____ FATHER/STEPMOM _____
_____ MOTHER/STEP FATHER _____ UNACCOMPANIED YOUTH _____ FOSTER/GROUP HOME _____ OTHER/SPECIFY _____

1. FATHER/GUARDIAN: _____ DATE OF BIRTH: _____
CELL PHONE: _____ WORK PH _____ EMPLOYER _____
EMAIL: _____ PICK-UP: YES _____ NO _____
2. MOTHER/GUARDIAN: _____ DATE OF BIRTH: _____
CELL PHONE: _____ WORK PH _____ EMPLOYER _____
EMAIL: _____ PICK-UP: YES _____ NO _____

Please list all your children currently attending: Toppenish School District:

Sibling/s name	Grade	Date of Birth	School

Emergency information:

1.) Name: _____ Address: _____ DOB: _____
CELL NUMBER: _____ PICK UP: YES _____ NO _____ RELATIONSHIP TO STUDENT: _____
2.) Name: _____ Address: _____ DOB: _____
CELL NUMBER: _____ PICK UP: YES _____ NO _____ RELATIONSHIP TO STUDENT: _____

Name of last School/District

NAME OF THE LAST SCHOOL ATTENDED _____ TELEPHONE _____
ADDRESS: _____ CITY: _____ STATE _____ FAX: _____

PARENT SIGNATURE: _____ DATE: _____

***expelled/long term suspension _____ OUT OF DISTRICT _____ Request records from: _____

Estudiante información:

NOMBRE LEGAL COMPLETO DEL ESTUDIANTE: _____ Grado: _____

GÉNERO: MASCULINO ☐ FEMENINA ☐ ESTUDIANTE FECHA DE NACIMIENTO: _____ LUGAR DE NACIMIENTO: _____

IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA: _____ Dirección de correo electrónico: _____

HERENCIA ÉTNICA: (MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA) Nativo Americano _____ Asiático _____ Afroamericano _____ Hispano _____ Blanco _____

Dirección Ciudad Estado Código postal: _____

Dirección de envío: _____

Número de teléfono de casa: _____ MIGRANTE/ESL: Si ☐ No ☐ Educación especial Si ☐ No ☐

Información de padres/tutores

ESTUDIANTE QUE VIVE CON: _____AMBOS PADRES _____SÓLO MADRE _____SÓLO PADRE _____ABUELOS _____PADRE/MADRASTRA
 _____MADRA/PADRASTRO _____JÓVENES NO ACOMPAÑADOS _____HOGAR DE CRIANZA/HOGAR DE GRUPO _____OTRO/ESPECIFICAR _____

1.PADRE/TUTOR: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO CELULAR: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____ EMPLEADOR _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ RECOGER: SI ☐ NO ☐

2.MADRE/TUTOR: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

TELÉFONO CELULAR: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO _____ EMPLEADOR _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____ RECOGER: SI ☐ NO ☐

Por favor enumere todos sus hijos que asisten actualmente: Distrito Escolar de Toppenish:

Nombre del hermano/s	Grado	Fecha de nacimiento	Escuela

Información de emergencia:

1.) Nombre: _____ Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____

TELÉFONO CELULAR: _____ RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: _____ RECOGER: SI ☐ NO ☐

2.) Nombre: _____ Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____ RECOGER: SI ☐ NO ☐

TELÉFONO CELULAR: _____ RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: _____

Nombre de la última escuela/distrito

NOMBRE DE LA ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTÍA _____ TELÉFONO _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO _____ FAX: _____

FIRMA DEL PADRE: _____ FECHA: _____

***expulsado/suspensión a largo plazo _____ FUERA DEL DISTRITO _____ Solicitar registros de: _____

Authorization of Exchange of Information

PURPOSE: As a parent, guardian or student, you have the right to give permission or not give permission for the release of your child's records with other persons or agencies. This request provides you with the opportunity to approve or not approve such a request unless release of records is allowed under one of the exceptions under the rules implementing the Family Education Rights and Privacy Act, FERPA, (for example, transfer of records from one school district to another).

Student Name: _____ Date: _____

Student DOB: _____ School District: Toppenish School District #202

I hereby authorize the release of records...

From this Agency or Provider:

(Name of Agency)

(Street Address)

(City, State, Zip)

FAX: _____

Phone: _____

To: Toppenish School District #202
306 Bolin Dr
Toppenish, WA 98948

Attn: Jessica Bjur
Fax: (509) 865-2178
Phone: (509) 865-8262

Records: I authorize the following records be released:

____ Medical Records ____ Immunization History ____ Dental Exam/Treatment

____ Medication Administration Instructions ____ Other: _____

I understand that this information obtained will be treated in a confidential manner by the school district under provisions of the Family Education Rights and Privacy Act (FERPA). FERPA prohibits disclosure of personally identifiable information without consent except in limited circumstances. Please note that this request is for health or medical information, the medical information received by the district is protected under FERPA privacy standards by a school district and not the Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA).

This Release shall be valid and binding from this date forward until expressly revoked by me in writing. The Toppenish School District is authorized to continue to furnish medical, dental, and immunization about my child for the date of this release forward until so revoked in writing.

Please Note: If confidential records include any of the following information, you must also complete the below section to

allow disclosure of these records. Special Records: I give my permission to release the following records (initial all that apply):

____ HIV/AIDS and STD test results, diagnosis or treatment records (RCW 70.24.105)

____ Mental health records (RCW 71.05.620) including:

____ Chemical Dependency (CD) records (42 CFR Part 2) including: Notice to those receiving information: If these records contain information about HIV, STDs, or alcohol or drug abuse, you may not further disclose that information under federal and state law without specific permission of the subject and meeting specific legal requirements.

I understand that my consent for the release of records is voluntary and I can withdraw my consent at any time in writing. Should I withdraw my consent, it does not apply to information that has already been provided under the prior consent for release. I understand that once the health information I have authorized to be disclosed reaches the noted recipient, that person or organization may re-disclose it, at which time it may no longer be protected under Privacy laws.

Authorization by: _____ Relationship to Child: _____

Date Signed: _____ Telephone # (Include Area Code): _____

Autorización de Intercambio de Información

PROPÓSITO: Como padre, tutor o estudiante, usted tiene el derecho de dar permiso o no dar permiso para la publicación de los registros de su hijo con otras personas o agencias. Esta solicitud le brinda la oportunidad de aprobar o no aprobar dicha solicitud a menos que se permita la divulgación de registros bajo una de las excepciones bajo las reglas que implementan la Ley de Derechos de Educación y Privacidad Familiar, FERPA, (por ejemplo, transferencia de registros de un distrito escolar a otro).

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____ Distrito Escolar: Toppenish School District #202

Por la presente autorizo la divulgación de registros ...

From this Agency or Provider:

(Name of Agency)

(Street Address)

(City, State, Zip)

FAX: _____

Phone: _____

To: Toppenish School District #202
306 Bolin Dr
Toppenish, WA 98948

Attn: Jessica Bjur

Fax: (509) 865-2178

Phone: (509) 865-8262

Registros: autorizo que se divulguen los siguientes registros:

____ Expedientes médicos ____ Historial de vacunas ____ Examen/tratamiento dental
____ Instrucciones de administración de medicamentos ____ Otro: _____

Entiendo que esta información obtenida será tratada de manera confidencial por el distrito escolar según las disposiciones de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA). FERPA prohíbe la divulgación de información de identificación personal sin consentimiento, excepto en circunstancias limitadas. Tenga en cuenta que esta solicitud es para información médica o de salud, la información médica recibida por el distrito está protegida por los estándares de privacidad de FERPA por un distrito escolar y no por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA).

El presente Comunicado será válido y vinculante a partir de esta fecha en adelante hasta que yo lo revoque expresamente por escrito. El Distrito Escolar de Toppenish está autorizado a continuar brindando servicios médicos, dentales y de vacunación de mi hijo a partir de la fecha de este comunicado hasta que sea revocado por escrito.

