



## ESPERANZA CYBER CHARTER SCHOOL

## K-12 ENROLLMENT PACKET

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTS

Información del Estudiante - Sección 1			Llene toda la información
<input type="checkbox"/> Marque aquí si usted es un estudiante se registró por su cuenta.			
Nombre y Apellido del Estudiante		Dirección / Ciudad / Código postal	
Teléfono de la casa	Teléfono Celular		Correo Electrónico
<b>El estudiante vive con:</b> <input type="checkbox"/> Ambos padres en la misma dirección <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro/madrastra <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Guardián/Otro <input type="checkbox"/> Solo, sin un adulto <input type="checkbox"/> Un adulto que no es mi tutor legal o padre <b>Estudiante vive en</b> <input type="checkbox"/> Vivienda permanente <input type="checkbox"/> Otro miembro de la familia u otra persona <input type="checkbox"/> Hotel / Motel <input type="checkbox"/> Otro			
País de Nacimiento Si EE. UU. incluya Estado		¿Cuándo se mudó a PA? (mes/año)	Idioma principal en su casa
Raza: <input type="checkbox"/> Hispano /Latino <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Otras islas del Pacífico Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano / Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Multirracial / Otros		Sexo asignado al momento del nacimiento <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	Identidad de Género respuesta (opcional)
Fecha del último examen físico _____ Prueba adjunta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Vacunas al día <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prueba adjunta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha del último examen dental Prueba adjunta <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Información sobre el Padre/Guardian del Estudiante - Sección 2</b>			
<input type="checkbox"/> No aplica, el estudiante no vive con Padre o Guardian legal			
Nombre y Apellido del Padre / Guardián		Correo electrónico	
Dirección/ Ciudad / Estado / Código Postal	Teléfono de la casa	Relación con estudiante	Contacto Preferido <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Texto <input type="checkbox"/> Email
Padres / Guardián servicio militar activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de trabajo	Teléfono Celular	



## ESPERANZA CYBER CHARTER SCHOOL

## K-12 ENROLLMENT PACKET

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTS

Lista de todos los niños en edad escolar (de 5 o arriba)	Apellido, Nombre	Fecha de Nacimiento	Escuela actual	Grado Actual
<b>Historia de la Educación – Sección 3</b>				
Escuela Anterior: Nombre		Dirección / Estado / Código Postal	Fecha en que asistió (mes / año)	¿Último nivel de Grado en esa escuela?
Si la escuela está fuera de EE.UU. , ¿tiene registros? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, adjuntar documentos	¿Asistió su hijo Pre-K o Kinder? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo fue la fecha que el estudiante ingreso al 9° grado por primera vez? (mes / año)	¿Se puede proporcionar un portafolio de carrera de la escuela anterior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, adjunte)	¿Su hijo tiene un Plan 504? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, adjunte)
¿Alguna vez su hijo recibió servicios de Educación Especial en el estado de PA o en otro estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿En Caso afirmativo, qué estado?	¿Su hijo tiene un IEP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, adjunte el IEP	¿Su hijo tiene un informe de evaluación actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, adjunte informe de evaluación	¿Fue su hijo inscrito en la intervención temprana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Afirmación de Declaración - Sección 4</b>				
<p><i>Afirmó que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta, y el suministro de información falsa o incompleta puede retrasar la inscripción. Al firmar a continuación, estoy permitiendo que la escuela Esperanza Cyber Charter inscriba a mi hijo(a) como estudiante. Estoy de acuerdo no voy a retirar a mi hijo de su /escuela actual hasta que se me ha proporcionado una fecha de orientación.</i></p> <p><b>Iniciales del Padre/Guardian:</b> _____</p>				



