



2025-2026

KINDERGARTEN
REGISTRATION PACKET
PAQUETE DE REGISTRACION

Ms. Mayra Barreira, Principal
Ms. Christina Garcia, Assistant Principal

Visit our Website: silverbluffelementary.net
Follow us on Twitter & Instagram: SilverBluffElem
Facebook: Silver Bluff Elementary School



Silver Bluff Elementary School
2609 SW 25th Avenue, Miami, Florida 33133

Ms. Mayra Barreira, Principal

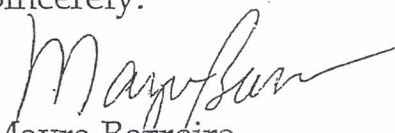
Dear Parents:

We, at Silver Bluff Elementary, would like to welcome you. We are committed to providing the highest quality education possible with comprehensive and innovative programs that challenge our students daily. We strongly believe that the years spent at silver Bluff Elementary will pave the way for our students to become productive citizens and world leaders in an ever-changing global economy.

We thank you for your assistance and support to our school and wish you the best with placement in our school. Working together, we will be able to help our students reach even greater heights.

If you have any questions or need our assistance, please call our office for immediate assistance.

Sincerely.


Mayra Barreira,
Principal

School Website: silverbluffelementary.net
Follow us on Twitter, Instagram, & Facebook: SilverBluffElem
Telephone: 305.856.5197/Fax: 305.854.9671



Silver Bluff Elementary School

2609 SW 25th Avenue, Miami, Florida 33133

Ms. Mayra Barreira, directora

Queridos padres:

En nombre Silver Bluff Elementary les damos la bienvenida. Estamos comprometidos en proporcionarles educación de la más alta calidad posible, con programas integrales e innovadores que desafían diariamente a nuestros estudiantes. Creemos firmemente que los años de aprendizaje en Silver Bluff Elementary, les servirán a nuestros estudiantes para allanar el camino para convertirse en ciudadanos productivos y líderes mundiales en una economía global en constante cambio.

Le agradecemos infinitamente vuestra ayuda y apoyo a la escuela y les deseamos los mejores éxitos en esta nueva etapa. Trabajando juntos seremos capaces de ayudar a nuestros estudiantes a alcanzar las más grandes metas.

Si tiene alguna pregunta o necesita nuestra ayuda, llame a nuestra oficina para recibir asistencia inmediata.

Sinceramente,

Mayra Barreira,
Directora

School Website: silverbluffelementary.net
Follow us on Twitter, Instagram, & Facebook: SilverBluffElem
Telephone: 305.856.5197/Fax: 305.854.9671

A RATED
SCHOOL
DISTRICT

MENTAL HEALTH
SERVICES

SPECIALIZED
ACADEMICS

PARENTAL
ENGAGEMENT

WHY KINDERGARTEN WITH M-DCPS?



MAGNET/SCHOOL
CHOICE

ACADEMIC
SUPPORT

INNOVATIVE
PROGRAMS

DEVICE AND
TECHNOLOGY
SUPPORT



REGISTRATION REQUIREMENTS

- ☐ 5 years old on or before September 1, 2022



FIND YOUR SCHOOL

- ☐ Visit <http://dadeschools.net/>
- ☐ Go to Schools/Go to Find Your Neighborhood School



PROOF OF IDENTIFICATION (Must provide one)

- ☐ Official Birth Certificate
- ☐ Other Accepted ID: Passport, Baptismal Certificate, Insurance Policy



PROOF OF ADDRESS (Must provide two)

- ☐ Lease Agreement/Broker's Statement of Purchase
- ☐ Statement of Bonafide Residence
- ☐ Utility Bill Receipt



IMMUNIZATION (Must provide both)

- ☐ State of Florida School Entry Health Examination (DH 3040 - Yellow Form)
- ☐ Florida Certificate of Immunization (DH680 - Blue Form)

DISTRITO
ESCOLAR
CLASIFICADO
CON "A"

SERVICIOS
DE SALUD
MENTAL

PROGRAMAS
ACADÉMICOS
ESPECIALIZADOS

PROGRAMAS
INNOVADORES

¿POR QUÉ ASISTIR AL KINDERGARTEN EN LAS M-DCPS?



ESCUELAS DE
SELECCIÓN/
PROGRAMAS
MAGNET

APOYO
ACADÉMICO

PARTICIPACIÓN
DE PADRES
DE FAMILIA

APOYO DE
DISPOSITIVOS
Y TECNOLOGÍA



REQUISITOS PARA LA MATRÍCULA

- ☐ 5 años cumplidos antes o para el 1º de septiembre del 2022

ENCUENTRE SU ESCUELA



- ☐ Visiten <http://dadeschools.net/>
- ☐ Vayan a la etiqueta "Schools" ("Escuelas") / Seleccione "Find Your Neighborhood School" ("Encuentren sus escuelas de vecindario" en <http://dadeschools.net/>)

PRUEBAS DE IDENTIFICACIÓN (Debe proporcionar una)



- ☐ Acta de nacimiento oficial
- ☐ Otra identificación aceptada: pasaporte, certificado de bautismo, póliza de seguro

COMPROBANTE DE DIRECCIÓN/DOMICILIO (Debe proporcionar dos)



- ☐ Contrato de arrendamiento/alquiler / Declaración de compra del agente de bienes raíces
- ☐ Declaración de buena fe de domicilio
- ☐ Recibo de factura de servicios públicos

INMUNIZACIÓN (Debe proporcionar ambas)



- ☐ Examen físico de la salud del Estado de la Florida para el ingreso a la escuela (DH 3040 - Formulario amarillo)
- ☐ Certificado de Inmunización de la Florida (DH680 - Formulario azul)



Kindergarten Parent Questionnaire

Basic Information

Child's Name: _____

Date of Birth: _____ Gender: Male | Female

Parent Name: _____

Phone Number: _____ Best time to reach you: _____

Parent Name: _____

Phone Number: _____ Best time to reach you: _____

Address: _____

Email: _____

About My Child

My child is good at: _____

My child likes to: (check all that apply)

☐ Listen to stories ☐ Draw and color ☐ Play alone ☐ Play with other children ☐ Play outside

☐ Play quiet games ☐ Go to a friend's house ☐ _____ ☐ _____

My child does not like: _____

My child has the following fears: (check all that apply)

☐ Loud noises ☐ Dogs ☐ Dark rooms ☐ _____ ☐ _____

About My Child's Early Learning Experience

If your child is **not** enrolled in any program, check here ☐

My child has been enrolled in _____ from _____ to _____
(name of preschool or program) (date) (date)

This is a: ☐ Child Care Center ☐ Family Child Care Home ☐ Other _____

About Our Family

We speak the following languages in our home: ☐ English ☐ Spanish ☐ Creole ☐ _____