Tenga en cuenta: si los registros confidenciales incluyen cualquiera de la siguiente información, también debe completar la siguiente sección para permitir la divulgación de estos registros. Registros especiales: Doy mi permiso para divulgar los siguientes registros (ponga sus iniciales en todos los que correspondan):

____ Resultados de pruebas de VIH/SIDA y ETS, registros de diagnóstico o tratamiento (RCW 70.24.105)

____ Registros de salud mental (RCW 71.05.620) que incluyen:

____ Registros de dependencia química (CD) (42 CFR Parte 2), que incluyen: Aviso para quienes reciben información: Si estos registros contienen información sobre el VIH, las enfermedades de transmisión sexual o el abuso de alcohol o drogas, no puede revelar más esa información bajo la ley federal y estatal sin permiso específico del sujeto y cumpliendo con los requisitos legales específicos.

Entiendo que mi consentimiento para la divulgación de registros es voluntario y puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento por escrito. Si retiro mi consentimiento, no se aplica a la información que ya se haya proporcionado bajo el consentimiento previo para su divulgación. Entiendo que una vez que la información de salud que autoricé que se divulgue llegue al destinatario indicado, esa persona u organización puede volver a divulgarla, momento en el cual es posible que ya no esté protegida por las leyes de privacidad.

Autorizado por: _____ Relación con el niño/a: _____

Fecha de firma: _____ Teléfono (Incluir código de área): _____



Student Health Information

FOR OFFICE USE ONLY	
Student ID# _____	
School: _____	
☐ Compliant immunization record in Skyward	
☐ McKinney Vento	☐ Non-compliant immunization(s)

Student Legal Name: _____ DOB: _____
School: _____ Grade: _____

Parent/Guardian: _____ Relationship to Student: _____

Phone: (Best # during school day): _____ (alt. #): _____

Parent/Guardian _____ Relationship to Student _____

Phone: (Best # during school day): _____ (alt. #): _____

Alternate contacts to call in case of an emergency and parents/guardians cannot be reached:

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Primary Doctor: _____ Phone: _____ Preferred Hospital: _____

Student's Health Insurance: _____

Indicate if your child has any of the following health conditions:

☐ My student has NO known health conditions.

ADD/ADHD	☐	Cystic Fibrosis	☐	Migraine Headaches	☐
Allergy: Food**	☐	Diabetes	☐	Muscular/Orthopedic Disorder	☐
Allergy: Insect Bite/Sting	☐	Eating Disorder	☐	Psychiatric/Psychological Disorder	☐
Allergy: Other	☐	Epilepsy/Seizures	☐	Kidney Disorder	☐
Asthma	☐	Hearing Condition	☐	Vision Loss-not corrected with glasses/contacts	☐
Blood Disorder	☐	Has Hearing Aids	☐	Wears Glasses	☐
Cerebral Palsy	☐	Heart Condition	☐	Other (explain below)	☐

**** Parent must provide TSD Health Services Staff with a Dietary Accommodation Form from the doctor for any special dietary considerations regarding school meals.**

If you checked any of the boxes above, or if your child has medical conditions not listed, please explain (including **specific food, medication or other serious allergies and reactions**): _____

IF ANY OF THE ABOVE HEALTH CONDITIONS ARE LIFE-THREATNING, RCW 28A.210 requires that physician orders, medications, and/or treatments and a nursing care plan must be in place BEFORE a student attends school.

Past history of injuries/illnesses/hospitalizations/surgeries: _____

Please list all medications your child is currently taking: Will meds be given at school? ☐ No ☐ Yes

Medication Name _____ Dose _____ Reason _____

Medication Name _____ Dose _____ Reason _____

I, the undersigned, understand that in the event of accident or illness, every effort will be made to contact parent/guardian immediately. If parent/guardian or any of the emergency contacts listed above cannot be reached, I give permission to school officials to obtain emergency care for my child.

I also give permission to share any medical information to school staff on a need to know basis for the care of my child in school and/or for emergency treatment. I also give permission for my child's immunization records to be updated using the Washington State Immunization System.

I will not hold Toppenish School District financially responsible for the emergency care and/or transportation of said child.

SIGNATURE OF PARENT/GUARDIAN

DATE



Información de Salud Estudiantil

Nombre del estudiante: _____
Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: _____

FOR OFFICE USE ONLY	
Student ID# _____	
School: _____	
☐ Compliant immunization record in Skyward	
☐ McKinney Vento	☐ Non-compliant immunization(s)

Padre o Tutor: _____ La relación con el estudiante: _____
Número de Teléfono: (1) _____ (2) _____
Padre o Tutor: _____ La relación con el estudiante: _____
Número de Teléfono: (1) _____ (2) _____

En caso de una emergencia o si el niño(a) está enfermo(a) y no podemos comunicarnos con los padres por teléfono, ¿Con quién podríamos comunicarnos?:

Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____
Nombre: _____ Relación: _____ Número de Teléfono: _____

Nombre del Doctor: _____ Número de Teléfono: _____
Hospital de Preferencia: _____ Seguro de salud del estudiante: _____

Condiciones médicas:

☐ **Mi estudiante NO tiene condiciones de salud conocidas.**

Desorden de Déficit Atencional	☐	Fibrosis Cística	☐	Migrañas	☐
Alergias: Comida**	☐	Diabetes	☐	Desorden Muscular/Ortopédico	☐
Alergias: Medicinas	☐	Desorden de Comer	☐	Desorden Psiquiátrico/Psicológico	☐
Alergias: Otro	☐	Epilepsia/Convulsiones	☐	Desorden de los Riñones	☐
Asma	☐	Condición de Audición	☐	Problemas de Visión	☐
Desorden de Sangre	☐	Usa Audífonos	☐	Usa Anteojos	☐
Parálisis Cerebral	☐	Condición Cardíaca	☐	Otro (explique abajo)	☐

**** El padre debe proporcionar a la oficina de Nutrición una nota del médico si tiene alguna consideración especial con respecto a comidas escolares.**

Explique condición mencionada arriba: _____

SI CUALQUIERA DE LAS CONDICIONES DE SALUD MENCIONADAS ARRIBA PONEN EN PELIGRO LA VIDA, RCW 28A.210 requiere que las órdenes médicas, medicamentos y/o tratamientos y un plan de cuidados de vigor ANTES de que el estudiante asista a la escuela.

Lesiones anteriores/enfermedades/hospitalizaciones/cirugías: _____

Note por favor todas las medicinas que su niño toma actualmente: Se necesitarán medicamentos en la escuela? ☐ No ☐ Si

Nombre del Medicamento	_____	Dosis	_____	Diagnóstico	_____
Nombre del Medicamento	_____	Dosis	_____	Diagnóstico	_____

Yo, entiendo que en caso de accidente o enfermedad, se hará todo lo posible para contactar a los padres/tutores de inmediato. Si no se puede comunicar con el padre/tutor o cualquiera de los contactos de emergencia, doy permiso a los funcionarios de la escuela para que obtengan atención de emergencia para mi hijo.

También doy permiso para compartir cualquier información médica con el personal de la escuela según sea necesario para el cuidado de mi hijo/a en la escuela y/o para tratamiento de emergencia. También doy permiso para que los registros de vacunación de mi hijo se actualicen utilizando el Sistema de vacunación del estado de Washington.

No responsabilizaré financieramente al Distrito Escolar de Toppenish por la atención de emergencia y/o el transporte de dicho niño/a

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA

(Fecha): **Race/Ethnicity Collection Form** (Formulario de Recopilación de Raza/Origen Étnico)

Student Last Name: _____ Student First Name: _____
 (Apellido del estudiante) (Nombre del estudiante)
 School: _____ Grade: _____ Gender (Sexo): M F X (circle one)
 (Escuela) (Nivel escolar) (haga un círculo alrededor de uno)

QUESTION 1. Is your child of Hispanic or Latino origin?

