



Paquete Del Primer Día Y Lista De Verificación De Notificaciones Anuales Para Padres

Nombre del estudiante: _____ ID: _____

Escuela: _____

Escuela (por favor coincida con lo anterior): _____

Complete y complete los formularios requeridos

- Tarjeta de emergencia Form A
- Tarjeta de información del estudiante Form B
- Formulario de ingresos alternativo Form C
- Hoja de firma obligatoria Form D
- Evaluación de la participación familiar Form E

Por favor haga clic y lea los enlaces a continuación

- Manual de políticas y procedimientos del distrito
- Formularios y avisos escolares



MENSAJE DEL SUPERINTENDENTE

Estimados estudiantes, familias y personal del SUSD,

¡Bienvenidos al año escolar 2024-2025! El SUSD continúa priorizando el fomento de las relaciones y la creación significativa de grandes oportunidades para crecer y aprender con los estudiantes, las familias y el personal. Basado en la alegría, la confianza y la creencia en nuestro compromiso colectivo, este año nuestro tema es SUSD hacia adelante: Imagina las posibilidades. Creemos que cada persona en nuestro ecosistema educativo, que incluye estudiantes, familias, personal y la comunidad, contribuyen a desarrollar estudiantes vibrantes y seguros en el camino hacia el cumplimiento de sus aspiraciones individuales. Junto con personal dedicado, socios comunitarios y familias, nos hemos movilizado y continuaremos esforzándonos para cerrar la brecha entre nuestra visión colectiva para el futuro y la implementación de un aprendizaje equitativo, cultural y lingüísticamente relevante en estos próximos años. Nuestro compromiso sigue centrado en el Estudiante Completo, la Familia Completa y la Comunidad Completa mientras preparamos a todos los estudiantes para la universidad, la carrera profesional y la vida.

A medida que comenzamos nuestros esfuerzos de transformación sistémica este año, verá muchos ejemplos de alegría, confianza y credibilidad encarnados en nuestra temática SUSD Adelante: Imagina las Posibilidades:

- Expansión de las oportunidades académicas y de enriquecimiento hasta las 6 p.m. para 5,888 estudiantes de TK-8° grado.
- Recompensa de 29 escuelas de SUSD para que se conviertan en Escuelas Comunitarias para profundizar los apoyos integrales alineados con las necesidades del Niño en su Totalidad, la Familia en su Totalidad y la Comunidad en su Totalidad.
- Inversión en entornos de aprendizaje seguros a través de la implementación de Hall Pass (sistema de registro para visitantes), control de acceso para limitar la entrada al campus y mayor cobertura de cámaras.
- Un aumento en el currículo relevante y significativo a través de la Educación Técnica de Carreras (CTE), las Artes Visuales y Escénicas (VAPA) y los Estudios Étnicos para apoyar al estudiante moderno.
- Uso efectivo de ESSER III y fondos de bonos para mejorar las instalaciones y los entornos escolares, como el mobiliario de los salones de clases, las próximas estructuras de sombra y las actualizaciones del sistema de calefacción, ventilación y aire acondicionado (HVAC).
- Aumento adicional del personal de apoyo, incluidos los clínicos de salud mental, los analistas de comportamiento certificados por el Consejo de Certificación de Analistas del Comportamiento (BCBA), los Monitores de Seguridad de Escuelas (CSM) y los maestros de intervención.
- Inversión en el personal dedicado a la instrucción informada de trauma y el aprendizaje socioemocional.

Nuestro enfoque en la equidad educativa y el apoyo a todos y cada uno de los estudiantes sólo se fortalecerá. Cada estudiante del SUSD contará con los recursos necesarios para asegurar su éxito a nivel socioemocional y académico.

Nos comprometemos a colaborar con todas las partes interesadas escuchando activamente e invirtiendo tiempo en usted, para innovar y acelerar a nuestros estudiantes con un aprendizaje cultural y lingüísticamente relevante vinculado a sus pasiones, intereses y talentos, y a transformar nuestro sistema para que todos nuestros estudiantes estén preparados con éxito para la universidad, una carrera y la vida. Juntos SUSD Adelante: Imagina las Posibilidades.