Most of the time, I speak the following language to my child: _____

Most of the time, my child speaks to me in the following language: _____

Some things I'd like you to know about my family: (culture, activities that we enjoy, other)

There are _____ children in our home. Their ages are _____

The best times for me to come to the school are: _____

My child has the following Special Needs: _____

My child has the following allergies: _____

Signature

Date



Cuestionario para Padres de Kindergarten

Información

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Masculino | Femenino

Nombre del Padre: _____

Número de telefono: _____

Mejor Hora para Contactarlo: _____

Nombre de la Madre: _____

Número de Telefono: _____

Mejor Hora para Contactarlo: _____

Dirección: _____

Correo electrónico: _____

Sobre Mi Hijo

Mi hijo es bueno en: _____

A mi hijo le gusta: (marque en la lista los que aplican)

☐ Escuchar historias ☐ Dibujar y colorear ☐ Jugar solo ☐ Jugar con otros niños ☐ Jugar al aire libre

☐ Jugar juegos tranquilos ☐ Ir a casa de amigos ☐ _____ ☐ _____

A mi hijo no le gusta: _____

Mi hijo tiene algunos miedos: (marque en la lista los que aplican)

☐ Sonidos fuertes ☐ Perros ☐ Habitaciones oscuras ☐ _____ ☐ _____

Sobre la Experiencia de Educación Temprana de mi Hijo

Si su hijo no está inscrito en ningún programa, marque aquí ☐

Mi hijo ha estado inscrito en _____ desde _____ hasta _____
(nombre del preescolar o programa) (fecha) (fecha)

Es un : ☐ Cuidado diario (Day Care) ☐ Familia de cuidado diario (Child Care Home) ☐ Other _____

Sobre Nuestra Familia

Nosotros hablamos los siguientes idiomas en casa: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Creole ☐ _____

La mayor parte del tiempo yo le hablo en el siguiente idioma a mi hijo: _____

La mayor parte del tiempo mi hijo me habla en el siguiente idioma: _____

Algunas cosas que me gustaría que usted conociera sobre mi familia: (cultura, actividades que disfrutamos, otros)

Hay _____ niños en nuestra casa. Sus edades son: _____

Las mejores horas en las que puedo venir a la escuela son: _____

Mi hijo presenta la siguiente Necesidad Especial: _____

Mi hijo presenta la siguiente alergia: _____

FIRMA

FECHA

Please fill out these documents and have your child submit it to his/her homeroom teacher the next school day.

**SILVER BLUFF ELEMENTARY
SCHOOL**

2025-2026



**RECEIPT ACKNOWLEDGEMENT OF THE
PARENT/STUDENT HANDBOOK**

I acknowledge receipt of the Parent/Student Handbook and I have read and discussed it with my child.

Student's Name

Student's Signature

Teacher's Name

Parent's Name

Parent's Signature

Date

**Please complete this page and return it with your child to his/her homeroom teacher acknowledging that you received the PARENT/STUDENT HANDBOOK.
WE LOOK FORWARD TO ANOTHER GREAT SCHOOL YEAR. THANK YOU FOR YOUR COOPERATION AND ASSISTANCE.**

**Por favor completar estos documentos y
asegurese que su hijo/a se los entregue a su
maestra/o al proximo día escolar.**

SILVER BLUFF ELEMENTARY SCHOOL

2025-2026



TENGO CONOCIMIENTO DEL MANUAL PARA PADRES / ESTUDIANTES

**Hemos leído y discutido con mi hijo, el manual para
padres y estudiantes.**

Nombre del estudiante

Firma del estudiante

Nombre del maestro

Nombre del padre

Firma del padre

Fecha

Por favor complete esta página y devuélvala con su hijo a su maestro de salón, reconociendo que recibió el MANUAL PARA PADRES / ESTUDIANTES.

ESPERAMOS UN GRAN AÑO ESCOLAR. GRACIAS POR SU COOPERACIÓN Y AYUDA.



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

DISCLOSURE AT TIME OF REGISTRATION

Chapter 1006.07 (1)(b), requires that any student seeking admission to a public school in the State of Florida will provide the following information at the time of initial registration:

- 1) Has the student ever been expelled from any school, in or out of the State of Florida?

YES ☐ NO ☐

If your answer to question 1 is "YES", please list each and every instance for which the student was expelled.

- 2) Please state whether the student has ever been arrested where the arrest resulted in the student being formally charged. If your answer is "YES", please list each and every arrest which resulted in a formal charge.

- 3) Please state whether the student has ever been involved as a party in a case before the Juvenile Justice System? If so, state each action taken by the Juvenile Justice System which involved the student.

- 4) Please state whether the student has any corresponding referrals to mental health services related to your answers to Questions 1, 2 and 3. If yes, please list them.

Student's Name _____ ID. # _____

(Please Print)

Ethnic _____ (Check all that apply) Race: White ☐ Black ☐ Asian ☐
Hispanic _____ American Indian ☐ Native Pacific Islander ☐

Date of Birth _____ Parent's/Guardian's Name _____

Address _____

Signature (Parent/Guardian) _____

Signature (Student) _____ Date Signed _____

TRANSPARENCIA AL MOMENTO DE LA MATRÍCULA

El Capítulo 1006.07 (1)(b) requiere que cualquier estudiante que busca ingresar a una escuela pública en el Estado de la Florida proporcionará la siguiente información al momento de la matrícula inicial:

- 1) ¿Ha sido expulsado el estudiante de alguna escuela, dentro o fuera del Estado de la Florida?

SÍ ☐ NO ☐

Si su respuesta para la Pregunta 1 es "SÍ", favor de enumerar cada instancia por la cual fue expulsado el estudiante.

- 2) Favor de declarar si el estudiante ha sido detenido y si el arresto consecuentemente resultó en una acusación formal. Si su respuesta es "SÍ", favor de enumerar cada arresto que resultó en una acusación formal.

- 3) Favor de declarar si el estudiante se ha involucrado como sujeto en un caso ante el Sistema Judicial Juvenil. De ser así, declare cada acción tomada por el Sistema Judicial Juvenil que involucró al estudiante.

- 4) Favor de declarar si el estudiante tiene alguna referencia correspondiente para servicios de salud mental, según sus respuestas a las Preguntas 1, 2 y 3. De ser así, favor de enumerarlas.