PREGUNTA 1. ¿Es su niño de origen hispano o latino?

H01 ☐ **NOT HISPANIC/LATINO**

HISPANIC/LATINO (may check categories and use write-in)

- | | | | |
|---|--|---|--|
| H00 ☐ Hispanic | H08 ☐ Costa Rican | H15 ☐ Jamaican | H23 ☐ Puerto Rican |
| H02 ☐ Argentine | H09 ☐ Cuban | H16 ☐ Mexican | H24 ☐ Salvadoran |
| H03 ☐ Bolivian | H10 ☐ Dominican | H17 ☐ Mestizo | H25 ☐ Spaniard |
| H04 ☐ Brazilian | H11 ☐ Ecuadorian | H18 ☐ Native | H26 ☐ Surinamese |
| H05 ☐ Chicano (Mexican American) | H12 ☐ Guatemalan | H19 ☐ Nicaraguan | H27 ☐ Uruguayan |
| H06 ☐ Chilean | H13 ☐ Guyanese | H20 ☐ Panamanian | H28 ☐ Venezuelan |
| H07 ☐ Colombian | H14 ☐ Honduran | H21 ☐ Paraguayan | H29 ☐ Hispanic/Latino Write in: _____ |
| | | H22 ☐ Peruvian | |

QUESTION 2. What race(s) do you consider your child? (check all that apply)

PREGUNTA 2. ¿Qué raza(s) considera que es su niño? (Marque todo lo que corresponda).

AMERICAN INDIAN/ALASKA NATIVE (may check categories and use write-in)

- | | | |
|--|---|---|
| N00 ☐ American Indian/Alaskan Native | N13 ☐ Makah Indian Tribe of the Makah Indian Reservation | N24 ☐ Shoalwater Bay Indian Tribe of the Shoalwater Bay Indian Reservation |
| N01 ☐ Chinook Tribe | N14 ☐ Marietta Band of Nooksack Tribe | N25 ☐ Skokomish Indian Tribe |
| N02 ☐ Confederated Tribes and Bands of the Yakama Nation | N15 ☐ Muckleshoot Indian Tribe | N26 ☐ Snohomish Tribe |
| N03 ☐ Confederated Tribes of the Chehalis Reservation | N16 ☐ Nisqually Indian Tribe | N27 ☐ Snoqualmie Indian Tribe |
| N04 ☐ Confederated Tribes of the Colville Reservation | N17 ☐ Nooksack Indian Tribe of Washington | N28 ☐ Snoqualmoo Tribe |
| N05 ☐ Cowlitz Indian Tribe | N18 ☐ Port Gamble S'Klallam Tribe | N29 ☐ Spokane Tribe of the Spokane Reservation |
| N06 ☐ Duwamish Tribe | N19 ☐ Puyallup Tribe of the Puyallup Reservation | N30 ☐ Squaxin Island Tribe of the Squaxin Island Reservation |
| N07 ☐ Hoh Indian Tribe | N20 ☐ Quileute Tribe of the Quileute Reservation | N31 ☐ Steilacoom Tribe |
| N08 ☐ Jamestown S'Klallam Tribe | N21 ☐ Quinault Indian Nation | N32 ☐ Stillaguamish Tribe of Indians of Washington |
| N09 ☐ Kalispel Indian Community of the Kalispel Reservation | N22 ☐ Samish Indian Nation | N33 ☐ Suquamish Indian Tribe of the Port Madison Reservation |
| N10 ☐ Kikiallus Indian Nation | N23 ☐ Sauk-Suiattle Indian Tribe of Washington | N34 ☐ Swinomish Indian Tribal Community |
| N11 ☐ Lower Elwha Tribal Community | | N35 ☐ Tulalip Tribes of Washington |
| N12 ☐ Lummi Tribe of the Lummi Reservation | | |
| N36 ☐ Alaska Native Write in: _____ | | |
| N37 ☐ American Indian Write in: _____ | | |

ASIAN (may check categories and use write-in)

- | | | | |
|--|---|--|--|
| A00 ☐ Asian | A08 ☐ Filipino | A15 ☐ Mien | A22 ☐ Sri Lankan |
| A01 ☐ Asian Indian | A09 ☐ Hmong | A16 ☐ Mongolian | A23 ☐ Taiwanese |
| A02 ☐ Bangladeshi | A10 ☐ Indonesian | A17 ☐ Nepali | A24 ☐ Thai |
| A03 ☐ Bhutanese | A11 ☐ Japanese | A18 ☐ Okinawan | A25 ☐ Tibetan |
| A04 ☐ Burmese/Myanmar | A12 ☐ Korean | A19 ☐ Pakistani | A26 ☐ Vietnamese |
| A05 ☐ Cambodian/Khmer | A13 ☐ Lao | A20 ☐ Punjabi | A27 ☐ Asian Write in: _____ |
| A06 ☐ Cham | A14 ☐ Malaysian | A21 ☐ Singaporean | |
| A07 ☐ Chinese | | | |