Gracias,



Dra. Michelle Rodríguez
Superintendente de Escuelas





SUSD Health Services Emergency & Health Information

Maestro:	Fecha Rev.	IHCP Sí ☐ No ☐
Estudiante ID:	Grado	

En caso de emergencia, enfermedad o accidente: **Student's Name** _____
la escuela está autorizada a proceder como se indica a continuación: **DOB (dd/mm/yyyy)** _____

Domicilio: _____ **City:** _____ **Zip:** _____

PRIMERA LLAMADA

GUARDIÁN PRIMARIO: _____
Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono de la Casa (____) ____ - ____
Teléfono del Trabajo _____ Teléfono Celular _____

SEGUNDA LLAMADA:

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono de la Casa (____) ____ - ____
Teléfono del Trabajo _____ Teléfono Celular _____

TERCERA LLAMADA:

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono de la Casa (____) ____ - ____
Teléfono del Trabajo _____ Teléfono Celular _____

CUARTA LLAMADA:

Nombre _____ Parentesco _____ Teléfono de la Casa (____) ____ - ____
Teléfono del Trabajo _____ Teléfono Celular _____

DOCTOR:

Nombre _____ Domicilio _____ Teléfono _____

Si no es posible ponerse en contacto con cualquiera de las personas mencionadas anteriormente, doy permiso para el transporte al centro médico más cercano para recibir tratamiento médico de emergencia que sea necesario para la seguridad y la protección de mi hijo, pero no al costo de la escuela.

**ESTA INFORMACIÓN DEBE SER LLENADA CADA AÑO PARA QUE LA ESCUELA
PUEDA ACTUAR EN SU NOMBRE EN EL CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA**

Emergency & Health Information 06/25/2019 • #0028400

FAVOR THE LLENAR EL LADO REVERSO

Entiendo que el distrito escolar no proporciona seguro médico para lesiones de los estudiantes, pero tiene seguro escolar voluntario disponible. He recibido la información sobre este programa. ☐ Sí ☐ No

POR FAVOR MARQUE SOLO AQUELLOS QUE CORRESPONDAN: *Puede ser contactado por nosotros*

- | | | | | |
|---|--|--|---------------------|---|
| ☐ ADHD/ADD: | Requiere medicamento? | Sí ☐ No ☐ | Dado en la Escuela? | Sí ☐ No ☐ |
| ☐ Asthma: | Requiere medicamento? | Sí ☐ No ☐ | Dado en la Escuela? | Sí ☐ No ☐ |
| ☐ Alergias Severas: | Muy alérgico a: _____ | | Requiere Epi-Pen? | Sí ☐ No ☐ |
| | Los síntomas que ocurren: _____ | | | |
| ☐ Diabetes: | Tipo I ☐ Tipo II ☐ | Medicamentos: Oral ☐ Inyección ☐ Pump ☐ | Dado en la Escuela? | Sí ☐ No ☐ |
| ☐ Problemas del Corazón: | Diagnóstico: _____ | Requiere medicamento? Sí ☐ No ☐ | Dado en la Escuela? | Sí ☐ No ☐ |
| | Restricciones Físicas? _____ | | | |
| ☐ Ortopédico: | Condición Ortopédica: _____ | Limitaciones Físicas? _____ | | |
| ☐ Convulsiones: | Fecha de la última convulsión: _____ | Requiere medicamento? Sí ☐ No ☐ | Dado en la Escuela? | Sí ☐ No ☐ |
| ☐ Vision: | Usa Lentes? _____ | Sí ☐ No ☐ | | |

Por favor escriba cualquier otra información importante de la salud o sobre el comportamiento que puede afectar a su hijo/a en la escuela que debemos ser conscientes de: _____

California Ed. Código 49423 - Los estudiantes que toman medicamentos en la escuela necesita una "Autorización para Medicamentos" completada anualmente. Esta forma debe ser archivada en la escuela antes de la medicación se puede dar.