Nombre del estudiante _____ ID. # _____

(Favor de escribir en letra de molde)

Etnicidad _____ (Marque todo el que aplique)
 Hispana _____ (S/N) Raza: Blanca ☐ Negra ☐ Asiática ☐
 Indígena americana ☐ Isleña del Pacífico ☐

Fecha de nacimiento _____ Nombre del padre de familia / tutor _____

Dirección postal _____

Firma (padre de familia / tutor) _____

Firma (estudiante) _____ Fecha de firma _____



AUTHORIZATION FOR MEDICATION
ONE MEDICATION PER FORM
SCHOOL YEAR: 20____20____

STUDENT'S
PICTURE

Student's Name _____ Date of Birth _____ Grade _____

School Name _____ Phone Number _____ Fax Number _____

TREATMENT PLAN (To be completed by Medical Provider)

Diagnosis: _____

ALLERGIES: _____

Medication/Strength/Route: _____

Dose & Frequency: _____

Directions: _____

Side Effects: _____

Has student been trained in the use _____ (medication's name) Yes ☐ No ☐

Is student authorized to carry *and* self-administer _____ (medication's name) Yes ☐ No ☐

I am aware that this medication may be administered by school personnel/non-medical staff.

Provider's Name (PLEASE PRINT/STAMP) _____ Signature _____ Date _____

Address _____ Phone _____ Fax _____

PARENTAL/GUARDIAN PERMISSION

I, _____, give my permission to the School Principal or his/her specified
Parent/Guardian Name (PLEASE PRINT)

delegated personnel to administer prescribed medication to: _____
(Student's name and Relationship)

Signature of Parent/Guardian _____ Phone _____ Date _____

School personnel may administer and/or dispense medication to students in compliance with the following procedures approved by the Dade County Department of Public Health:

- A. When there exists a long-term or chronic illness or disability that requires maintenance type medicine and where failure to take prescribed medication could jeopardize the student's health and when the medication schedule cannot be adjusted to provide for administration at home.
- B. When there is a written treatment plan signed by a licensed physician and a consent form signed by parent or guardian attached to the student's Cumulative School Health Record (HRS-H Form 3041) for each type of medication prescribed. This treatment plan shall explain the necessity for the prescribed medication to be provided by during the school day.
- C. All medicine shall be received and stored in original containers. When the medication is not in use, it shall be stored in its original container in a secure fashion under lock and key in a location designated by the principal.
- D. The assistance in the administration of prescribed medication to students shall be done by the school principal or his/her trained designee.
- E. School personnel will maintain and keep current a list of students receiving medication during school hours, including name of medication, dosage, side effects, purpose and usual time of administration. At the time a student receives medication, the following must be recorded: time, date, and by whom it was administered. It is suggested this information be placed on a medication log. (Sample A)
- F. Authorization forms which include the physician's treatment plan, the necessity for medication, and consent of parent or guardian for assisting students in the administration of prescribed medication by school personnel will need to be filed only one time during a school year. The parent or guardian shall advise the school authorities, in writing, when a change of medication is required. A change in medication by the directing physician during the school year will require a renewal of the authorization forms.
- G. There shall be no liability for civil damages as a result of the administration of such medication where the person administering such medication acts as an ordinarily reasonably prudent person would have acted under the same or similar circumstances.
- H. Orientation and training of district personnel assisting students in the administration of prescribed medication will be conducted, as necessary, by the Department of Health. The orientation will include medication policies and procedures, student's medical problems, the medication, its purpose, side effects, expected results and administration, the delivery, storage and proper care of medication.

FORMULARIO PARA LA AUTORIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

UN FORMULARIO POR CADA MEDICAMENTO

CURSO ESCOLAR: 20 _____ 20 _____

FOTO DEL
ESTUDIANTE

Nombre del estudiante

Fecha de nacimiento

Grado

Nombre de la escuela

Teléfono

Número del Fax

PLAN DE TRATAMIENTO (Para ser llenada en su totalidad por el proveedor de salud médica)

Diagnóstico: _____

ALERGIAS: _____

Medicamento/Concentración del medicamento/Vía: _____

Dosis y frecuencia: _____

Instrucciones a seguir: _____

Efectos secundarios: _____

¿Ha sido el estudiante entrenado en su uso? _____ (nombre de la medicación) Sí ☐ No ☐

¿Está el estudiante autorizado de llevarla consigo y auto administrarla? _____ (nombre de la medicación)
Sí ☐ No ☐

Estoy consciente que personas del plantel escolar pero que no son personal médico pueden administrar este medicamento.

Nombre del proveedor (POR FAVOR IMPRIMIR/ESTAMPAR)

Firma

Fecha

Dirección

Teléfono

Fax

PERMISO DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Yo, _____, doy permiso al director de la escuela o a su designado
Nombre del Padre/Madre/Tutor (POR FAVOR IMPRIMIR)

que le administre la medicación prescrita a: _____
(Nombre del estudiante y parentesco al estudiante)

Firma del Padre/Madre/Tutor

Teléfono

Fecha

El personal de la escuela puede ayudar en la administración de medicamentos a los estudiantes que lo requieran y cumplir de esta manera con los procedimientos adoptados por el Departamento de Salud Pública del Condado de Dade.

- A. Cuando la enfermedad o la incapacidad es crónica o de larga duración y se requiere suministrar un medicamento; cuando el no proveer dicho medicamento puede poner en peligro la salud del estudiante y cuando las horas para administrar dicha medicina no pueden alterarse fuera de las horas escolares.
- B. Cuando existe archivado en el expediente escolar del alumno (HRS-H Form 3041) un plan médico debidamente firmado por un médico y una declaración de consentimiento escrita por los padres o tutores. Este plan debe explicar la necesidad para recibir ese medicamento durante horas escolares.
- C. Toda la medicina que se reciba debe mantenerse en su envase original. Cuando la medicina no esté siendo suministrada, deberá guardarse en su envase original, bajo llave y en un lugar seguro e indicado por el director.
- D. La administración del medicamento prescrito al estudiante se llevará a cabo por el director o por la persona designada a su efecto.
- E. El personal de la escuela debe mantener al día una lista con los nombres de los estudiantes que reciben medicamentos durante las horas escolares, el nombre de la medicina, la dosis a seguir, efectos secundarios, razón del medicamento y cuándo debe suministrarse. En el momento en que al estudiante se le da la medicina debe anotarse la hora, fecha y qué persona lo ayuda. Se sugiere que toda esta información debe registrarse en un diario de medicamentos. (Adjunto A)
- F. La documentación que comprende el plan médico, el consentimiento del padre o tutor y la autorización para suministrar la medicina debe ser archivada una sola vez durante el curso escolar. El padre o tutor le avisará por escrito a la escuela cuando sea necesario cambiar el medicamento. Un cambio del medicamento ordenado por el médico requiere una renovación de toda la documentación.
- G. No existe ninguna responsabilidad en caso de una acción legal por daños y perjuicios si la administración de dicho medicamento ha sido efectuada por una persona que ha actuado con la cordura y la prudencia que cualquier otra persona hubiese empleado en circunstancias semejantes.
- H. El entrenamiento y las sesiones de orientación al personal del distrito involucrado en ayudar a los estudiantes a recibir sus medicamentos, se efectuará cuando sea necesario, por el Departamento de Salud. Esta orientación debe incluir los procedimientos a seguir con los medicamentos, problemas de salud del estudiante, los medicamentos, objetivos y efectos secundarios, resultados y la administración, entrega, custodia y cuidado de los medicamentos.

