

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE EDUCACION MIGRANTE DE LA JUNTA DE EDUCACION DEL ESTADO DE ILLINOIS

Año escolar 20 _____ - 20 _____

NOMBRE Y NUMERO DEL DISTRITO/AGENCIA	NO. DE ID DE LA ESCUELA	NO. DE ID DE LA FAMILIA	DISTRITO/ESTADO DEL DOMICILIO PERMANENTE	FECHA DE RESIDENCIA
--------------------------------------	-------------------------	-------------------------	------------------------------------------	---------------------

A. MUDANZAS Y TRABAJO QUE DAN DERECHO AL PROGRAMA DE EDUCACION MIGRANTE (MEP)

1. El/Los menor(es) que aparece(n) en este formulario se mudó/mudaron por necesidad económica de una residencia en _____ DISTRITO ESCOLAR CIUDAD ESTADO PAIS a una residencia en _____ DISTRITO ESCOLAR CIUDAD ESTADO
2. El/Los niño(s) se mudó(aron) (complete tanto la a. como la b.):
 - a. por sí mismo como trabajador(a), O con el/la trabajador(a) O para reunirse o preceder al trabajador(a).
 - b. El/La trabajador(a), _____ NOMBRE Y APELLIDO(S) DEL TRABAJADOR, es el/la menor el/la madre/padre/encargado(a) esposo(a) del/la menor.
 - i. (Si ha marcado "para reunirse o preceder" en 2a, complete esta línea) El/los menor(es) se mudó/mudaron el _____ MM/DD/AA.
 El/la trabajador(a) se mudó _____ MM/DD/AA. (propvea comentario)
3. La fecha de llegada para calificar fue _____ MM/DD/AA.
4. El/La trabajador(a) se mudó por necesidad económica _____ MM/DD/AA, de una residencia en _____ DISTRITO ESCOLAR CIUDAD ESTADO PAIS a una residencia en _____ DISTRITO ESCOLAR CIUDAD ESTADO PAIS y:
 - a. empezó a trabajar en un nuevo trabajo que califica poco después de la mudanza (propvea un comentario si el/la trabajador(a) empezó a trabajar más de 60 días después de la mudanza) O
 - b. activamente buscó un nuevo trabajo que califica y tiene una historia reciente de mudanzas para trabajo que califica (propvea un comentario).
5. El trabajo que da derecho al MEP,* _____ DESCRIBA EL TRABAJO EN LA AGRICULTURA O LA PESCA fue (escoja una respuesta tanto en a. como en b.):
 - a. empleo de temporada o empleo temporal
 - b. agrícola o trabajo de pesca

*Si aplica, marque:
 subsistencia propia (propvea un comentario)
6. (Complete si "empleo temporal" fue indicado en #5). Se determinó que el trabajo fue temporal en base a:
 - a. una declaración del trabajador (propvea un comentario), O
 - b. una declaración del empleador (propvea un comentario) O
 - c. documentación estatal para _____ EMPLEADOR

B. COMENTARIOS: (Marque las opciones correspondientes) Debe incluir 2bi, 4a, 4b, 5, 6a, y 6b de la sección de Mudanzas y Trabajo que Dan Derecho al MEP, si aplica.

2bi
 4a
 4b
 5
 6a
 6b
 Otro

C. Datos Familiares

1. Padre/Madre/Tutor (1) (apellido, nombre)	3. Padre/Madre/Tutor Legal (1) (apellido, nombre)	5. Domicilio Actual (calle, ciudad, estado, código postal)	6. No. de teléfono actual (de domicilio y celular) (Incluya el código del área)
2. Padre/Madre/Tutor (2) (apellido, nombre)	4. Padre/Madre/Tutor Legal (2) (apellido, nombre)		

D. DATOS DEL NIÑO/ESCUELA (Anote todos los niño(s)/joven(es) elegibles)

										Matriculación en NGS			
1. Apellido 1/Apellido 2	2. Nombre	3. Segundo nombre	4. Sufijo	5. No. de ID en NGS	6. Sexo	7. Fecha de nacimiento	8. Código	9. PM	10. Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)	11. SSID	12. Fecha de matriculación	13. GR	14. Tipo

CERTIFICADO DE ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA DE EDUCACION MIGRANTE DE LA JUNTA DE EDUCACION DEL ESTADO DE ILLINOIS
 Año escolar 20 _____ – 20 _____

NOMBRE Y NUMERO DEL DISTRITO/AGENCIA

E. FIRMA DEL(A) ENTREVISTADO(A)

Entiendo que el propósito de este formulario es ayudar al estado a determinar si el(los) menor(es)/joven(es) listado(s) en este formulario tiene(n) derecho al Programa de Educación Migrante (MEP, por sus siglas en inglés) del Título I, Parte C. A lo mejor de mi conocimiento, toda la información que le di al entrevistador(a) es la verdad.