☐ **Estudiante no tiene seguro médico o Medi-Cal**

☐ **Seguro Medico / Medi-Cal:** _____ **Póliza #** _____ **ID#** _____

Bajo el Programa de Opciones de Facturación de la Agencia de Educación Local (LEA) para servicios cubiertos relacionados con la salud en el IEP / 504 / Plan de Atención Médica de un niño, el programa de seguro público de su estudiante puede ser accedido a la Agencia de Facturación LEA del distrito escolar para cubrir servicios relacionados con la salud. Estos servicios pueden o no estar relacionados con los servicios IEP / 504 / Health Care Plan de su hijo. Estos servicios no afectarán la cobertura de Medi-Cal de su hijo. Los servicios serán cubiertos sin costo para los padres. Los padres y tutores pueden retirar el consentimiento para el Programa de Opciones de Facturación de LEA en cualquier momento notificando por escrito al Departamento de Servicios de Salud al 975 North D Street, Stockton Ca. 95206

Firma del Padre o Guardián: _____ **Date:** _____

Emergency & Health Information 06/25/2019

Stockton Unified School District
INFORMACIÓN ACTUALIZADA PARA ESTUDIANTES Y PREGUNTAS SOBRE ALOJAMIENTO
Toda la información se mantendrá confidencial

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Grado: _____			
Nombre Legal: _____			
Apellido	Nombre	Inicial Del Segundo Nombre	Otro Nombre Legal (Si Es Aplicable)
Género:: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario			
Fecha de Nacimiento: Mes:_____ Día:_____ Año:_____			
Dirección del Hogar: _____			
Dirección del Hogar			# de APT
☐ Verifique aquí si la dirección ha cambiado con respecto al año escolar anterior.			
Numero Primario: _____			
Correo Electrónico: _____			
RESIDENCIA – ¿Dónde vive su hijo / familia actualmente? (Acta de Cumplimiento McKinley-Vento): marque la casilla correspondiente: ☐ En una residencia permanente de una familia (casa, apartamento, condominio, casa móvil) ☐ Vivienda compartida (un acuerdo de vivienda cooperativa a largo plazo con otras familias o individuos.) ☐ En un motel/hotel. ☐ Doble (Vivienda compartida temporalmente con otras familias / Individuo (debido a dificultades económicas o pérdidas.) ☐ En un albergue o programa de vivienda de transición. ☐ Sin blindaje (coche / camping) ☐ Otra (por favor especifique) _____			



Al completar este formulario usted está ayudando a asegurar que su hijo tenga acceso a todos los recursos elegibles y que la escuela de su hijo reciba los fondos que merece.

Apellido del hogar:										
Teléfono:										
Correo electrónico:										

PASO 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE SOLAMENTE - Incluye a los estudiantes en esta sección.

[illegible]

PASO 2: Cuente las personas que viven en el hogar e indique el ingreso BRUTO MENSUAL total del hogar.

Cuenta las personas que viven en su hogar. Incluye niños y adultos.
 Calcule el ingreso bruto mensual combinado (antes de las deducciones) de las personas que viven en su hogar.
 Encuentre la casilla de abajo que concuerda con la cantidad de personas que viven en su hogar.
 En ese casilla, llene el círculo con el rango que concuerda con el ingreso bruto mensual combinado de todas las personas que viven en su hogar. **Llene solo un círculo.**

CORRECTO:    **INCORRECTO:**    

TOTAL Miembros del hogar	El total de ingreso mensual por hogar se encuentra dentro de este rango:	El total de ingreso mensual por hogar se encuentra dentro de este rango:	El total de ingreso mensual por hogar excede:
2	☐ \$0 - \$2,215	☐ \$2,216 - \$3,152	☐ \$3,153 o más
3	☐ \$0 - \$2,798	☐ \$2,799 - \$3,981	☐ \$3,982 o más
4	☐ \$0 - \$3,380	☐ \$3,381 - \$4,810	☐ \$4,811 o más
5	☐ \$0 - \$3,963	☐ \$3,964 - \$5,640	☐ \$5,641 o más
6	☐ \$0 - \$4,546	☐ \$4,547 - \$6,469	☐ \$6,470 o más
7	☐ \$0 - \$5,129	☐ \$5,130 - \$7,299	☐ \$7,300 o más
8	☐ \$0 - \$5,712	☐ \$5,713 - \$8,128	☐ \$8,129 o más
9	☐ \$0 - \$6,295	☐ \$6,296 - \$8,958	☐ \$8,959 o más

Si el tamaño del hogar es mayor de 9 miembros, lista el tamaño del hogar y el ingreso mensual total a continuación:

Ingreso Mensual Total: \$

PASO 3: Imprima, firme y feche el formulario.

Yo certifico (prometo) que la información en este formulario es verdadera y que he incluido todos los ingresos. Yo entiendo que la escuela puede recibir fondos estatales y federales basando en la información que yo provea y la información puede ser sujeta a revisión.