Acknowledgment of Receipt and Review

Each parent/guardian of a student and each student enrolled in Miami-Dade County Public Schools must sign and return this page to the student's school to acknowledge that he/she has accessed the online version or obtained a copy of the *Code of Student Conduct*. In addition, this page serves as acknowledgement that you have reviewed the *Code of Student Conduct* with your child. Each school will maintain records of such signed statements.

The online version of the *Code of Student Conduct* in English, Spanish, and Haitian-Creole can be located in the Parent Portal or by accessing through the following website address:

<http://ehandbooks.dadeschools.net/policies/90/index.htm>

If you do not have internet access to obtain a copy of the *Code of Student Conduct*, please visit your child's school to obtain a copy.

I acknowledge receipt of the notification regarding accessing or obtaining a copy of the *Code of Student Conduct* through the Parent Portal or via the internet web address and that I have read and discussed the *Code of Student Conduct* with my child.

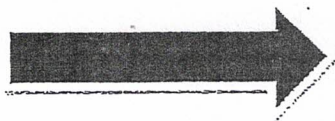
Parent's/Guardian's Signature

Date

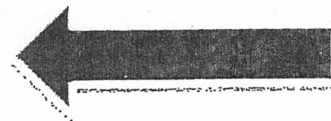
I acknowledge receipt of the notification regarding accessing or obtaining a copy of the *Code of Student Conduct* through the Parent Portal or via the internet web address and that I have read and discussed the *Code of Student Conduct* with my parent/guardian.

Student's Name

Date



RETURN TO THE STUDENT'S
SCHOOL WITHIN (5) SCHOOL
DAYS UPON RECEIVING
NOTIFICATION TO REVIEW THE
CODE OF STUDENT CONDUCT.



Acknowledgment of Receipt and Review

Each parent/guardian of a student and each student enrolled in Miami-Dade County Public Schools must sign and return this page to the student's school to acknowledge that he/she has accessed the online version or obtained a copy of the *Code of Student Conduct*. In addition, this page serves as acknowledgement that you have reviewed the *Code of Student Conduct* with your child. Each school will maintain records of such signed statements.

The online version of the *Code of Student Conduct* in English, Spanish, and Haitian-Creole can be located in the Parent Portal or by accessing through the following website address:

<http://ehandbooks.dadeschools.net/policies/90/index.htm>

If you do not have internet access to obtain a copy of the *Code of Student Conduct*, please visit your child's school to obtain a copy.

I acknowledge receipt of the notification regarding accessing or obtaining a copy of the *Code of Student Conduct* through the Parent Portal or via the internet web address and that I have read and discussed the *Code of Student Conduct* with my child.

Parent's/Guardian's Signature

Date

I acknowledge receipt of the notification regarding accessing or obtaining a copy of the *Code of Student Conduct* through the Parent Portal or via the internet web address and that I have read and discussed the *Code of Student Conduct* with my parent/guardian.

Student's Name

Date



**RETURN TO THE STUDENT'S
SCHOOL WITHIN (5) SCHOOL
DAYS UPON RECEIVING
NOTIFICATION TO REVIEW THE
CODE OF STUDENT CONDUCT.**





MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
MEDIA RELEASE PARENTAL CONSENT FORM
Physical Education and Health Literacy

(Date)

Dear Parent:

Please be advised that during the year your child may be photographed, video taped or interviewed at various school sponsored events. With your consent, the photograph, video or interview may be reproduced and released for use by the media, i.e., newspapers, brochures, videos, television and through the internet.

Please indicate your preference below.

(Student's Name)

____ Yes. My child's photograph/video/interview **may** be reproduced and released for use by the media.

____ No. My child's photograph/video/interview **may not** be reproduced and released for use by the media.

(Signature)

(Date)

Return this signed form to:

CONTACT PERSON: _____

SCHOOL NAME: _____

SCHOOL TELEPHONE: _____



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE
FORMA DE CONSENTIMIENTO PATERNO A MEDIOS DE COMUNICACIÓN
Physical Education and Health Literacy

(Fecha)

Estimado/a padre/madre o tutor/a:

Por la presente le advertimos que durante el año escolar, posiblemente su niño/a se le tome una fotografía, se le haga una grabación en vídeo o se le entreviste en diversos eventos auspiciados por la escuela. Con su consentimiento, se podrá reproducir la fotografía, vídeo o entrevista para ser entregada a los medios de comunicación, p. ej., periódicos, folletos, videos, televisión, o para su uso, o a través de la internet.

Por favor indique su preferencia más abajo.

(Nombre de el Estudiante)

____ Si. La fotografía, video/entrevista de mi niño/a **puede** ser reproducida y entregada a los medios de comunicación para su uso.

____ No. La fotografía, video/entrevista de mi niño/a **no puede** ser reproducida y entregada a los medios de comunicación para su uso.

(Firma)

(Fecha)

Devuelva esta forma firmada a:

PERSONA DE CONTACTO: _____

NOMBRE DE LA ESCUELA: _____

TELÉFONO DE LA ESCUELA: _____



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS
ADDRESS VERIFICATION AGREEMENT

NAME OF STUDENT(S) _____

NAME OF
PARENT/GUARDIAN _____

I, _____, understand that the transfer(s) of the above-named student(s) is/are temporary and will depend on a successful verification of my address. I also understand that if my address cannot be verified by staff of Miami-Dade County Public Schools, the transfer(s) will be revoked and the student(s) will return to the school that serves my previous address.

SIGNATURE OF
PARENT/GUARDIAN _____ DATE _____

OLD ADDRESS _____ SCHOOL ASSIGNMENT _____

NEW ADDRESS _____ SCHOOL ASSIGNMENT _____

HOME
PHONE _____

Whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his/her official duty shall be guilty of a misdemeanor of the second degree, punishable as provided in F.S. 775.083 or F.S. 775.084. (Florida Statute 837.06)



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE MIAMI-DADE

ACUERDO DE VERIFICACIÓN DE DIRECCIÓN

NOMBRE(S) DEL
(DE LOS) ESTUDIANTE(S) _____

NOMBRE DEL (DE LA)
PADRE/MADRE/TUTOR(A) _____

Yo, _____, entiendo que el(los) traslado(s) del(de los) estudiante(s) anteriormente mencionado(s) es(son) transitorio(s) y dependerá(n) del éxito en la verificación de mi dirección. También entiendo que si mi dirección no puede ser verificada por un empleado de las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade, el traspaso será revocado y el(los) estudiante(s) volverá(n) a la escuela que corresponde a la dirección anterior.