ESPERANZA CYBER CHARTER SCHOOL

K-12 ENROLLMENT PACKET

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTS

Encuesta de Idioma usado en el Hogar (Obligatorio)		
<p>Todos los estudiantes, sin distinción de la raza, la nacionalidad, o el lenguaje de origen deben completar este formulario. La ley federal requiere que todas las escuelas usen un procedimiento imparcial para identificar cuáles estudiantes son potencialmente aprendices del inglés (ELs – English Learners-o Estudiantes de Inglés) para que puedan proveer los programas y servicios apropiados para la instrucción del desarrollo del idioma.</p> <p>Dado esta responsabilidad, Esperanza Cyber Charter School tiene el derecho de pedir la información que aparece en este y otros formularios asociados con el proceso de identificación. El Departamento de Educación en Pennsylvania eligió esta encuesta de idioma usado en el hogar como el método de identificación.</p>		
Nombre del Estudiante		
¿Hay un idioma aparte del inglés que se habla en el hogar?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Idioma:
¿Se Comunica su hijo/a en un idioma aparte del inglés?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Idioma:
¿Cuál es el primer idioma que su hijo/a aprendió hablar en el hogar?		
¿Ha estudiado su hijo/a en alguna escuela en los Estados Unidos por tres años o mas (no tiene que ser consecutivo)?		<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> í <input type="checkbox"/> No Si haya contestado sí, por favor completa lo siguiente
Nombre de escuela	Estado	Fechas
¿Cuando fue matriculado en una escuela en EEUU?		Fecha (mes/día/año)
¿Cuando entró su hijo/a en una escuela en el estado de Pennsylvania?		Fecha mes/día/año)
¿Recibe el estudiante servicios de inglés como segundo idioma (ESL/ELD) ahora?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha sido el estudiante discontinuado de los servicios de ESL o promovido de los servicios de ESL/ELD?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha (mes/día/año)
Nombre de la persona que ha llenado este formulario si Ud. no es el padre o tutor legal del estudiante		Nombre: Relación a estudiante:
Firma de Padre/Tutor Legal		Fecha

*El distrito escolar/escuela chárter tiene la responsabilidad bajo la ley federal a servir los estudiantes quienes son aprendices del inglés (ELs) y necesitan servicios instruccionales en el idioma del inglés. Dado esta responsabilidad, el distrito escolar/escuela charter tiene el derecho de pedir la información necesario para identificar ELs. Como una parte de la responsabilidad de localizar e identificar ELs, el distrito escolar/escuela charter puede hacer pruebas y pedir la información sobre los estudiantes EL quienes ya son matriculados en la escuela y también de los estudiantes que están solicitando la entrada.*

**LEY DE MCKINNEY-VENTO**  
(Obligatorio, Confidencial)

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

*La Ley de Asistencia para Personas sin hogar de McKinney-Vento (Titulo X, Parte C, de la Ley No Child Left Behind) define "sin hogar" como "individuos que carecen de una noche fija, regular y adecuada residencia." Esto incluye a los niños que "comparten temporalmente la vivienda de otras personas debido a la perdida de vivienda o dificultades económicas".*

Marque una casilla:

- ☐ No se aplica; el estudiante no está sin hogar.
- ☐ Vivienda en un refugio, incluido refugios de viviendas de transición
- ☐ Vivienda en las calles, edificios abandonados, en automóviles, remolques de campamentos (RV), lugares públicos, vivienda no apta para habitar.
- ☐ Vivienda en hoteles/moteles por falta de vivienda adecuada.
- ☐ Compartiendo vivienda temporalmente con familiares o amigos debido a falta de una vivienda adecuada o condiciones financieras.

☐ Marque aquí si es un estudiante que se registra por su cuenta.**\*Favor de llenar esta información si selecciono una de las últimas cuatro opciones en el cuestionario anterior:**

Dirección Estudiante:

Contacto de Emergencia:

Relación:

Número de teléfono:

Información de los Padres/Guardián

Número de teléfono

Dirección (si es diferente de estudiante):