BLACK (may check categories and use write-in)B00 ☐ Black/African AmericanB01 ☐ African AmericanB02 ☐ African Canadian**Caribbean**B03 ☐ AnguillianB04 ☐ AntiguanB05 ☐ BahamianB06 ☐ BarbadianB07 ☐ Barthélemois/Barthélemoises
(Saint Barthélemy)B08 ☐ British Virgin IslanderB09 ☐ Caymanian
(Cayman Island)B10 ☐ Cuba DominicanB11 ☐ Dominican
(Dominican Republic)B12 ☐ Dutch Antillean
(Netherlands Antilles)B13 ☐ GrenadianB14 ☐ GuadeloupianB15 ☐ HaitianB16 ☐ JamaicanB17 ☐ Martiniquais/MartiniquaiseB18 ☐ MontserratianB19 ☐ Puerto RicanB20 ☐ Caribbean Write in:**Central African**B21 ☐ AngolanB22 ☐ CameroonianB23 ☐ Central African
(Central African Republic)B24 ☐ ChadianB25 ☐ Congolese
(Republic of the Congo)B26 ☐ Congolese (Democratic
Republic of the Congo)B27 ☐ Equatorial GuineanB28 ☐ GaboneseB29 ☐ São ToméanB30 ☐ PrincipeB31 ☐ Central African Write in:**East African**B32 ☐ BurundianB33 ☐ ComoranB34 ☐ DjiboutianB35 ☐ EritreanB36 ☐ EthiopianB37 ☐ KenyanB38 ☐ Malagasy (Madagascar)B39 ☐ MalawianB40 ☐ Mauritian (Mauritius)B41 ☐ Mahoran (Mayotte)B42 ☐ MozambicanB43 ☐ ReunioneseB44 ☐ RwandanB45 ☐ Seychellois/SeychelloiseB46 ☐ SomaliB47 ☐ South SudaneseB48 ☐ SudaneseB49 ☐ UgandanB50 ☐ Tanzanian (United Republic
of Tanzania)B51 ☐ ZambianB52 ☐ ZimbabweanB53 ☐ East African Write in:**Latin American**B54 ☐ ArgentineB55 ☐ BelizeanB56 ☐ BolivianB57 ☐ BrazilianB58 ☐ ChileanB59 ☐ ColombianB60 ☐ Costa RicanB61 ☐ EcuadorianB62 ☐ El SalvadoranB63 ☐ Falkland IslanderB64 ☐ French GuianeseB65 ☐ GuatemalanB66 ☐ GuyaneseB67 ☐ HonduranB68 ☐ MexicanB69 ☐ NicaraguanB70 ☐ PanamanianB71 ☐ ParaguayanB72 ☐ PeruvianB73 ☐ South Georgia and the
South Sandwich IslandsB74 ☐ SurinameseB75 ☐ UruguayanB76 ☐ VenezuelanB77 ☐ Latin American Write in:**South African**B78 ☐ BotswananB79 ☐ Mosotho (Lesotho)B80 ☐ NamibianB81 ☐ South AfricanB82 ☐ SwaziB83 ☐ South African Write in:**West African**B84 ☐ BenineseB85 ☐ Bissau-GuineanB86 ☐ Burkinabé (Burkina Faso)B87 ☐ Cabo VerdeanB88 ☐ Ivorian (Cote d'Ivoire)B89 ☐ GambianB90 ☐ GhanaianB91 ☐ LiberianB92 ☐ MalianB93 ☐ MauritanianB94 ☐ Nigerien (Niger)B95 ☐ Nigerian (Nigeria)B96 ☐ Saint HelenianB97 ☐ SenegaleseB98 ☐ Sierra LeoneanB99 ☐ TogoleseC01 ☐ West African Write in:C02 ☐ Black Write in: _____**PACIFIC ISLANDER** (may check categories and use write-in)P00 ☐ Native Hawaiian/Other
Pacific IslanderP01 ☐ CarolinianP02 ☐ ChamorroP03 ☐ ChuukeseP04 ☐ FijianP05 ☐ i-Kiribati / GilberteseP06 ☐ KosraeanP07 ☐ MaoriP08 ☐ MarshalleseP09 ☐ Native HawaiianP10 ☐ Ni-VanuatuP11 ☐ PalauanP12 ☐ PapuanP13 ☐ PohpeianP14 ☐ SamoanP15 ☐ Solomon IslanderP16 ☐ TahitianP17 ☐ TokelauanP18 ☐ TonganP19 ☐ TuvaluanP20 ☐ YapeseP21 ☐ Pacific Islander Write in:**WHITE** (may check categories and use write-in)W00 ☐ White**Eastern European**W01 ☐ BosnianW02 ☐ HerzegovinianW03 ☐ PolishW04 ☐ RomanianW05 ☐ RussianW06 ☐ UkrainianW07 ☐ Eastern European Write in:**MIDDLE EASTERN and NORTH AFRICAN** (may check categories and use write-in)W08 ☐ AlgerianW09 ☐ Amazigh or BerberW10 ☐ Arab or ArabicW11 ☐ AssyrianW12 ☐ BahrainiW13 ☐ BedouinW14 ☐ ChaldeanW34 ☐ Middle Eastern Write in: _____W36 ☐ White Write in: _____W15 ☐ CoptW16 ☐ DruzeW17 ☐ EgyptianW18 ☐ EmiratiW19 ☐ IranianW20 ☐ IraqiW21 ☐ IsraeliW22 ☐ JordanianW23 ☐ Kurdish KuwaitiW24 ☐ LebaneseW25 ☐ LibyanW26 ☐ MoroccanW27 ☐ OmaniW35 ☐ North African Write in: _____W28 ☐ PalestinianW29 ☐ QatariW30 ☐ Saudi ArabianW31 ☐ SyrianW32 ☐ TunisianW33 ☐ Yemeni

Toppenish School District #202
Toppenish, WA
Parental/Guardian Photo Release Consent Form

We are sending you this parental consent form to both inform you and to request permission for your child's photo/image and personally identifiable information to be published to the district's website, school website, social media and/or instructional technology platforms. In many cases, the pictures will be group pictures with no names included. Examples include sports, band, club or organization pictures and academic assemblies, as well as pep rallies, and informal pictures of students engaging in daily school activities. There may also be time where the student's name may be used i.e. student of the month or individual academic achievement awards.

As you are aware, there are potential dangers associated with the posting of personally identifiable information on a web site since global access to the Internet does not allow us to control who may access such information. These dangers have always existed; however, we as schools do want to celebrate your child and his/her work and accomplishments. The law requires that we ask for your permission to use information about your child.

Pursuant to law, we will not release any personally identifiable information without prior written consent from you as parent or guardian. Personally identifiable information includes student names, photo or image, residential addresses, e-mail address, phone numbers and locations and times of class trips.

If you, as the parent or guardian, wish to rescind this agreement, you may do so at any time in writing by sending a letter to the principal of your child's school and such rescission will take effect upon receipt by the school.

Check one of the following choices:

_____ I/We GRANT permission for this student's photo/image and all other personal identifiers listed above to be published on the school and/or district's public Internet site, social media and/or instructional technology platforms.

_____ I/We DO NOT GRANT permission for photo/image that includes this student to be published on the school and or district's public Internet site, social media and/or instructional technology platforms.

Date: _____

Student's Name: (please print) _____ **Student's Grade:** _____

Print name of Parent/Guardian: (please print) _____

Signature of Parent/Guardian: (sign)  _____

Relation to Student: _____

Distrito Escolar Toppenish # 202
Toppenish, WA
Formulario de consentimiento para la divulgación de la foto del padre / tutor

Le enviamos este formulario de consentimiento de los padres para informarle y para solicitar permiso para que la foto / imagen de su hijo y la información de identificación personal se publiquen en el sitio web del distrito, el sitio web de la escuela, las redes sociales y / o las plataformas de tecnología educativa. En muchos casos, las imágenes serán imágenes grupales sin nombres incluidos. Los ejemplos incluyen fotos de deportes, bandas, clubes u organizaciones y asambleas académicas, así como reuniones de animación e imágenes informales de estudiantes que participan en actividades escolares diarias. También puede haber un momento en el que se pueda usar el nombre del estudiante, es decir, estudiante del mes o premios de logros académicos individuales.

Como sabe, existen peligros potenciales asociados con la publicación de información de identificación personal en un sitio web, ya que el acceso global a Internet no nos permite controlar quién puede acceder a dicha información. Estos peligros siempre han existido; sin embargo, nosotros como escuelas queremos celebrar a su hijo y su trabajo y logros. La ley exige que le solicitemos su permiso para usar información sobre su hijo.

De conformidad con la ley, no divulgaremos ninguna información de identificación personal sin su consentimiento previo por escrito como padre o tutor. La información de identificación personal incluye los nombres de los estudiantes, la foto o la imagen, las direcciones residenciales, la dirección de correo electrónico, los números de teléfono y los lugares y horarios de los viajes de clase.

Si usted, como padre o tutor, desea rescindir este acuerdo, puede hacerlo en cualquier momento por escrito enviando una carta al director de la escuela de su hijo y dicha rescisión entrará en vigencia una vez que la escuela la reciba.

Marque una de las siguientes opciones:

_____ YO / OTORGO permiso para que la foto / imagen de este estudiante y todos los demás identificadores personales enumerados anteriormente se publiquen en el sitio de Internet público de la escuela y / o el distrito , las redes sociales y / o las plataformas de tecnología educativa.

_____ YO / NO OTORGAMOS permiso para que la foto / imagen incluya a este estudiante para que se publique en el sitio de Internet público de la escuela o el distrito , las redes sociales y / o las plataformas de tecnología educativa.

Fecha: _____

Nombre del alumno : (en letra de imprenta) _____

Grado del alumno : _____

Escriba el nombre del padre / tutor: (escriba en letra de molde) _____

Firma del padre / tutor: (firma)  _____

Relación con el estudiante: _____



2024-2025 Toppenish Early Learning Center

1. Child Information

Legal First Name Middle Name Legal Last Name _____ Child's birth date _____

Gender: M F Parent/Guardian _____ Phone # _____

☐ 2 Parent Household ☐ 1 Parent Household, Parent/Guardian Preferred Language _____ Needs Interpreter ☐ Yes ☐ No

Is this child a member of the **tribal nation**? **Yes No**

IEP - Is this child on an Individualized Education Program (IEP) for a developmental delay or disability? **Yes No**

Has child completed a formal IEP evaluation and was determined eligible, but the parent declined services. **Yes No**

Do you have any concerns about this child's development? **Yes No**. If yes, explain _____

CPS - Is this child's family actively involved or has received support from Tribal or State Systems, including Child Protective Services (CPS), Family Assessment Response (FAR), Indian Child Welfare (ICW), comparable tribal services, or Law Enforcement/Court System regarding child abuse neglect, or sexual assault? **Yes No**

Foster Care - Is this child in official foster care? *This means there is a caregiver authorization from a state or tribe that says this is a foster care placement.* **Yes No**

Kinship - Is this child in kinship care – with or without a grant, with a relative or suitable other? **Yes No**

Adopted after foster/kinship care - Was this child adopted after foster or kinship care? **Yes No**

2. Housing (select one)

Rent or own an adequate residence.