FIRMA DEL (DE LA)
PADRE/MADRE/TUTOR(A) _____

FECHA _____

DIRECCIÓN
ANTIGUA _____

ESCUELA
ASIGNADA _____

DIRECCIÓN
NUEVA _____

ESCUELA
ASIGNADA _____

TELÉFONO DE LA CASA _____

Cualquier persona que a sabiendas haga una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el desempeño de su labor oficial será culpable de un delito en segundo grado, con la penalidad que se estipula en el F.S. 775.083 o el F.S. 775.084. (Estatuto de la Florida 837.06)



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS

UNLISTED TELEPHONE NUMBER NOTIFICATION

Directory information is defined in **Student Records**, which is incorporated as a part of Board Policy 8330, as the student's name, address, telephone number if it is a listed number, participation in officially recognized activities and sports, weight and height of members of athletic teams, degrees and awards received, and most recent educational agency or institution attended.

Federal law requires that school systems provide directory information upon request to military recruiters and institutions of higher education. Directory information may also be provided to other organizations and agencies.

Cards and forms distributed for collecting information at the start of this school year did not provide a space to indicate that a telephone number is unlisted. Therefore, this form should be used to indicate that the telephone number which was provided for a student is unlisted. A notation will be made in the student's record so that the telephone number **is not** provided in response to requests for directory information.

Please return this form within 30 days to your school, if your telephone number is listed and you do not want it provided in response to directory information requests.

Student's Name: _____ ID#: _____

Grade Level: _____ Unlisted Telephone Number: _____

Parent's/Guardian's/Student's Signature (18 years or older): _____

Print

Signature

Date



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE

NOTIFICACIÓN DE NÚMEROS DE TELÉFONOS PRIVADOS

La información del Directorio se define en los **Registros de Estudiantes**, el cual está incorporado como parte de la Póliza 8330 de la Junta Directiva, e incluye el nombre del estudiante, su dirección, número de teléfono, si no es privado, su participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente, peso y tamaño de los miembros de los equipos atléticos, títulos y premios que ha recibido, y la agencia o institución de educación más reciente donde asistió.

La ley federal requiere que los sistemas escolares proporcionen información del directorio a las personas que reclutan para el servicio militar e instituciones de enseñanza por medio de solicitudes. Esta información del directorio se puede proporcionar también a otras organizaciones y agencias.

Las tarjetas y formularios distribuidos para recopilar información al comienzo de este año escolar no proporcionaron espacio para indicar que un número de teléfono es privado. Por lo tanto, se debe usar este formulario para indicar que el número de teléfono proporcionado para el estudiante es un número privado. El archivo acumulativo del estudiante incluirá una anotación para que el número de teléfono **no sea proporcionado** en respuesta a solicitudes para información del directorio.

Favor de devolver este formulario dentro de un período de 30 días a su escuela, si es que su número de teléfono aparece en el directorio y usted no desea que se le proporcione a las personas o instituciones que solicitan información del directorio.

Nombre del estudiante: _____ # de ID: _____

Grado: _____ Número de teléfono privado: _____

Firma del padre / de la madre / del estudiante (18 años o mayor): _____

Nombre impreso

Firma

Fecha



Miami-Dade County Public Schools

Directory Information Opt-Out Form

FOR REGISTRAR USE ONLY:

- | | |
|-------------|-------------------|
| 1 - USM | 5 - USM/FAFSA |
| 2 - IHE | 6 - IHE/FAFSA |
| 3 - FAFSA | 7 - USM/IHE/FAFSA |
| 4 - USM/IHE | |

Miami-Dade County Public Schools (M-DCPS) generally protects a student's personally identifiable information¹ from disclosure without prior consent from parents or eligible students. However, unless the parent or eligible student specifically states in writing that they do not want this information provided, M-DCPS is required to provide senior high school students' names, addresses, and telephone listings to military recruiters or institutions of higher education upon their request.²

Additionally, in a joint effort to increase the number of students applying for higher education financial aid, Miami-Dade County Public Schools and the United States Department of Education (USDOE) are participating in a Free Application for Federal Student Aid (FAFSA) Completion Project. Unless the parent or eligible student specifically states in writing that they do not want student information provided, M-DCPS may provide student information to the USDOE for this purpose. If you do **not** want your child's information disclosed to any or all of these entities, check the space next to each entity listed below to which you do **not** want your child's information disclosed.

I **DO NOT CONSENT TO DISCLOSURE** of my child's name, address, telephone listing, or birth date to the following (check all that apply):

- ☐ United States Military (Army, Navy, Air Force, Marines, Coast Guard, etc.)
- ☐ Institutions of Higher Education
- ☐ USDOE for FAFSA Completion Project

Student's Name: _____ Date of Birth: _____ ID#: _____

I understand that by checking the spaces above and submitting this form to the person indicated below, M-DCPS will restrict the disclosure of personally identifiable student information from my child's educational records to the entities that I have selected.

I further understand that if I do not complete and return this form, M-DCPS will release the information to the above-mentioned entities upon request by the entity and has no further obligation to contact me on a case-by-case basis to request my consent for the disclosure of directory information to these entities.

Parent/Guardian Name

Signature

Date

To prohibit disclosure to the above-listed entities, return this form to your child's school within the next 30 days to:

¹ The *Family Educational Rights and Privacy Act* (20 U.S.C. § 1232g; 34 C.F.R., Pt. 99) governs the confidentiality of student educational records.

² See 20 U.S.C. § 7908.

SÓLO PARA EL USO DEL SECRETARIO DE REGISTROS:

1 - USM	5- USM/FAFSA
2 - IHE	6 - IHE/FAFSA
3 - FAFSA	7- USM/IHE/FAFSA
4 - USM/IHE	



Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade

Formulario para darse de baja del directorio

Las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade (*M-DCPS*) normalmente protegen la información¹ que aparece en el directorio personal que identifica al estudiante para que no se divulgue sin el consentimiento previo de los padres o de los estudiantes elegibles. Sin embargo, a no ser que uno de los padres o el estudiante elegible específicamente declare por escrito que no desean que se divulgue dicha información, las *M-DCPS* están obligadas a proporcionar los nombres, direcciones y las listas de teléfonos de los estudiantes que cursan el último año de secundaria, a reclutadores del ejército o a instituciones de educación superior, previa solicitud².