<b>Declaración de Registro (Requerido)</b>		
<p>Código de Escuela en Pensilvania § 13-130-A Declara en parte "Antes de admisión a cualquier entidad escolar, el padre, guardián u otra persona que tenga control o esté a cargo del estudiante debe, antes de la matrícula, proveer una declaración jurada una afirmación indicando si el alumno anteriormente o actualmente está suspendido jurada una afirmación indicando si el alumno anteriormente o actualmente está suspendido o ha sido expulsado de alguna escuela pública o privada del estado de Pensilvania o de ofensa envolviendo armas, alcohol o drogas, o voluntariamente causando herida contra otra persona o por cualquier otro acto de violencia cometido en la propiedad escolar.</p>		
Nombre de Estudiante	Fecha de Nacimiento:	Grado:
<p>Por favor complete lo siguiente:</p> <p>Yo por este medio juro e afirmo que mi hijo(a) <input type="checkbox"/> fue <input type="checkbox"/> no fue anteriormente suspendido o expulsado de alguna escuela pública o privada del estado de Pensilvania o de cualquier otro estado por un acto de ofensa envolviendo armas, alcohol o drogas, o voluntariamente causo heridas contra otra persona o por cualquier otro acto de violencia cometido en la propiedad escolar.</p> <p>Y hago esta declaración sujetado (a) a las penalidades de 24 P.S. § 13-1304-A (b) y 18 Pa. C.S.A. § 4904, relacionadas a falsificación no jurada contra autoridades, y verifico que los hechos contenidos en este documento son verdaderos y correctos a mi mejor conocimiento</p>		
<b>Firma de Padre/Guardián</b>		<b>Fecha</b>
<b>Si el estudiante ha sido o actualmente está suspendido o expulsado de otra escuela, favor complete</b>		
Nombre de la escuela de la cual el/la estudiante fue suspendido o expulsado:		
Fecha de la suspensión o expulsión:		
Razón por la suspensión/expulsión:		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		

*Alguna declaración falsa, hecha voluntariamente, en este formulario o documento será un delito de tercer grado. Este documento se va mantener como parte del registro disciplinario del estudiante.*



## ESPERANZA CYBER CHARTER SCHOOL

## K-12 ENROLLMENT PACKET

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTS

**Autorización de Salida****(Obligatorio)**

*Si fuera necesario enviar un niño a casa desde el centro de aprendizaje o un evento patrocinado por la escuela debido a una enfermedad, lesión u otra emergencia, la escuela necesita información de contacto de los padres / tutores, y en el caso de que la escuela no es capaz de comunicarse con el padre / tutor, el permiso se deben proporcionar para que su hijo puede ser liberado.*

Nombre del Estudiante

Estudiante vive con:

☐ Madre ☐ Padre ☐ Guardián☐ Otra persona \_\_\_\_\_

Madre / Guardian Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Padre/ Guardián Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

Contacto de emergencia

Teléfono (casa o celular)

Relación con estudiante

Nombre:

Contacto de emergencia

Teléfono (casa o celular)

Relación con estudiante

Nombre:

Contacto de emergencia

Teléfono (casa o celular)

Relación con estudiante

Nombre:

*Mi firma autoriza a la Escuela para liberar a mi hijo a cualquiera de las personas mencionadas anteriormente. Yo entiendo que mi hijo sólo se dará a conocer a estas personas y no se hará ninguna excepción. Yo entiendo que la escuela no puede liberar a mi hijo con el consentimiento de teléfono.*

**Firma del Padre / Guardián****Fecha**

**PERMISO PARA FOTOGRAFIAR O FILMAR****(Obligatorio)**

*Esperanza Cyber Charter (ECCS) es una escuela pública al servicio de la comunidad. Hay un gran interés en nuestra escuela y esperamos que el interés de continuar creciendo a medida que pase el tiempo. Debido a que nuestra escuela es única, tenemos muchos visitantes, incluyendo los padres / tutores de los estudiantes potenciales, estudiantes, hermanos, miembros de la comunidad, funcionarios públicos, y la prensa y medios de comunicación. De vez en cuando, ECCS le gustaría fotografiar o grabar en video a nuestros estudiantes, profesores y actividades de la escuela o permitir que otros lo hagan. Vamos a utilizar fotografías, películas y cintas de video como parte de nuestra enseñanza en clase y para promover la escuela y sus actividades. Esperamos dar cabida a las solicitudes de los visitantes, fotografías o videos de nuestros estudiantes, profesores y actividades de la escuela.*

*El propósito de este formulario es para recibir su permiso para fotografiar o grabar en video a su hijo en el ejercicio de las actividades escolares, y para la escuela de utilizar fotografías, películas, cintas de video o de su hijo para propósitos relacionados con la escuela.*

☐ Si autorizo a ECCS para fotografiar o filmar y utilizar para fines relacionados con la escuela cualquier fotografías, películas o video de mi hijo.

☐ No autorizo a ECCS para fotografiar o filmar y utilizar para fines relacionados con la escuela cualquier fotografías, películas o video de mi hijo.