Firma _____
Parentesco _____
Fecha (MM/DD/AA)

Idioma usado para explicar el contenido de este documento INGLÉS ESPAÑOL OTRO (especifique): _____

F. PARTICIPACION EN EL PROGRAMA Y COMPARTIMIENTO DE REGISTROS

- Doy permiso para que mi(s) hijo(s) participe(n) en el Programa de Educación Migrante (MEP).
- Compartimiento de Registros: Declaro que me han explicado las reglas para el cumplimiento de requisitos para el Programa de Educación Migrante (MEP), sus servicios, la transferencia de registros escolares y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés). Por medio de la presente autorizo a este distrito escolar, o Programa de Educación a Migrantes (MEP), a la junta de Educación del Estado de Illinois (ISBE, por sus siglas en inglés) y al Sistema de Nueva Generación (NGS, por sus siglas en inglés) a compartir, volver a hacer público, transferir y/o recibir los registros educativos y de salud de mi(s) hijo(s), incluyendo registros de vacunación y resultados de exámenes estandarizados, desde/hacia otras escuelas, agencias educativas y otras agencias pertinentes. Sé que los registros de mi(s) hijo(s) estarán a mi disposición para que los vea y obtenga una copia, si así lo deseo. Para calificar potencialmente para más servicios de educación, salud o prestaciones sociales, también acepto que la información del alumno y la familia, confidenciales bajo las provisiones de FERPA, sean compartidas o puestas a disposición de organizaciones que suministren servicios con el auspicio de los siguientes: proyectos del Programa de Educación Migrante (MEP) del ISBE, Consejo Migrante de Illinois (IMC, por sus siglas en inglés), Programa Migrantes de Asistencia a Colegios (CAMP, por sus siglas en inglés), Programa Equivalente a Secundarias (HEP, por sus siglas en inglés), Asociación Comunitaria de Salud de Illinois (CHP, por sus siglas en inglés), Programa de Migrant and Seasonal Head Start (MSHS, por sus siglas en inglés) y programas nutricionales para niños.

Firma _____
Relación familiar _____
Fecha (MM/DD/AA)

G. CERTIFICACION DE LOS DATOS DE ELEGIBILIDAD

Certifico que basado en la información que me fue proporcionada, la cual se refleja anteriormente en todos los aspectos pertinentes, estoy convencido(a) que estos(as) niños(as) son niños(as) migratorios(as) de acuerdo con la definición en el 20 U.S.C. 6399 y la reglamentación ejecutora, y por lo tanto son elegibles para los servicios del MEP. Por este acto, hago constar que, a mi leal saber y entender, la información es verídica, confiable y válida, y entiendo que cualquier declaración falsa que yo haya hecho en el presente es sujeta a una multa o el encarcelamiento conforme al 18 U.S.C. 1001.

 Firma del(a) Entrevistador(a) ID del(a) Reclutador(a) _____
 Fecha (mm/dd/aa) _____
 Firma del(a) verificador(a) del estado _____
 Fecha (mm/dd/aa)

 Firma del(a) verificador(a) del programa local _____
 Fecha (mm/dd/aa)

H. ETNICIDAD/RAZA DEL NIÑO

NOMBRE DEL NIÑO (Nombre y apellido(s))	ETHNICIDAD 1- Hispano/Latino (Sí/No)		RAZA (marque uno o más, independientemente del estado étnico seleccionado)				
			1-Indígena (Americano) o de Alaska	2- Asiático(a)	3- Negro(a) o afroamericano(a)	4- Hawaiano(a) u otro(a) isleño(a) del Pacífico	5-Blanco(a)
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. VERIFICACION DE CONTINUACION DE RESIDENCIA (1 de septiembre al 31 de agosto)

Año Escolar	Fecha de Verificación de Residencia	Persona Entrevistada	Relación	Fuente de Verificación	Firma de la Persona que Verificó	Fecha (MM/DD/AA)