Además, en un esfuerzo conjunto con el fin de incrementar el número de estudiantes que solicitan ayuda financiera para la educación superior, las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade y el Departamento de Educación de los Estados Unidos (*United States Department of Education o USDOE*, por sus siglas en inglés) están participando en un proyecto en donde el estudiante llena todos los años una solicitud que determina su elegibilidad para recibir ayuda financiera (*Free Application for Federal Student Aid (FAFSA) Completion Project*). A no ser que uno de los padres o el estudiante elegible específicamente declare por escrito que no desea que se divulgue la información, las *M-DCPS*, por tal motivo, pueden divulgar la información del estudiante al *USDOE*. Si usted no desea que la información de su hijo se divulgue a cualquiera de estas entidades, por favor, haga una marca al lado de cada una de las entidades que usted **no** desea que la información de su hijo se divulgue.

NO DOY MI CONSENTIMIENTO PARA QUE SE DIVULGUE el nombre de mi hijo; la dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento (haga una marca al lado de todas las que apliquen):

- ☐ Fuerzas armadas de los Estados Unidos (*Army, Navy, Air Force, Marines, Coast Guard, etc.*)
☐ Instituciones de educación superior
☐ El proyecto de FAFSA Completion Project de la USDOE

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de ID#: _____

Entiendo que al marcar los espacios que aparecen anteriormente y entregar este formulario a la persona que se indica a continuación, las Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade limitarán la divulgación de la información del directorio que se encuentra en el expediente educacional de mi hijo a las entidades que yo haya señalado.

Además entiendo, que si no lleno y devuelvo este formulario, las *M-DCPS* divulgarán, previa solicitud, la información a las entidades que se mencionan anteriormente y las *M-DCPS* no tienen ninguna otra obligación de comunicarse conmigo individualmente ni de pedir mi consentimiento para divulgar la información que aparece en el directorio a estas entidades.

Nombre del padre/madre/tutor/tutora _____

Firma _____

Fecha _____

Para prohibir que se divulgue la información a las entidades mencionadas anteriormente, devuelva este formulario a la escuela de su hijo antes de 30 días a:

¹ The Family Educational Rights and Privacy Act (20 U.S.C. § 1232g; 34 C.F.R., Pt. 99) rige la confidencialidad de los expedientes educacionales del estudiante.

² Véase 20 U.S.C. § 7908.



MIAMI-DADE COUNTY PUBLIC SCHOOLS STATEMENT OF BONAFIDE RESIDENCE

Important Information

In accordance with School Board Rule (Policy 5112) students in the regular school program (K-12) are assigned to attend school based on the actual residence of the parent and the attendance area of the school as approved by the School Board. It is the responsibility of the parent(s) to provide proper documentation to verify their residence. Parents may choose a different school through a variety of choice programs or through the transfer process. Additional information on Schools of Choice may be found at <http://choice.dadeschools.net>.

To Be Completed By Parent:

I _____, reside at _____
(Parent) (Address)
_____, with my children, _____
(City) (Name of Child/Children)

Verification

Under penalties of perjury, I declare that I have read the foregoing Statement of Bonafide Residence and that the facts stated in it are true. I agree to notify the School District within 10 days in writing of any future changes in residence or living arrangements of this (these) child(ren). I certify that the above information is true and correct, and I understand that this information may be verified.



(Signature of Parent)

(Date)

Florida Statute §837.06 provides that whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his official duty shall be guilty of a misdemeanor of the second degree. Florida Statute §92.525 provides that whoever knowingly makes a false verified declaration is guilty of the crime of perjury, a felony of the third degree.

ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO MIAMI-DADE

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA EN BUENA FE

Información importante

De acuerdo con la Regla de la Junta Escolar (Política 5112) los estudiantes en el programa regular de escuela (K-12) se asignan a las escuelas de acuerdo a la residencia actual del padre y las zonas de asistencia escolar según lo aprobado por la Junta Escolar. Es la responsabilidad de los padres de ofrecer la documentación necesaria para verificar la residencia. Los padres pueden escoger una escuela diferente mediante una variedad de diferentes programas de selección o con el proceso de traslado. Para información adicional sobre escuelas de selección, visitar la página web: <http://choice.dadeschools.net>.

El padre debe completar:

Yo, _____, vivo en _____
(Padre) (Dirección)
_____ con mis hijos, _____
(Ciudad) (Nombre del hijo/de los hijos)

Verificación

Declaro, bajo pena de perjurio, que he leído la anterior declaración de Residencia en Buena Fe y que la información declarada en este formulario es verdadera. Estoy de acuerdo en notificar al distrito escolar dentro de un periodo de 10 días por escrito de cualquier cambio de vivienda o arreglos de residencia de este o estos niños. Certifico que esta información es verdadera y correcta y comprendo que esta información puede ser verificada.

(Firma del padre)

(Fecha)

El Estatuto de la Florida 837.06 provee que si alguien con conocimiento hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un trabajador público en el oficio de sus obligaciones, será culpable de un crimen en menor cuantía de segundo grado. El Estatuto de la Florida 92.525 provee que cualquier persona que con conocimiento hace una declaración falsa es culpable del crimen de perjurio, una felonía en el tercer grado.



SILVER BLUFF ELEMENTARY

2609 SW 25th Avenue, Miami, FL 33133

Mayra Barreira, Principal

Dear Parent

The Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) affords parents and students over 18 years of age ("eligible students") certain rights with respect to the student's educational records. They are:

1. The right to restrict the release of directory information which includes, name, address, telephone if it is a listed number, participation in officially recognized activities and sports, degrees and awards received, and the most recent previous educational agency or institution attended. If you do not want this information released, please complete the Directory Information Opt-Out Form and return it to the school within 30 days after the first day of classes.
1. The right to restrict the release of a student's name, address, and telephone listing to military recruiters and institutions of higher education as required by federal law. This request applies to our students in the senior high schools. M-DCPS is required to advise you of this requirement and afford you the opportunity to notify the school, if you do not want this information disclosed to the military recruiters and institutions of higher learning. If you do not want this information released, please complete the Directory Information Opt-Out Form and return it to the school within 30 days after the first day of classes.
2. The right to inspect and review the student's educational records upon request. Parents or eligible students should submit a written request to the school principal that identifies the record(s) they wish to inspect. The principal will make arrangements for access and notify the parent or eligible student of the time and place where the records may be inspected. Copies of records may be requested and obtained.
3. The right to request the amendment of the student's educational record that the parents or eligible students believe are inaccurate, misleading, or inappropriate. Parents or eligible students may ask Miami-Dade County Public Schools (M-DCPS) to amend a record that they believe is inaccurate, misleading, or inappropriate. A written request to the principal should clearly identify the part of the record they want changed, and specify why it is inaccurate or misleading. If the principal decides not to amend the records as requested, the parents or eligible students will be notified of the decision and advised of their right to a hearing regarding the request for amendment. Additional information regarding the hearing procedures will be provided to the parents or eligible students with notification of the right to a hearing.
4. The right to consent to disclosures of personally identified information contained in the student's educational records, except to the extent that FERPA authorizes disclosure without consent. One exception which permits disclosure without consent is disclosure to school officials with legitimate educational interests. A school official is a person employed by M-DCPS as an administrator, supervisor, instructor, or support staff member (including health or medical staff and law enforcement unit personnel). A school official has a legitimate educational interest if the official needs to review an educational record in order to ~~perform~~ his or her professional responsibility. Upon request, M-DCPS discloses educational records without consent to the officials of another school district or postsecondary institution in which a student seeks or intends to enroll.
5. The right to file a complaint with the U.S. Department of Education concerning alleged failures by M-DCPS to comply with the requirements of FERPA. The name and address of the office that administers FERPA is:

Family Policy Compliance Office
U.S. Department of Education
400 Maryland Avenue, SW
Washington, DC 20202-4505

If you have any questions, please contact _____

Sincerely,

Mayra Barreira
Principal

Telephone: 305.856.5197/Fax: 305.854.9671
silverbluff.dadeschools.net



SILVER BLUFF ELEMENTARY

2609 SW 25th Avenue, Miami, FL 33133.

Mayra Barreira, Principal

Estimado/a padre, madre o tutor/a:

La Ley de los Derechos de la Familia y la Privacidad o FERPA, proporciona ciertos derechos sobre los expedientes académicos del estudiante a los padres y estudiantes elegibles mayores de 18 años de edad. Estos derechos son:

1. El derecho a restringir la emisión de la información privada del/de la estudiante, incluyendo su nombre, dirección, teléfono, si este está registrado en la guía telefónica, participación en actividades y deportes reconocidos oficialmente por la escuela, títulos y premios recibidos, y la anterior agencia educacional o institución a la que asistió. Si Usted no quiere que esta información se revele, por favor, llene el Formulario para Darse de Baja del Directorio (Directory Information Opt-Out Form) y devuélvalo a la escuela durante los primeros 30 días del año escolar o el primer día de asistencia en la escuela. Aunque el formulario se puede someter en cualquier momento, la información será publicada cuando se solicite después de los primeros 30 días del año escolar.

1. El derecho de restringir el nombre, la dirección y teléfono al servicio militar e instituciones docentes postsecundarias tal como lo requiere la ley federal. Esta petición se refiere a los estudiantes de escuela secundaria. Se le requiere a M-DCPS que le informe sobre este requisito y que le dé a usted la oportunidad de notificar a la escuela, si usted no quiere que se revele esta información al servicio militar e instituciones docentes postsecundarias. Si no quiere que se dé a conocer esta información, por favor complete el Formulario para Darse de Baja del Directorio (Directory Information Opt-Out Form) y devuélvalo a la escuela durante los primeros 30 días del año escolar o el primer día de asistencia en la escuela.

3. El derecho a inspeccionar y revisar los expedientes académicos de los estudiantes cuando se soliciten. Los padre o estudiantes elegibles deben presentar una nota al/a la director/a de la escuela identificando los expedientes que desean inspeccionar. Al recibo de la petición, el/la director/a hará los arreglos necesarios y notificará al padre o madre o al/a la estudiante elegible de la fecha y lugar donde se pueden revisar los expedientes. Se puede solicitar y obtener una copia de los documentos.

4. El derecho a solicitar que se enmiende el expediente académico de un/a estudiante que los padres o los estudiantes elegibles consideren inexacto, engañoso o inapropiado. Los padres o estudiantes elegibles pueden enviar una notificación por escrito al/a la director/a, pidiendo que las Escuelas Públicas del Condado de Miami-Dade o M-DCPS, por sus siglas en inglés, enmienden el expediente que se considera inexacto, engañoso o inapropiado. La nota debe explicar con claridad que parte del expediente se desea cambiar y la razón por la cual se considera inexacto o engañoso. Si el/la director/a decide no enmendados, notificará a los padres o al/a la estudiante elegible de su decisión, advirtiéndoles de su derecho a apelar la decisión, a funcionarios escolares de más alta jerarquía. A los padres o estudiantes elegibles se les proporcionará información adicional explicando los procedimientos por los cuales pueden obtener una audiencia y su derecho a tenerla.

5. El derecho a permitir que se revele la información que ha sido personalmente identificada dentro de los expedientes académicos del/de la estudiante, con la excepción de aquella que FERPA autorice que sea revelada sin consentimiento previo. Un/a funcionario/a escolar con un legítimo interés educacional que pide un expediente académico para revisarlo, representa una excepción, por la cual se permita que éste pueda ser revelado sin consentimiento previo. Un/a funcionario/a escolar es una persona que está empleada por M-DCPS como un/a administrador/a, supervisor/a, miembro del personal de apoyo, incluyendo personal médico o de salud y policías a cargo del cumplimiento de la ley. Un/a funcionario/a escolar tiene un interés educacional legítimo cuando para cumplir su responsabilidad profesional, necesita revisar el expediente académico. Si funcionarios de otro distrito escolar o institución postsecundaria a la cual quiere asistir el/la estudiante piden sus expedientes académicos, M-DCPS los puede revelar sin previo consentimiento.

6. El derecho a elevar la queja correspondiente sobre los supuestos fallos de M-DCPS en el cumplimiento del requisito de FERPA, ante el Departamento de Educación de los Estados Unidos. El nombre y dirección de la oficina que administra FERPA es:

Family Policy Compliance Office
U.S. Department of Education 400 Maryland Avenue,
S.W. Washington, DC 20202-4605

Si tiene preguntas al respecto, por favor llame a _____

Sinceramente,
Mayra Barreira
Principal

Telephone: 305.856.5197/Fax: 305.854.9671

silverbluff.dadeschools.net



Miami-Dade County Public Schools
Department of Title I Administration
Project UP-START Program



2024-2025 Project UP-START Student Eligibility Questionnaire

This questionnaire is intended to help determine eligibility of services under the federal McKinney-Vento Act. Florida Statute 837.06 provides that whoever knowingly makes a false statement in writing with the intent to mislead a public servant in the performance of his official duty shall be guilty of a misdemeanor of the second degree.

Project UP-START Services are confidential and this form is not to be shared with outside agencies.

▼ QUESTION 1: WHAT IS YOUR FAMILY CURRENT NIGHTTIME RESIDENCE? (SELECT ONE OPTION)

- ☐ Shelter (A) ☐ Sharing the home of others/
Doubled-up (B) ☐ Car/Park/Trailer/Substandard Housing (e.g., no water,
no electricity, mold infestation) [D]
☐ Hotel/Motel/Airbnb (E) ☐ Rent home* ☐ Own home*

*If you select Rent Home/Own Home, please go to Question #7.