**Nombre del estudiante****Firma de padre/tutor****Fecha**



ESPERANZA CYBER CHARTER SCHOOL

K-12 ENROLLMENT PACKET

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTS

## Encuesta E-Rate para las familias 2019-2020

(Obligatorio)

Por favor complete y regrese esta encuesta. Importante: Aun si sus ingresos son diferentes de los datos proveídos en la Tabla de Ingresos, devuelva la encuesta para incluirla en los resultados totales de la escuela.

Nombre y Apellido del estudiante:

Dirección Física:

Ciudad:

Estado:

Código Postal:

I. Encuentre el ingreso bruto anual de su familia en esta tabla e indique el número de personas en su familia. Incluya a todos los menores:

Income Eligibility Guidelines 20-21 SY							
Tamaño del Hogar (circule uno)	Guía Federal de Pobreza	Comidas Gratis			Comidas Reducidas		
	Anual	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Ingreso Semanal	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Ingreso Semanal
1	\$12,760	\$16,588	\$1,383	\$319	\$23,606	\$1,968	\$454
2	\$17,240	\$22,412	\$1,869	\$431	\$31,894	\$2,658	\$614
3	\$21,720	\$28,235	\$2,353	\$543	\$40,182	\$3,349	\$773
4	\$26,200	\$34,060	\$2,839	\$655	\$48,470	\$4,040	\$933
5	\$30,680	\$39,884	\$3,324	\$767	\$56,758	\$4,730	\$1,092
6	\$35,160	\$45,708	\$3,809	\$879	\$65,046	\$5,421	\$1,251
7	\$39,640	\$51,532	\$4,295	\$991	\$73,334	\$6,112	\$1,411
8	\$44,120	\$57,356	\$4,780	\$1,103	\$81,622	\$6,802	\$1,570
Por cada miembro adicional, añada	\$4,480	\$5,824	\$485	\$112	+ \$8,288	+ \$691	+ \$160

¿Es su ingreso igual o menor que la cantidad que corresponde al número de personas que usted indico?	Si	No
¿Recibe su familia beneficios del programa SNAP (cupones para alimentos)?	Si	No
¿Recibe su familia beneficios del programa de comidas gratis independiente de su ingreso, TANF?	Si	No
¿Califica su familia para asistencia médica bajo el programa de Medicaid?	Si	No
¿Recibe su familia ingresos suplementarios bajo el programa de seguro social SSI?	Si	No
¿Recibe su familia subsidio de vivienda (sección 8)?	Si	No
¿Recibe su familia subsidio para los pagos de electricidad (LIHEAP)?	Si	No
<b>I. Si usted contesto si a alguna de las preguntas anteriores, por favor escriba el nombre de la escuela y grade de su hijo/a(s) viviendo en su casa.</b>		
<b>Nombre del Niño</b>	<b>Escuela</b>	<b>Grado</b>
<b>Nombre de Padre/Tutor (Escriba su nombre en letra de molde)</b>	<b>Firma de Padre/Tutor</b>	<b>Fecha</b>



## ESPERANZA CYBER CHARTER SCHOOL

## K-12 ENROLLMENT PACKET

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTS

**SOLICITUD DE ARCHIVOS DE ESTUDIANTE**

(Obligatorio)

<b>Date</b> (Fecha)		<b>Previous School Name</b> (Nombre de Escuela Previa)	
<b>Student Name</b> (Nombre del Estudiante)		<b>Current Grade</b> (Grado Actual)	<b>Date of Birth</b> (Fecha de Nacimiento)
<p>The student listed above has intent to enroll at Esperanza Cyber Charter School. Please forward a copy of his/her student records to us through the following fax or mailing address:</p> <p style="text-align: center;">Esperanza Cyber Charter School Attention: Enrollment 4261 N. 5<sup>th</sup> Street, Third Floor Philadelphia, PA 19140 FAX: Attention Enrollment, 215-689-1400 EMAIL: <a href="mailto:admissions@esperanzacybercs.net">admissions@esperanzacybercs.net</a></p> <p><b>Student records include: current grades, transcripts, report cards, IEP, Evaluation or Re-evaluation, NOREP, 504, and Psychological, psychiatric, or neurological reports.</b></p>			
<input type="checkbox"/> <b>I give permission to release my child's school records to Esperanza Cyber Charter School.</b> <i>Doy permiso para liberar los registros escolares de mi hijo a la escuela Esperanza Cyber Charter.</i>			
<b>Parent/Guardian Signature</b> ( <i>firma padre/guardián</i> )			<b>Date</b> ( <i>Fecha</i> )