Doubled up in a cooperative living with relatives or friends.

Doubled up with another family due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason.

In an emergency or transitional shelter.

Sleeping in a hotel, motel, car, park, campsite, or similar location.

Moving from place to place (couch surfing).

Inadequate housing, such as no water, heat, or electricity; excessive mold; or no cooking facilities.

3. Additional Questions

We use this information to choose the children who need ECEAP the most. All responses will be kept confidential.

Has this child been homeless within the last 12 months? **Yes No**

Does this child have a household family member who is experiencing a physical or mental health condition? **Yes No**

Does this child have a family member who attended an Indian Boarding School? **Yes No**

Does this child have a parent deployed currently or within the past 12 months or a total of 19 months in the child's lifetime? **Yes No**

Does this child have a parent who is a Migrant or Seasonal Worker? **Yes No**

Has child experienced a parent incarcerated in jail, prison, or a detention center? **Yes No**

Does this child have a parent who was under age 18 when this child was born? **Yes No**

Has this child experienced the loss of a parent or primary caregiver, such as by death, abandonment, or deportation **Yes No** Was this child born premature (<37 weeks) or with low birth weight (<5.5lb)? **Yes No**

Has this child lived in a household with domestic violence, including in-utero? **Yes No**

Does this child lived in a household with substance abuse, including in-utero? **Yes No**

Has this child been expelled from early learning program due to behavior? **Yes No**

Does this child have chronic physical or mental health condition? **Yes No**

Child was previous enrolled in ECLIPSE, EHS, ESIT, or Early ECEAP? **Yes No** If yes, where? _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

***Family Income Information: Income must be verified by office staff only.**

Family Yearly Income \$ _____ Income Source _____ Family Size _____ Verify by: _____



2024-2025 Toppenish Early Learning Center

1. Información del niño

Nombre legal Primer, Segundo, Apellido: _____ Fecha de nacimiento del niño _____
Sexo: M F Nombre del Padre/Guardia: _____ Numero de Teléfono: _____
☐ 2 Padres/Guardia en el Hogar ☐ 1 Padres/Guardia en el Hogar Idioma preferido _____ Necesita intérprete ☐ Si ☐ No

¿El niño es miembro de una nación tribal? **Sí No**

IEP - ¿Está este niño en un Programa de Educación Individualizado (IEP) por un retraso en el desarrollo o una discapacidad? **Sí No**
El niño completó una evaluación formal del IEP y se determinó que era elegible, pero el padre rechazó los servicios? **Sí No**

Usted tiene una preocupación acerca del desarrollo de este niño? **Sí No** Si, es así, explique _____

CPS - ¿La familia de este niño está recibiendo actualmente o en un momento recibió Servicios de Protección de Menores (CPS),
Respuesta de Evaluación Familiar (FAR) o servicios similares de Bienestar de los Niños Indígenas (ICW)? **Sí No**

Cuidado de crianza - ¿Este niño está en cuidado de crianza oficial? Esto significa que hay una autorización de un estado o una tribu a un
cuidador que establece que es una colocación de cuidado de crianza. **Sí No**

Cuidado familiares-¿Este niño está en cuidado de familiares con un pariente u otra persona apropiada, con o sin subsidio? **Sí No**

Adoptado después del cuidado de crianza/familiar - ¿Este niño fue adoptado después de cuidado de crianza, cuidado de familiares o
después de vivir en un orfanato en otro país (no incluye otras adopciones)? **Sí No**

2. Vivienda (seleccione una opción)

Alquila o posee una residencia adecuada
Comparte vivienda cooperativa con familiares o amigos
Comparte vivienda con otra familia debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o un motivo similar Vive
en un refugio de emergencia o transición
Duerme en un hotel, un motel, en el carro, en el parque, en un lugar para campamentos u otras ubicaciones similares Se
muda de un lugar a otro (duerme en sofás ajenos)
Vivienda inadecuada por motivos como no tener agua, calefacción o electricidad, tener un exceso de moho o no tener instalaciones para
cocinar

3. Preguntas adicionales

**Utilizamos esta información para seleccionar a los niños que más necesitan el programa ECEAP. Todas las respuestas se mantendrán
confidenciales.**

¿Ha estado este niño sin hogar en el transcurso de los últimos 12 meses? **Sí No**

¿Este niño tiene un familiar que tenga una condición física o mental crónica? **Sí No**

¿Este niño tiene un familiar que asistió a una escuela residencial para indígenas? **Sí No**

¿Tiene este niño un padre militar desplegado actualmente o estuvo desplegado dentro los últimos 12 meses o durante un total de 19 meses o mas en
el transcurso de la vida del niño? **Sí No**

¿Tiene este niño un padre o una madre que es trabajador(a) migrante o por temporada? **Sí No**

¿Este niño tiene o a tenido uno de sus padres recluido/a en la cárcel, la prisión o un centro de detención? **Sí No**

Tiene este niño un padre o una madre que era menor de 18 años al nacer dicho niño? **Sí No**

Este niño tiene un padre o madre que era menor de 18 años de edad cuando nació el niño? **Sí No**

Este niño ha vivido la pérdida de un padre, madre o guardián, por ejemplo por fallecimiento, abandono o deportación? **Sí No**

Este niño nació prematuro (menos de 37 semanas) o pesó menos de 5.5 libras (2.5 kg) al nacer? **Sí No**

Este niño a vivido en un grupo familiar con violencia doméstica, incluso dentro del utero? **Sí No**

Este niño a vivido en un grupo familiar con abuso de sustancias, incluso del utero? **Sí No**

Este niño ha sido expulsado de algún programa de aprendizaje temprano o cuidado de niños debido a su conducta? **Sí No**

Este niño tiene un trastorno crónico de salud física o mental? **Sí No**

Este niño estuvo inscrito antes en ECLIPS, EHS, ESIT, o Early ECEAP? **Sí No** Si, es así, donde? _____

Firma de Padre/Guardia _____ Fecha: _____

***Información de ingresos familiares: Los ingresos deben ser verificados únicamente por el personal de la oficina**

Ingreso familiar anual \$ _____ Fuente de ingresos _____ Tamaño de la familia _____ Verificado por: _____

306 Bolin Drive
Toppenish, WA 98948
(509) 865-4455
Fax: (509) 865-2067

According to RCW 28A.300.505. (2) (B) school districts are required to report parent or guardian military status no later than the school year.

School data systems standard reporting format.

STUDENT NAME	DATE OF BIRTH	GRADE

☐	No parent/guardian is currently serving as a member of the active duty U.S. Armed Forces, Reserves of the U.S. Armed Forces or Washington National Guard.	(Code N)
☐	Parent/Guardian is a current member of the active duty U.S. Armed Forces	(Code A)
☐	Parent/guardian is a current member of the Reserves of the U.S. Armed Forces	(Code R)
☐	Parent/guardian is a current member of the Washington National Guard	(Code G)
☐	More than one parent/guardian is a member of the active duty U.S. Armed Forces, Reserves of the U.S. Armed Forces or Washington National Guard.	(Code M)
☐	No response/refuse to state	(Code Z)

Parent Signature: _____ Date: _____

Distrito Escolar de Toppenish No. 202

306 Bolin Drive
Toppenish, WA 98948
(509) 865-4455
Fax: (509) 865-2067

Encuesta de Estado Militar 20__-20__

De acuerdo con RCW 28A.300.505. (2) (B) los distritos escolares están obligados a informar el estado militar de los padres o tutores a más tardar en el año escolar.