▼ QUESTION 2: WHAT IS THE REASON YOUR FAMILY DOES NOT HAVE A PERMANENT NIGHTTIME RESIDENCE? (SELECT ONE OPTION)

- ☐ Pandemic (P) ☐ Hurricane (H) ☐ Flooding (F) ☐ Lack of affordable housing/eviction, domestic
violence, mental illness, unemployment, etc. (N) ☐ Parent/Caregiver is Incarcerated
☐ Man-Made
Disaster (D) ☐ Mortgage Foreclosure (M) ☐ Tropical Storm (S) ☐ Tornado (T) ☐ Wildfire (W) ☐ Unknown (U)

▼ QUESTION 3: WHO IS/ARE THE STUDENT(S) FOR WHOM YOU ARE COMPLETING THIS FORM?

Student First & Last Name	Student ID Number	Date of Birth	Grade Level	School Name/Location #

▼ QUESTION 4: ARE YOU SEEKING SUPPORT SERVICES FOR YOUR CHILD AT THIS TIME? (SERVICES ARE ONLY APPLICABLE TO ELIGIBLE FAMILIES)

- ☐ Yes, I am requesting services at this time.* ☐ No, I am not requesting services at this time.

*If "Yes" is selected, your child's school will contact you to obtain information about the specific service(s) that you are seeking for your child.

Attention School Staff: Please submit a Referral for Services (FM-7404) and/or Transportation Request (FM-7405) if the family is requesting services.

▼ QUESTION 5 AND 6: TO BE COMPLETED BY UNACCOMPANIED YOUTH ONLY (SELECT ONE OPTION)*

- ☐ 5) Are you living alone without an adult? ☐ 6) Are you living alone with an adult that is NOT a parent/guardian?

Caregiver's Name: Date:

Unaccompanied Youth Signature: Phone Number:

*Please ask your caregiver to complete the Caregiver's Authorization Form (FM-7402), and submit it with this form.

▼ QUESTION 7: WHAT IS YOUR ADDRESS/CONTACT INFORMATION?

Current Address: Length of time at Current Address:

Former Address: Phone Number:

Parent's Name: Parent/Guardian Signature: Date:

FOR SCHOOL/AGENCY USE ONLY

School/Agency Name : Location # :
School Contact Name : Position :
Contact Number/Ext : Email Address :

Please email the eligible forms to projectupstart@dadeschools.net and send the ineligible forms to the respective location site, to the attention of Project UP-START: South - Loc #7021; Central - Loc #8005, & North - Loc #9571.



Escuelas Públicas del Condado Miami-Dade
Departamento de la Administración de Título I
Programa del Proyecto UP-START



2024-2025 Cuestionario de Elegibilidad de Estudiantes del Proyecto UP-START

El propósito del presente cuestionario de elegibilidad estudiantil es el de determinar la elegibilidad para obtener servicios de acuerdo con la Ley McKinney-Vento Act. El Estatuto de la Florida 837.06 provee que si alguien a sabiendas hace una declaración falsa por escrito con la intención de engañar a un funcionario público en el oficio de sus obligaciones, será culpable de un crimen de delito menor cuantía de segundo grado.

Los servicios del Proyecto UP-START son confidenciales y este formulario no se deberá compartir con agencias comunitarias externas.

▼ PREGUNTA 1: ¿CUÁL ES LA RESIDENCIA NOCTURNA ACTUAL DE SU FAMILIA? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Albergue (A) ☐ Comparte vivienda con otras personas (B) ☐ Vehículo/Parque/Parque de casas móviles/ Vivienda subestandar (por ejemplo, sin servicio de agua o corriente/ infestada con moho) [D]
☐ Hotel/Motel/Airbnb (E) ☐ Alquila una vivienda* ☐ Propietario de su vivienda*

*SI SELECCIONA ALQUILA UNA VIVIENDA O PROPIETARIO DE SU VIVIENDA, SALTE LA PREGUNTA #7.

▼ PREGUNTA 2: ¿POR QUÉ SU FAMILIA NO TIENE UNA RESIDENCIA NOCTURNA PERMANENTE? (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ Pandemia (P) ☐ Huracán (H) ☐ Inundación (F) ☐ Falta de vivienda asequible, desalojo, enfermedad mental, desempleo, violencia doméstica (N) ☐ El padre / cuidador está encarcelado.
☐ Catástrofe creada por el hombre (D) ☐ Ejecución hipotecaria (M) ☐ Tormenta tropical (S) ☐ Tornado (T) ☐ Incendio forestal (W) ☐ Desconocido (U)

▼ PREGUNTA 3: ¿QUIÉNES SON LOS ESTUDIANTES PARA LOS CUALES USTED ESTÁ LLENANDO ESTE FORMULARIO?

Nombre y Apellido del Estudiante	# ID del Estudiante	Fecha de Nacimiento	Grado	Escuela / # de la Escuela

▼ PREGUNTA 4: ¿ESTÁ BUSCANDO SERVICIOS DE APOYO PARA SU HIJO(A) EN ESTE MOMENTO? (LOS SERVICIOS SON APLICABLES SOLAMENTE A FAMILIAS ELEGIBLES)

- ☐ Sí, estoy solicitando servicios en este momento.* ☐ No, no estoy solicitando servicios en este momento.

*Si selecciona "Sí", la escuela de su hijo(a) se comunicará con usted para obtener información sobre los servicios específicos que usted está buscando para su hijo(a).

Atención al personal de la escuela: envíe una Referencia de servicios (FM-7404) y/o una Solicitud de transporte (FM-7405) si la familia solicita servicios.

▼ PREGUNTAS 5 y 6: LLENAR POR JÓVENES NO ACOMPAÑADOS SOLAMENTE (SELECCIONE UNA OPCIÓN)

- ☐ 5) ¿Vives solo sin un adulto? ☐ 6) ¿Vives solo con un adulto que NO es padre/tutor legal?

Nombre del cuidador: Fecha:

Firma de estudiante no acompañado:

*Pídale a su cuidador que complete el Formulario de autorización del cuidador (FM-7402), y envíelo con este formulario.

▼ PREGUNTA 7: ¿CUÁL ES SU INFORMACIÓN DE CONTACTO?

Dirección actual: Periodo de tiempo en la dirección actual:

Dirección anterior: Número de Teléfono:

Nombre del padre: Firma Padre/Madre/Tutor: Fecha:

FOR SCHOOL/AGENCY USE ONLY

School/Agency Name: Location #:

School Contact Name: Position:

Contact Number/Ext: Email Address:

Please email the eligible forms to projectupstart@dadeschools.net and send the ineligible forms to the respective location site, to the attention of Project UP-START: South - Loc #7021; Central - Loc #8005, & North - Loc #9571..