## ESPERANZA CYBER CHARTER SCHOOL

## K-12 ENROLLMENT PACKET

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTS

**SOLICITUD DE REGISTROS DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

(Obligatorio)

<b>Date</b> (Fecha)	<b>Physician Name and Address</b> (Nombre de Doctor y dirección)		
<b>Student Name</b> (Nombre del Estudiante)		<b>Current Grade</b> (Grado Actual)	<b>Date of Birth</b> (Fecha de Nacimiento)
<p>As of today the student listed above is interested in attending Esperanza Cyber Charter School. Please forward a copy of his/her health records to us through the following fax or mailing address:</p> <p style="text-align: center;">Esperanza Cyber Charter School Attention: Admissions 4261 N. 5<sup>th</sup> Street, Third Floor Philadelphia, PA 19140 FAX: Attention Admissions, 215-689-1400 EMAIL: Admissions@esperanzacybercs.net</p> <p>Health records include: annual physical exam, immunization records.</p>			
<input type="checkbox"/> I give permission to release my child's health records to Esperanza Cyber Charter School. <i>Doy permiso para liberar los registros de salud a la escuela Esperanza Cyber Charter</i>			
<b>Parent/Guardian Signature</b> <i>Firme de Padre/Guardián</i>			<b>Date</b> (Fecha)



ESPERANZA CYBER CHARTER SCHOOL

K-12 ENROLLMENT PACKET

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTS

**CHARTER SCHOOL STUDENT ENROLLMENT NOTIFICATION FORM**

**Formulario – Informe De Matricula De Estudiante En Escuela Chárter**

For School Year 2020-2021

*¡Advertencia! Un niño matriculado en otra escuela pública o privada o el colegio privado no pueden, al mismo tiempo, ser matriculado en una escuela chárter.*

Name of Charter School: Esperanza Cyber Charter School  
Address: 4261 N 5th Street  
Philadelphia PA 19140  
Charter School Contact Person: Liriam Santiago  
Telephone: 215-967-9703 Email Address: liriam.santiago@esperanzacybercs.net

**I. Información del Estudiante:**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_  
Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Condado: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección de Correo (si es diferente a domicilio): \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

**II. Distrito Escolar de Residencia e Información de Escuela Anterior**

Distrito Escolar de Residencia: \_\_\_\_\_

Información de la Escuela Anterior (de otra manera que Preescolar):

\_\_\_\_\_ Escuela Publica \_\_\_\_\_ Escuela Chárter \_\_\_\_\_ Educado en Casa \_\_\_\_\_ Escuela Privada

\_\_\_\_\_ Estudiante no estaba matriculado anteriormente de matricularse en esta escuela chárter porque:

\_\_\_\_\_ Entrando a Kindergarten \_\_\_\_\_ Rematriculado o abandono de escuela anteriormente \_\_\_\_\_ Otro:

Nombre de Escuela Anterior: \_\_\_\_\_

Dirección de la Escuela Anterior: \_\_\_\_\_

Grado Anterior: \_\_\_\_\_ Fecha de cuando se retiró de la Escuela Anterior: \_\_\_\_\_

¿Fue su Hijo(a) Recipiente de Servicios Especiales Que fue basado según al IEP? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No

¿Si su contesta es Si, Tienes los Registros de la Educación Especial del Niño(a) (IEP)? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No



ESPERANZA CYBER CHARTER SCHOOL

K-12 ENROLLMENT PACKET

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTS

**III. Información del Padre/Guardian:**

Niño(a) vive con: ☐ Ambos Padres ☐ Ambos Padres Alternamente ☐ Madre Solamente ☐ Padre Solamente  
☐ Guardian Legal ☐ Padres Adoptivos ☐ Otro Adulto: \_\_\_\_\_

Instrucciones Especiales del Tribunal de Custodia

(Si su contestación es Si, Proporcione una copia del Mandato Judicial) Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**Complete el Nombre del Padre/Guardian e Información de Dirección como Aplica**

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleo \_\_\_\_\_

Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleo \_\_\_\_\_

**Si el estudiante no vive con los padres, completa esta sección por favor**

☐ Guardian ☐ Padre Adoptivo ☐ Otro Adulto

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono Residencial \_\_\_\_\_ Teléfono del Empleo \_\_\_\_\_