RCW 28A.300.505. (2) (b)

Formato de informes estándar de sistemas de datos escolares.

(2) (b) Comenzando a más tardar en el año escolar actual, datos sobre estudiantes de familias militares. El grupo de gobierno de datos K-12 establecido RCW.28A.300.505 debe desarrollar pautas de mejores prácticas para la recopilación y actualización regular de estos datos en estudiantes de familias militares.

Nombre de Estudiante	Fecha de Nacimiento	Grado

Marque la casilla correspondiente para información de padres / tutores:

- ☐ Ningún padre / tutor actualmente se desempeña como miembro de las Fuerzas Armadas de EE.UU. en servicio activo, Reservas de las Fuerzas Armadas de EE. UU. O la Guardia Nacional de Washington. (Code N)
- ☐ El padre / tutor es un miembro actual del servicio activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. (Code A)
- ☐ El padre / tutor es un miembro actual de las Reservas de las Fuerzas Armadas de los EE. UU. (Code R)
- ☐ El padre / tutor es un miembro actual de la Guardia Nacional de Washington (Code G)
- ☐ Más de un padre / tutor es miembro del servicio activo de las Fuerzas Armadas de EE. UU., Las Reservas de las Fuerzas Armadas de EE. UU. O la Guardia Nacional de Washington. (Code M)
- ☐ Sin respuesta / rehusarse a declarar (Code Z)

Firma de Padre:  Fecha: _____

2024–25 Child Nutrition Eligibility & Education Benefit Application – TOPPENISH SCHOOL DISTRICT

This application may qualify you for: meal benefits, Summer EBT benefits (if enrolled in a NSLP/SBP school), reduced fees for other programs and activities, and/or help secure funding for your school district. If your child(ren) are enrolled in a Community Eligibility Provision (CEP) or Provision 2 school, completing this application will not impact your eligibility to receive meals at no cost.

Complete, sign, and return this application to: 306 Bolin Drive, Toppenish, WA 98948 or to the main office of your student's school

Check here if you received meal benefits last year: ☐

1. List **all students** living with you that are attending school. If the student is in foster care, experiencing homelessness, or receiving migrant education services, indicate this by placing an “x” in the appropriate box. Include any personal income received by the student and make an “x” in the correct box for how often it is received. ☐ Homeless ☐ Migrant

Student's Last Name	Student's First Name	MI	Foster	Date of Birth	School	Grade	Student Income	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐
			☐				\$	☐	☐	☐	☐

2. If any Household Members (including yourself) currently participate in one or more of the following assistance programs, please write in a case number. If no, go to Step 3.

☐ Basic Food ☐ TANF ☐ Food Distribution Program on Indian Reservations (FDIPR) Case Number: _____

3. List the names of all other household members - Enter income (in whole dollars) and CHECK how often it is received. If a household member does not receive income, write 0. If you enter 0 or leave the income sections blank, you are promising there is no income to report.

Names of ALL other household members (do not include students listed above)	Foster	Earnings from work (before any deductions)	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly	Public Assistance/ Child Support/ Alimony	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly	Pensions/ Retirement/ Social Security (SSI)	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly	Any Other Income Not Already Listed	Weekly	Bi-weekly	2 X Month	Monthly
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐
	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐

4. Total Household Members (include all people living in your household): Last Four Digits of Social Security Number (SSN) of Check if no SSN: ☐
(total listed must equal number of household members listed above) **Primary Wage Earner or Other Household Member** (Optional if only applying for Summer EBT)

5. **Contact Information & Signature – Complete, sign, and return this application to:** Toppenish School District

I certify (promise) that all information on this application is true, that all income is reported, and that my household does not receive Summer EBT benefits through a different State or Indian Tribal Organization (if applicable). I understand that this information is given in connection with the receipt of federal or state benefits and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose these benefits, and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws.

Printed Name of Adult Household Member

Adult Household Member Signature

E-mail Address

Mailing Address

City, State & Zip Code

Daytime Phone

Date

6. **Children's Racial and Ethnic Identities (Optional) – We are required to ask for information about your child(ren)'s race and ethnicity. This information is important and helps make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your child(ren)'s eligibility for free & reduced-price meals.**

Mark one or more racial identities:

☐ American Indian or Alaska Native

☐ Asian

☐ Black, or African American

☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander

☐ White

Mark one ethnic identity:

☐ Hispanic or Latino

☐ Not Hispanic or Latino

Child Nutrition Eligibility: The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced-price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (Basic Food), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced-price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

1. **mail:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:**
(833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. **email:**
Program.Intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

The Toppenish School District complies with all federal and state laws and regulations and does not discriminate on the basis of race, color, religion, sex, gender identity, sexual orientation, national origin, or ancestry, the presence of any sensory, mental or physical disability or use of a trained guide dog or service animal by a person with a disability, age, familial or marital status, honorably discharged veteran or military status and provides equal access to designated youth groups. This applies to all educational programs, extra-curricular activities, district-sponsored events and employment. Inquiries regarding the application of Civil Rights, Title IX, Section 504 of the Rehabilitation Act and the Americans with Disabilities Act (ADA) or inquiries regarding accommodations for disabled employees and the public should be directed to Shawn Myers, Assistant Superintendent of Human Resources, ADA/Section 504, Title IX & Civil Rights Compliance Officer, 509-865-4455, 306 Bolin Drive, Toppenish, WA 98948 EOE

SCHOOL USE ONLY – DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Bi-Weekly x 26; Twice per month x 24; Monthly x 12.

(Do NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies).

LEA APPROVAL: ☐ Basic Food/TANF/FDPIR/Foster
☐ Income Household

Total Household Size	_____	Weekly	Bi-Weekly	2x per Month	Monthly	Annual
Total Household Income	\$ _____	☐	☐	☐	☐	☐

APPLICATION APPROVED FOR: ☐ Free Eligible
☐ Reduced-Price Eligible

APPLICATION DENIED BECAUSE: ☐ Income Over Allowed Amount ☐ Other: _____
☐ Incomplete/Missing Information

Date Notice Sent

Signature of Approving Official

Date

Toppenish School District

306 Bolin Drive
Toppenish, WA 98948
(509) 865-4455
Fax: (509) 865-2067

TITLE I MIGRANT EDUCATION PROGRAM

Date: _____

Student Full Name: _____ DOB: _____ Grade: _____

Parent/Guardian Name(s): _____

Address: _____
Street City State Zip

Phone Number: _____ Email: _____

Dear Parent/Guardian(s):

The Toppenish School District Title I Migrant Program is designed to help children whose parents have moved in the past three years, seeking temporary or seasonal work in the fields of agriculture, horticulture, or commercial fishing.

We would appreciate your cooperation in answering the following questions:

1. Have you moved within the past three years? _____ YES _____ NO
2. What was the purpose of your move?

3. May we contact you for further information? _____ YES _____ NO

If so, what times are most convenient for you? _____ Before 5 PM
_____ After 5 PM

Parent/Legal Guardian Signature:  _____ Date: _____

SCHOOL PERSONNEL: As new students enroll or you become aware of moves made by a family please obtain the information on this form and return it to the Migrant Office. Migrant staff will follow up to determine eligibility for the Migrant Program.