[illegible]

Stockton Unified School District
Hoja de Firma Obligatoria

Nombre Legal del Estudiante: _____ ID del Estudiante: _____

Tel. de la Casa: _____ Tel. Celular: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Escuela Secundaria: _____

El proposito de esta Hoja de Firma Obligatoria es el de proveer a los padres y estudiantes con un solo documento acusando recibo de todas las formas mandatorias para su estudiante. Por favor asegurese de localizar cada forma en el Paquete Escolar y reconozca haber recibido y comprendido cada forma con su firma correspondiente a este documento. **Su estudiante DEBE devolver esta Hoja de Firma Obligatoria a su escuela.** *Note que no hay necesidad ni de firma ni de regresar las formas originales - esta Hoja Obligatoria de Firma servira como su acuse de recibo y es la UNICA forma que tiene que ser devuelta a la escuela pertinente a las formas aqui enumeradas.*

Normas de Uso Aceptable de Tecnologia del Distrito - Pg. 5

☐ Acepto que he recibido y leído las Normas de Uso Aceptable de Tecnologia del Distrito Escolar Unificado de Stockton. Me hago responsable de que mi hijo/a cumpla con las reglas establecidas.

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha: _____

☐ Acepto que he recibido y leído las Normas de Uso Aceptable de Tecnologia del Distrito Escolar Unificado de Stockton. Estoy de acuerdo en seguir las reglas contenidas en estas normas. Yo entiendo que si violo las reglas, mi cuenta puede ser terminada y puedo enfrentar otras medidas disciplinarias.

Firma del Estudiante _____ Fecha: _____

Permiso Anual Fotografico y Reproduccion de Videocintas - Pg. 3

☐ Doy permiso para que mi estudiante sea fotografiado o filmado durante el curso del año escolar mientras participe en actividades patrocinadas por el distrito.

☐ No doy permiso para que mi estudiante sea fotografiado o filmado durante el curso del año escolar.

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha: _____

Derechos y Responsabilidades Legales - 32

La ley estatal dice que es responsabilidad de cada padre/tutor notificar a la escuela que han recibido este aviso (Ley estatal E.C. 40902) Esto se encuentra en el Manual de Políticas y Procedimientos del Distrito.. Por favor firma.

Firma del Padre/Guardian _____ Fecha: _____

Por favor reconozca que ha recibido, leído y comprendido las siguientes notificaciones, marcando Si en las casillas correspondientes y firmando abajo:

- ☐ Annual Permit for Student Photographs & Video Reproduction
- ☐ Bell Schedule
- ☐ SUSD Parent Involvement Policy
- ☐ Conduct Code Book
- ☐ Dress Code
- ☐ Items Not Allowed on School Campus
- ☐ Parent Volunteer Procedures
- ☐ Parent Role in Emergencies (REMS)
- ☐ Cell Phones/Electronic Devices Notice
- ☐ Principal's Letter
- ☐ Risk Management – Pesticide Letter
- ☐ Student Acceptable Use Policy (AUP)
- ☐ Textbook & Library Checkout Notice
- ☐ School Parent Compact
- ☐ Title I Parent Involvement Policy
- ☐ Firearms Safety Memorandum

Print Parent/Guardian Name

Date

Parent/Guardian Signature(s)

******Both sides of form must be completed and signed before student may obtain schedule******



POR FAVOR REGRESE A SU HIJO MAESTRO PARA AGOSTO DE 2024

EVALUACIÓN DE POLÍTICA DE INVOLUCRAMIENTO DE PADRES DE SUSD

Escuela: _____



Instrucciones: Por favor, indique su acuerdo con una marca de verificación

Ejemplos: Incorrecto - ☒ Incorrecto - ☐ Correcto - ☐

EL DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE STOCKTON HA:

SÍ

NO

NO SÉ

1. Involucró a los padres en el desarrollo conjunto del plan escolar para establecer estrategias y actividades para mejorar el programa;
2. Ayudó a los padres a comprender los estándares de contenido académico del estado, los estándares de rendimiento académico de los estudiantes y las evaluaciones académicas.;
3. Proporcionó materiales y capacitación para ayudar a los padres a trabajar con sus hijos para mejorar el rendimiento de sus hijos, como capacitación en alfabetización, habilidades de crianza y uso de tecnología para fomentar la participación de los padres.;
4. Personal escolar educado, con la asistencia de los padres, sobre el valor y la utilidad de las contribuciones de los padres, cómo comunicarse con ellos y comunicarse con ellos.;
5. Programas y actividades coordinados e integrados de participación de padres con otras organizaciones / asociaciones;
6. Se aseguró de que la información relacionada con la escuela y los programas para padres, reuniones y otras actividades se enviara a los padres en un formato y lenguaje que los padres puedan entender; y
7. Se generó apoyo para el potencial de las escuelas y los padres para actividades sólidas de participación de los padres.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Durante el año escolar
2023-2024, he participado en
(rellena todo lo que corresponda):

☐☐☐☐☐☐☐☐

1

2

3

4

5

6

7

8

☐☐☐☐☐☐☐☐

9

10

11

12

13

14

15

16

- 1 Talleres Para Padres
- 2 ParentVue Accedido, iReady, Spotlight, Xello
- 3 Consejo De Sitio Escolar (SSC)
- 4 Hora del café para padres
- 5 Comité Asesor de Estudiantes de Inglés (ELAC - escuela) / (DELAC - distrito)
- 6 Conferencia De Padres Y Maestros

- 7 Comité Asesor de Padres (PAC), (AABPAC), (Latin X)
- 8 Comité Asesor de Padres de Preescolar
- 9 Noches de Regreso a la Escuela / Casa Abierta para Padres
- 10 Superintendente Meet & Greet
- 11 Academias ParaPadres
- 12 Reunión del Plan de responsabilidad de control local (LCFF / LCAP)

- 13 Comité Asesor de Padres/Estudiantes del Centro Indígena Nativo Americano (PSAC)
- 14 Comité Consultivo Comunitario (CAC)
- 15 Actividades de la Oficina de Educación y Participación Familiar (FEEO)
- 16 Otro: _____

I would like the district / school
to provide more trainings /
workshops on (fill all that apply):

☐☐☐☐☐☐☐☐☐

1

2

3

4

5

6

7

8

9

- 1 Comunicándome y conectándome con mi hijo
- 2 Apoyar el aprendizaje en casa (p. Ej., Lectura a mi hijo, ayudando con el trabajo escolar)
- 3 Usar tecnología para ayudar a mi hijo con el trabajo escolar

- 4 Cómo apoyar a mi hijo para que esté listo para la universidad y la carrera
- 5 Derechos y responsabilidades de los padres en el sistema escolar
- 6 Convertirse en un padre líder en el sitio escolar

- 7 Cómo apoyar la seguridad escolar
- 8 Apoyo y recursos para padres (por ejemplo, ESL, GED, educación financiera)
- 9 Otro: _____

*SUSD Teacher Instructions: Following collection of surveys, please forward to the district's
State & Federal Department located at 56 S. Lincoln St., Stockton, CA 95203*



POR FAVOR REGRESE A SU HIJO MAESTRO PARA AGOSTO DE 2024
EVALUACIÓN DE POLÍTICA DE INVOLUCRAMIENTO DE PADRES DE SUSD
Escuela: _____



Instrucciones: Por favor, indique su acuerdo con una marca de verificación

Ejemplos: Incorrecto - ☒ Incorrecto - ☐ Correcto - ☐

En el futuro, prefiero asistir a reuniones, eventos y talleres / capacitaciones:

☐
1☐
2☐
3☐
4

- 1 En persona / cara a cara
- 2 Virtualmente
- 3 En persona con transmisión virtual

En el futuro, prefiero asistir a reuniones, eventos o talleres / capacitaciones:
(Marque todas las opciones que correspondan).

☐
1☐
2☐
3☐
4

- 1 por las mañanas (8:00 am - 11:30 am)
- 2 por las tardes (12:00 pm [mediodía] - 4:30 pm)
- 3 por las tardes (5:00 p. M. - 7:00 p. M.)
- 4 por las tardes (6:00 pm - 8:00 pm)

Prefiero ser contactado por SUSD por:

☐
1☐
2☐
3☐
4

- 1 Llamada telefónica pregrabada
- 2 Mensaje de texto (p. Ej., Aplicación Recordar)
- 3 Correo electrónico
- 4 Llamada telefónica en vivo