*Mi firma en este formulario indica mi decisión de tener a mi hijo(a) asistir a la escuela chárter denominada en la pagina 1 de este formulario y significa mi petición que apropios registros de escuela sean cedidos a del distrito de la escuela chárter. Mi firma también certifica que mi hijo(a) no está, y no será, matriculado en otra escuela pública, una escuela privada ni otra escuela chárter al mismo tiempo que este matriculado en esta escuela chárter.*

Firma del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**IV. Para ser completado por la escuela chárter**

Comprobación de la Fecha de Nacimiento: ☐ Certificado de Nacimiento ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Prueba de Residencia ☐ Declaración de Hipoteca ☐ Lease ☐ Utilidad ☐ Otro: \_\_\_\_\_

Fecha Oficial de Matricula \_\_\_\_\_ Fecha Anticipada de Asistencia \_\_\_\_\_

Estudiante Entra al Grado \_\_\_\_\_

Firma del Representante de la Escuela Chárter \_\_\_\_\_





## ESPERANZA CYBER CHARTER SCHOOL

## K-12 ENROLLMENT PACKET

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTS

**PHYSICAL EDUCATION MEDICAL EXEMPTION / PROGRAM MODIFICATION**

(complete as needed)

***(Debe ser completado por el Medico)***

To the Parent/Guardian: Participation in our Cyber Physical Education Program is required for all students. Modifications are available for students who are unable to participate in all parts of the program. It is your responsibility to contact the school if the student requires a modified program. In cases of temporary restriction, the student is still required to attend his/her regularly scheduled online physical education/health class. This form is to be completed **every school year** by your physician and returned to the school.

Physician: The Pennsylvania Department of Education requires ALL students to participate in a planned program of physical education at EVERY GRADE LEVEL.

STUDENT LAST NAME	STUDENT FIRST NAME	GRADE	BIRTH DATE – MM/DD/YY
PARENT/GUARDIAN NAME		TELEPHONE	DATE ISSUED

**COMPLETED BY CARE PROVIDER**

*Our patient has requested an excuse from the regular physical education program based on the health condition listed below:*

*Diagnosis:*

**1. CHECK DEGREE OF ACTIVITY PERMITTED:****2. CHECK ANYTHING WITHIN THAT CATEGORY WHICH IS NOT PERMITTED.**

VIGOROUS		MODERATE CALISTHENICS & GENERAL EXERCISES REQUIRING MODERATE RUNNING AND MUSCULAR EFFORT		MILD ( I.E. WALKING OR MOVEMENT OF ARMS, NECK & TRUNK )	
<input type="checkbox"/> WALKING	<input type="checkbox"/> AEROBICS	<input type="checkbox"/> WALKING	<input type="checkbox"/> AEROBICS	<input type="checkbox"/> WALKING	<input type="checkbox"/> AEROBICS
<input type="checkbox"/> YOGA	<input type="checkbox"/> ARM EXERCISES	<input type="checkbox"/> YOGA	<input type="checkbox"/> ARM EXERCISES	<input type="checkbox"/> YOGA	<input type="checkbox"/> ARM EXERCISES
<input type="checkbox"/> KICK-BOXING	<input type="checkbox"/> LEG EXERCISES	<input type="checkbox"/> KICK-BOXING	<input type="checkbox"/> LEG EXERCISES	<input type="checkbox"/> LEG EXERCISES	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RUNNING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> RUNNING	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATE OF EXAMINATION \_\_\_\_\_

RESTRICTION REQUESTED FOR \_\_\_\_\_ WEEKS

MODIFICATION REQUESTED FOR \_\_\_\_\_ WEEKS

Comments:

Signature of Care Provider (REQUIRED)	Telephone	Care Provider office stamp (REQUIRED)
---------------------------------------	-----------	---------------------------------------