RETURN TO THE MIGRANT EDUCATION OFFICE/STAFF

Distrito Escolar de Toppenish No. 202

306 Bolin Drive
Toppenish, WA 98948
(509) 865-4455
Fax: (509) 865-2067

PROGRAMA EDUCACIONAL DEL CAPITULO I / MIGRANTE

Fecha: _____

Nombre de Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____

Nombre(s) de Padre/Guardián: _____

Domicilio: _____
Calle Cuidad Estado Codigo Postal

Numero de Teléfono: _____ Correo Electronico: _____

Estimado Padre/Guardian(s):

El Programa Migratorio Título I del Distrito Escolar de Toppenish está diseñado para ayudar a los niños cuyos padres se han mudado en los últimos tres años, buscando trabajo temporal o estacional en los campos de agricultura, horticultura o pesca comercial.

Agradeceríamos su cooperación al responder las siguientes preguntas:

1. ¿Se ha mudado dentro de los últimos tres años? _____ SI _____ NO

2. ¿Que fue la razon de su mudanza?

3. ¿Nos podemos comunicar con usted para obtener más informacion? _____ SI _____

NO Si es así, ¿qué horarios son más convenientes para usted? _____ Antes de las 5 PM

_____ Despues de las 5 PM

Firma de Padre/Guardián:  _____ Date: _____

SCHOOL PERSONNEL: As new students enroll or you become aware of moves made by a family please obtain the information on this form and return it to the Migrant Office. Migrant staff will follow up to determine eligibility for the Migrant Program.

RETURN TO THE MIGRANT EDUCATION OFFICE/STAFF

[illegible]

*Signature: _____

* I declare under penalty of perjury under the laws of the State of Washington that the information provided here is true and correct.

Parent Signature: _____ Date: _____

For School Personnel Only: For data collection purposes and student information system coding

☐ (N) Not Homeless ☐ (A) Shelters ☐ (B) Doubled-Up ☐ (C) Unsheltered ☐ (D) Hotels/Motels

McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435 SEC.

725. DEFINITIONS

For purposes of this subtitle:

- (1) The terms enroll and enrollment include attending classes and participating fully in school activities.
- (2) The term homeless children and youths –
 - a. Means individuals who lack a fixed, regular and adequate nighttime residence (within the meaning of section 103(a)(1)); and
 - b. Includes –
 - i. Children and youths who are sharing the housing of other persons due to loss of housing, economic hardship or similar reason; are living in motels, hotels, trailer parks or campgrounds due to the lack of alternative adequate accommodations; are living in emergency or transitional shelters; are abandoned in hospitals;
 - ii. Children and youths who have a primary nighttime residence that is a public or private place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation for human beings (within the meaning of section 103(a)(2)(C));
 - iii. Children and youths who are living in cars, parks, public spaces, abandoned buildings, substandard housing, bus or train stations or similar settings; and
 - iv. Migratory children (as such term is defined in section 1309 of the elementary and Secondary Education Act of 1965) who qualify as homeless for the purposes of this subtitle because the children are living in circumstances described in clauses (i) through (iii).
- (3) The term unaccompanied youth included a youth not in the physical custody of a parent or guardian.

Additional Resources

Parent information and resources can be found at the following:

[National Center for Homeless Education](#)

[National Association for the Education of Homeless Children and Youth \(NAEHCY\)](#) [SchoolHouse Connection](#)

TSD MKV Liaison Directory

Preschool	MKV	Liaison	Nelda Pacheco	(509)	865-8222
Garfield Elementary	MKV	Liaison	Michelle Story	(509)	865-4575
Valley View Elementary	MKV	Liaison	Janay Monzingo	(509)	865-8240
Lincoln Elementary	MKV	Liaison	Rosa Camacho	(509)	865-1166
Kirkwood Elementary	MKV	Liaison	Maria Williams Joe	(509)	865-1209
			Monzingo Michael	(509)	865-8011
Toppenish Middle School	MKV	Liaison	Romero Steve	(509)	865-8075
Toppenish High School	MKV	Liaison	Romero	(509)	865-1258
CATS	MKV	Liaison			

Nombre	Student No. (SSID)	Grado	Edad	Fecha de Nacimiento	Escuela actual o última a la que asistió (si no está inscrito, indique)

*Firma de padre(s) o guardián legal(es):(O _____
joven no acompañado/a)

FECHA: _____

**Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del estado de Washington que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta.*

SI ES APLICABLE, POR FAVOR DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA OFICINA DE SU ESCUELA.

For School Personnel Only: For data collection purposes and student information system coding

☐ (N) Not Homeless ☐ (A) Shelters ☐ (B) Doubled-Up ☐ (C) Unsheltered ☐ (D) Hotels/Motels

McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435

SEC. 725. DEFINICIONES.

Para efectos de este subtítulo:

(1) Los términos inscribirse e inscripción incluyen asistir a clases y participar plenamente en las actividades escolares.

(2) El término niños y jóvenes sin hogar

(A) significa personas que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada (en el sentido de la sección 103(a)(1)); e

(B) incluye -

(i) niños y jóvenes que comparten la vivienda de otras personas debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas o una razón similar; viven en moteles, hoteles, parques de caravanas o terrenos para acampar debido a la falta de alojamiento adecuado alternativo; están viviendo en refugios de emergencia o de transición; son abandonados en los hospitales;

(ii) niños y jóvenes que tienen una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado que ni está diseñado para ni usado habitualmente como una acomodación regular para dormir por los seres humanos (en el sentido de la sección 103(a)(2)(C));

(iii) niños y jóvenes que viven en automóviles, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de autobús o tren, o entornos similares; y

(iv) niños migratorios (como se define dicho término en la sección 1309 de la Ley de Educación Primaria y Secundaria de 1965) que califican como personas sin hogar para los fines de este subtítulo porque los niños viven en las circunstancias descritas en las cláusulas (i) a (iii).

(6) El término joven no acompañado incluye a un joven que no está bajo la custodia física de un padre o guardián.

Recursos adicionales

La información y los recursos para los padres se pueden encontrar en lo siguiente:

- **National Center for Homeless Education**
- **National Association for the Education of Homeless Children and Youth (NAEHCY)**
- **SchoolHouse Connection**

TSD MKV Liaison Directory

Preschool	MKV Liaison	Nelda Pacheco	(509) 865-8222
Garfield Elementary	MKV Liaison	Michelle Story	(509) 865-4575
Valley View Elementary	MKV Liaison	Janay Monzingo	(509) 865-8240
Lincoln Elementary	MKV Liaison	Rosa Camacho	(509) 865-1166
Kirkwood Elementary	MKV Liaison	Maria Williams	(509) 865-1209
Toppenish Middle School	MKV Liaison	Joe Monzingo	(509) 865-8011
Toppenish High School	MKV Liaison	Michael Romero	(509) 865-8075
CATS	MKV Liaison	Steve Romero	(509) 865-1258

Regrésela a la oficina de su escuela.

**U.S. Department of Education
Office of Indian Education
Washington, DC 20202
TITLE VI ED 506 INDIAN STUDENT ELIGIBILITY CERTIFICATION FORM**

Parent/Guardian: This form serves as the official record of the eligibility determination for each individual child included in the student count. You are not required to complete or submit this form. However, if you choose not to submit a form, your child cannot be counted for funding under the program. **This form should be kept on file and will not need to be completed every year.** Where applicable, the information contained in this form may be released with your prior written consent or the prior written consent of an eligible student (aged 18 or over), or if otherwise authorized by law, if doing so would be permissible under the Family Educational Rights and Privacy Act, 20 U.S.C. § 1232g, and any applicable state or local confidentiality requirements.