## ESPERANZA CYBER CHARTER SCHOOL

## K-12 ENROLLMENT PACKET

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTS

<b>REPORT OF PRIVATE DENTAL EXAMINATION</b> (complete as needed) <i>(Debe ser completado por el Dentista)</i>	
School: Esperanza Cyber Charter School	Date Issued:
<i>To the Dentist:</i>  <i>Pennsylvania law requires that students attending school in the Commonwealth receive periodic dental examinations at stated intervals (original entry, 3<sup>rd</sup> and 7<sup>th</sup> grades). These examinations are required for school attendance. Payment for these examinations is the responsibility of the parent/guardian.</i>  <i>Please attach a copy of the student's dental examination or record the data below.</i>	
<b>UNDER TREATMENT/ WORK BEGUN</b>	<b>COMPLETION OF WORK/ NO TREATMENT NECESSARY</b>
Date Work Begun	Expected Completion Date
Scheduled Follow-up Appointment	
Date of Dental Examination	
Comments / Follow-up Treatment / Special Instructions to School	
Name of Dentist	Telephone
Signature of Dentist	Date Signed
Dentist Address	Fax Number
<b>RETURN THIS FORM TO:</b>  Esperanza Cyber Charter School Attention: Admissions 4261 N. 5 <sup>th</sup> Street, Third Floor, Philadelphia, PA 19140 Fax 215-689-1400 Email: <a href="mailto:Admissions@esperanzacybercs.net">Admissions@esperanzacybercs.net</a>	



## ESPERANZA CYBER CHARTER SCHOOL

## K-12 ENROLLMENT PACKET

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTS

**MEDICATION INFORMATION**

(complete as needed)

(Debe ser completado por el Medico)

The School realizes it may be important for a student's well-being that medicine be taken when attending school-related events or attending at the Learning Center. It is also important that such medicines be approved in writing by a physician. **This form is required for medicines that are self-administered by the student.** The School will not provide nor administer medications. If your child is ill while attending a school-related activity every effort will be made for the child to be sent home accompanied by an individual authorized for release.

NOTE: The Learning Center does not have the capability to provide special storage requirements.

If the child takes medication does he/she need to take it while in attendance at the Learning Center or during a school-sponsored activity? ☐ Yes ☐ No Physician Initials \_\_\_\_\_

If Yes, Physician authorization is required for EACH medication. Complete the following:

<b>Name of Medication</b>	Condition	Dosage (amount, time)
Date administration of medication begins	Date administration of medication ends	Potential side effects
Is student fully aware of requirements for storage, transport, and administration of the medication? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Describe any conditions that School personnel should be aware of for the student's self-administration of this medicine		
<b>Physician Signature</b>		<b>Date</b>
<b>Name of Medication</b>	Condition	Dosage (amount, time)
Date administration of medication begins	Date administration of medication ends	Potential side effects
Is student fully aware of requirements for storage, transport, and administration of the medication? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Describe any conditions that School personnel should be aware of for the student's self-administration of this medicine		
<b>Physician Signature</b>		<b>Date</b>
<b>I hereby grant permission for my child to self-administer the above medications according to the physician's written orders and school policy. I attest the information above is accurate and my child understands his/her responsibilities involving the medication listed above.</b>		
<b>Parent/Guardian Signature</b>		<b>Date</b>

**FACTURACIÓN DE ASISTENCIA MÉDICA - Formulario De Consentimiento Padres****(Requerido para Estudiantes de Educación Especial)**

Agencias Locales de Educación (LEA) son elegibles para recibir un reembolso federal de Medicaid para los servicios médicos necesarios proporcionados a sus estudiantes de educación especial cuando los servicios cumplen con los requisitos de la programa y Medicaid del estado se proporcionan de acuerdo con el IEP del estudiante.

Lay Ley de Mejoramiento Educacional de los individuos con Discapacidades (IDEA) y los Derechos Educativos y Privacidad (FERPA) requiere que las escuelas obtengan el consentimiento escrito de los padres para compartir información y los registros relacionados con la salud, tales como los IEP e informes de evaluación. La escuela está solicitando su permiso para compartir esta información con el Departamento PA de Educación, el Departamento de Bienestar Público de PA, y un médico o enfermera practicante con el fin de facturar Asistencia Médica.

Además de los servicios cubiertos por Medicaid que recibe su hijo como parte de su IEP, la Asistencia Médica continuará a pagando por los servicios médicos necesarios, cubiertos por Medicaid que se proporcionan a su hijo fuera de la escuela.

**Entiendo que**

- Si doy permiso, puedo retirar los servicios futuros en cualquier momento. Sin embargo, no negaré ninguna acción que haya ocurrido después del consentimiento que fue dado antes de que se revoque el consentimiento.
- Me niego a dar su consentimiento no cambiará los servicios que recibe mi hijo bajo su IEP.
- Yo entiendo que al prestar o negar, no voy a tener que pagar por estos servicios.
- A petición, es posible recibir copias de los registros de mi hijo que se revelan como resultado de esta autorización.

**Doy permiso a la escuela de mi hijo para compartir información relacionada con la educación y la salud de mi hijo y facturar Asistencia Médica.**

**Imprimir padre/guardián Nombre****Firma del padre / guardián****Fecha**

**No doy permiso a la escuela de mi hijo para compartir información relacionada con la educación y la salud y el proyecto de ley de Asistencia Médica de mi hijo.**

**Imprimir padre / guardián Nombre****Firma del padre / guardián****Fecha**

Nombre completo del estudiante

Fecha de Nacimiento

Fecha de la reunión IEP

Duración de los servicios Previsto:



ESPERANZA CYBER CHARTER SCHOOL

K-12 ENROLLMENT PACKET

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTS

<b>PHYSICAL EXAMINATION ANNUAL SCREENING</b> (Debe ser completado por el Medico)					
<b>Student Name</b>	<b>Last</b>	<b>First</b>	<b>M.I.</b>	<b>Student ID#</b>	
<b>Age</b>	<b>Date of Birth</b>	<b>Gender</b>	<b>Phone Number</b>		
<b>Student Address</b>	<b>Number &amp; Street</b>	<b>City</b>	<b>State</b>	<b>Zip Code</b>	
<b>TO THE CARE PROVIDER (Please complete all items)</b> Pennsylvania law requires that students attending school in the state be immunized and receive periodic medical examinations. Payment for these examinations is the responsibility of the parent/guardian. THESE IMMUNIZATIONS ARE REQUIRED FOR SCHOOL ATTENDANCE. Attach a copy of the student's immunization record, or record the dates below.					
<b>VAC</b>		ENTER MONTH, DAY, AND YEAR EACH IMMUNIZATION WAS GIVEN			
		<b>D</b>			
Diphtheria and Tetanus* (DTap, DTP, Td or DT)	1. / /	2. / /	3. / /	4. / /	5. / /
Polio, (OPV or IPV)	1. / /	2. / /	3. / /	4. / /	
Hepatitis B	1. / /	2. / /	3. / /		
Measles** - Mumps - Rubella (MMR)	1. / /	2. / /	or Measles Serology: Date _____ Tite _____ _____ Rubella Serology: Date _____ _____ Titer _____		
Varicella	1. / /	2. / /			
Other	1. / /	2. / /	Mumps disease diagnosed by a physician: Date _____		
Date of last Tetanus Booster _____ Date of last PPD _____ Result _____ mm					
* One dose must be on or after the fourth (4th) birthday. ** First dose must be on or after the first (1st) birthday and the second dose should be at least one month after the first dose			Does this student have health insurance? _____ Yes _____ No Name of Insurance Provider: _____		
<b>RECORD THE FOLLOWING</b>					
1.	Visual Acuity: Without Glasses: R _____ L _____ With Glasses: R _____ L _____				
2.	Audiometric Screening: R _____ L _____		3. BP _____		
4.	Height _____ inches / cm Weight _____ lb. / kg BMI percentile _____				
5.	Scoliosis Screening: _____ Normal _____ Abnormal _____ Referred _____ No Referral				
6.	Activity Recommendation: _____ Full Physical Activity _____ Restricted Physical Activity (Must Complete Phys. Ed. Medical Exemption/Program Modification Form) Specify Restrictions: _____				
7.	List all medications currently being taken: Medication: _____ Reason: _____				



ESPERANZA CYBER CHARTER SCHOOL

K-12 ENROLLMENT PACKET

PARENT/GUARDIAN MUST COMPLETE THIS FORM AND PROVIDE ALL NECESSARY DOCUMENTS

8.	List ALL problems by history or examination:	Circle status of problem	
	1. _____	Under Care Referred	Care Complete
	2. _____	Under Care Referred	Care Complete
	3. _____	Under Care Referred	Care Complete
Comments / follow-up treatment plan / Special instructions to school:			
Signature of Care Provider (REQUIRED)		Telephone	Care Provider office stamp (REQUIRED)
Address		Date of Exam	