STUDENT INFORMATION

Name of the Child _____ Date of Birth _____ Grade _____
(As shown on school enrollment records)

Name of School _____

TRIBAL ENROLLMENT

Name of the individual with tribal enrollment: _____
(Individual named must be a descendent in the first or second generation)

The individual with tribal membership is the: _____ Child _____ Child's Parent _____ Child's Grandparent

Name of tribe or band for which individual above claims membership: _____

The Tribe or Band is (select only one):

- _____ Federally Recognized
- _____ State Recognized
- _____ Terminated Tribe (Documentation required. Must attach to form)
- _____ Member of an organized Indian group that received a grant under the Indian Education Act of 1988 as it was in effect October 19, 1994. (Documentation required. Must attach to form)

Proof of enrollment in tribe or band listed above, as defined by tribe or band is:

A. Membership or enrollment number (if readily available) _____ OR

B. Other Evidence of Membership in the tribe listed above (describe and attach) _____

Name and address of tribe or band maintaining enrollment data for the individual listed above:

Name _____ Address _____

City _____ State _____ Zip Code _____

ATTESTATION STATEMENT

I verify that the information provided above is accurate.

Name Parent/Guardian _____ Signature 

Address _____ City _____ State _____ Zip Code _____

Email Address _____ Date _____

U.S. Department of Education
Office of Indian Education
Washington, DC 20202

TÍTULO VI ED 506 FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD DEL ESTUDIANTE INDÍGENA

Padre/Guardian: este formulario sirve como el registro oficial de la determinación de elegibilidad para cada niño individual incluido en el recuento de estudiantes. No es necesario que complete o envíe este formulario. Sin embargo, si decide no enviar un formulario, no se puede contar a su hijo para obtener fondos del programa. Este formulario debe mantenerse en el archivo y no será necesario completarlo todos los años. Donde corresponda, la información contenida en este formulario puede ser divulgada con su consentimiento previo por escrito o previo consentimiento por escrito de un estudiante elegible (de 18 años o más), o si la ley lo autoriza, si hacerlo sería permisible bajo el programa de Educación Familiar. Ley de Derechos y Privacidad, 20 USC § 1232g, y cualquier requisito de confidencialidad estatal o local aplicable.

Informacion de Estudiante

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____
(As shown on school enrollment records)
Escuela: _____

INSCRIPCIÓN TRIBAL

Nombre de la persona con inscripción tribal: _____
(Individuo nombrado debe ser un descendiente en la primera o segunda generación)

El individuo con membresía tribal es el: _____ Estudiante _____ Padre de Estudiante _____ Abuelos _____

Nombre de la tribu o banda para la cual el individuo anterior reclama membresía: _____

The Tribe or Band is (selecciona solo uno):

- _____ Reconocido federalmente
- _____ Estado reconocido
- _____ Tribu terminada (se requiere documentación. Debe adjuntarse al formulario)
- _____ Miembro de un grupo indio organizado que recibió una subvención en virtud de la Ley de educación de la India de 1988, ya que estaba en vigor el 19 de octubre de 1994. (Documentación requerida. Debe adjuntarse al formulario)

La prueba de inscripción en la tribu o banda enumerada anteriormente, según la definición de tribu o banda es la siguiente:

A. Membresía o número de inscripción (si está disponible) _____ OR

B. Otra Evidencia de Membresía en la tribu mencionada arriba (describa y adjunte) _____

Nombre y dirección de la tribu o banda que mantiene los datos de inscripción para el individuo mencionado anteriormente:

Nombre: _____ Domicilio: _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo Postal _____

DECLARACIÓN DE ATENCIÓN

Verifico que la información proporcionada arriba es precisa.

Nombre Padre/Guardian _____ Firma  _____

Domicilio _____ Cuidad _____ Estado _____ Codigo _____

E-Mail/Correo Electronico _____ Fecha _____



The Home Language Survey is given to *all* students enrolling in Washington schools.

Student Name: _____		Grade: _____	Date: _____
Parent/Guardian Name _____ Parent/Guardian Signature _____			
Right to Translation and Interpretation Services All families have the right to information about their child's education in a language they understand. Please tell us your language preferences so we can provide an interpreter or translated documents, free of charge, when you need them.	1. a) In what language(s) would your family prefer to receive written communication from the school? _____ b) Do you need an interpreter for meetings and phone calls (including ASL)? Parent/Guardian Name #1: _____ Interpreter Needed? ☐ Yes ☐ No Language _____ Parent/Guardian Name #2: _____ Interpreter Needed? ☐ Yes ☐ No Language _____		
Eligibility for Language Development Support Information about the student's language helps us identify students who qualify for support to develop the language skills necessary for success in school. Testing may be necessary to determine if language supports are needed.	2. What language(s) did your child first speak or understand? _____ 3. What language does your child use the most at home? _____ 4. What is the primary language used in the home, regardless of the language spoken by your child? _____ 5. Has your child received English language development support in a previous school? Yes ☐ No ☐ Don't Know ☐		
Prior Education Your responses about your child's birth country and previous education: • Give us information about the knowledge and skills your child is bringing to school. • May enable the school district to receive additional federal funding to provide support to your child. <i>This form is not used to identify students' immigration status.</i>	6. In what country was your child born? _____ 7. Has your child ever received formal education outside of the United States? (K-12 th Grade) ☐ Yes ☐ No If yes: Number of months: _____ Language(s) of instruction: _____ 8. When did your child first attend a school in the United States? (K-12 th Grade) _____ Month Day Year		

Thank you for providing the information needed on the Home Language Survey. Contact your school district if you have further questions about this form or about services available at your child's school.





La Encuesta de idiomas en el Hogar se entrega a todos los alumnos que se inscriben en una escuela de Washington.

Nombre del alumno: _____		Grado: _____	Fecha: _____
Nombre del padre, madre o tutor legal _____ Firma del padre, madre o tutor legal _____			
Derecho a los servicios de traducción o interpretación Todos los padres tienen el derecho de recibir información sobre la educación de su hijo en un idioma que entiendan. Indique el idioma de su preferencia para que podamos brindarle un intérprete o documentos traducidos, sin cargo alguno, cuando los necesite.	1. a) ¿En qué idioma(s) preferiría su familia recibir las comunicaciones por escrito de la escuela? _____ b) ¿Necesita un intérprete para las reuniones y llamadas telefónicas (incluso de ASL)? Nombre del padre/madre/tutor 1: _____ ¿Necesita intérprete? ☐ Sí ☐ No Idioma _____ Nombre del padre/madre/tutor 2: _____ ¿Necesita intérprete? ☐ Sí ☐ No Idioma _____		
Requisitos para recibir apoyo en capacitación de idiomas La información sobre el idioma del alumno nos ayuda a identificar a los alumnos que reúnen los requisitos para recibir apoyo para formar las habilidades de idioma necesarias para tener éxito en la escuela. Es posible que sea necesario hacer una evaluación para determinar si se requiere ayuda con el idioma.	2. ¿Qué idioma(s) habló o entendió primero su hijo(a)? _____ 3. ¿Qué idioma utiliza más su hijo en casa? _____ 4. ¿Cuál es el idioma principal que se utiliza en casa, independientemente del idioma que habla su hijo? _____ 5. ¿Ha recibido su hijo apoyo en capacitación del idioma inglés en una escuela anterior? Sí ☐ No ☐ No sé ☐		
Educación previa Sus respuestas sobre el país de nacimiento de su hijo y su educación previa: • Bríndenos información sobre el conocimiento y las aptitudes que su hijo trae a la escuela. • Esto puede ayudar a que el distrito escolar reciba fondos federales adicionales para brindarle apoyo a su hijo. Este formulario no se utiliza para identificar la situación migratoria de los alumnos.	6. ¿En qué país nació su hijo? _____ 7. ¿Alguna vez ha recibido su hijo educación formal fuera de Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es Sí: Número de meses: _____ Idioma de formación: _____ 8. ¿Cuándo asistió su hijo por primera vez a la escuela en Estados Unidos? (Kindergarten – 12.º grado) _____ Mes Día Año		

Gracias por brindarnos la información necesaria en la Encuesta de Idiomas en el Hogar. Póngase en contacto con su distrito escolar si tiene más preguntas sobre este formulario o sobre los servicios que ofrece la escuela de su hijo.

