

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CON LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MIGRANTE - JUNTA DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ILLINOIS
Año Escolar 20 _____ - 20 _____

NOMBRE DEL DISTRITO Y NÚMERO/AGENCIA	ID RESUMIDO DE LA ESCUELA	# de ID DE LA FAMILIA	# de COE (año y número)	FECHA DE RESIDENCIA
--------------------------------------	---------------------------	-----------------------	-------------------------	---------------------

A. SECCIÓN DE MUDANZA Y TRABAJO QUE DAN DERECHO AL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MIGRANTE (MEP)

1. El(los) menor(es) que aparece(n) en este formulario se mudó (mudaron) **DE** un domicilio en DISTRITO ESCOLAR, CIUDAD, ESTADO, PAÍS **A** un domicilio en DISTRITO ESCOLAR, CIUDAD, ESTADO .
2. El(los) menor(es) se mudó (mudaron) (complete tanto a. como b.):
 - a. **por su cuenta** como trabajador, **O** **con** el trabajador, **O** **para unirse o preceder** al trabajador.
 - b. El trabajador, NOMBRE Y APELLIDO DEL TRABAJADOR es el menor o el/la madre/padre esposo(a) encargado(a) del menor.
 - i. (Si ha marcado "para unirse o preceder" en 2a, complete esta línea) El trabajador se mudó el: MM/DD/AAAA . El(los) menor(es) se mudó (mudaron) el: MM/DD/AAAA .
 (escriba un comentario)
3. La fecha de llegada que da derecho al MEP fue: MM/DD/AAAA
4. El trabajador se mudó debido a necesidad económica para obtener:
 - a. un trabajo que da derecho al MEP y obtuvo tal trabajo, **O**
 - b. cualquier trabajo, y obtuvo trabajo que da derecho al MEP poco después de la mudanza, **O**
 - c. específicamente un trabajo que da derecho al MEP, pero no obtuvo tal trabajo. Si el trabajador no obtuvo el trabajo que da derecho al MEP:
 - i. El trabajador tiene una historia anterior de mudanzas para obtener trabajo que dan derecho al MEP (escriba un comentario), **O**
 - ii. Existen otras evidencias creíbles que indican que el trabajador buscó activamente un trabajo que da derecho al MEP poco tiempo después de la mudanza (escriba un comentario).
5. El **trabajo que da derecho al MEP*** DESCRIBE EL TRABAJO AGRÍCOLA O DE PESCA fue (elijá una opción tanto en a.) como en b.):
 - a. por estación **O** empleo temporal
 - b. agrícola **O** trabajo de pesca * Marque, si corresponde: subsistencia personal (escriba un comentario)
6. Si ha marcado "temporal" en #5a, complete este número. Se determinó que el trabajo era empleo temporal basado en:
 - a. declaración del trabajador (escriba un comentario), **O**
 - b. declaración del empleador (escriba un comentario), **O**
 - c. documentación estatal para EMPLEADOR

B. COMENTARIOS (Marque las opciones correspondientes)
 Debe incluir 2bi, 4c, 5, 6a y 6b de la Sección de Mudanza y Trabajo que dan derecho al (MEP), si corresponde:
 2bi 4c 5 6a 6b Otro

C. DATOS FAMILIARES

1. Padre / Encargado (Apellido, Nombre)	3. Padre / Encargado legal (Apellido, Nombre)	5. Domicilio Actual (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	6. Teléfono (Particular y Celular) (Incluya Código de Área)	7. Distrito/Estado del Domicilio Permanente
2. Madre / Encargada (Apellido, Nombre)	4. Madre / Encargada legal (Apellido, Nombre)			

D. DATOS DE LOS MENORES Y ESCOLARES (Liste todos los menores/jóvenes que cumplan los requisitos)

										NGS ENROLLMENT			
1. Apellido 1 / Apellido 2	2. Primer Nombre	3. Segundo Nombre	4. Sufijo	5. ID de NGS	6. Sexo	7. Fecha de Nacimiento	8. Código	9. MB	10. Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País)	11. SSID	12. Fecha de Insc.	13. GR	14. Tipo

E. SECCIÓN DE FIRMA DE PADRE/MADRE/ENCARGADO(A)/ ESPOSO(A)/TRABAJADOR(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 es la verdad.

Doy permiso para que mi(s) hijo(s) participen en el Programa de Educación Migrante (MEP).

Firma _____ Parentesco con el(los) menor(es) _____ Fecha (mm/dd/aaaa) _____

Idioma utilizado para explicar los contenidos de este documento: INGLÉS ESPAÑOL OTRO (especifique): _____

F. SECCIÓN DE CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO CON LOS REQUISITOS

Certifico que basado en la información que me fue proporcionada, la cual se refleja anteriormente en todos los aspectos pertinentes, estoy convencido que estos menores son menores migratorios tal como se definen en 20 U.S.C. 6399(2) y la reglamentación ejecutora, y por tanto en tal calidad tienen derecho a recibir 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 se haya hecho en el presente está sujeta a una multa o el encarcelamiento conforme a 18 U.S.C. 1001.

Firma del Entrevistador _____ ID del Reclutador _____ Fecha (mm/dd/aaaa) _____

Firma del Revisor Designado de la Agencia de Educación del Estado _____ Fecha (mm/dd/aaaa) _____

G. VERIFICACIÓN DE CONTINUACIÓN DE RESIDENCIA (Septiembre 1 – Agosto 31) SUMINISTRADA EN LA PARTE POSTERIOR PARA 20 _____ -20 _____

	20 _____ -20 _____	20 _____ -20 _____	20 _____ -20 _____	Revisor Local
				Iniciales Fecha

CERTIFICADO DE CUMPLIMIENTO CON LOS REQUISITOS DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MIGRANTE - JUNTA DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE ILLINOIS
Año Escolar 20 _____ – 20 _____

NOMBRE DEL DISTRITO Y NÚMERO/AGENCIA	# de COE (año y número)
--------------------------------------	-------------------------

G. ORIGEN ÉTNICO/RAZA DEL MENOR

NOMBRE DEL MENOR (Nombre y apellido)	ORIGEN ÉTNICO 1- Hispano/Latino (S/N)		RAZA (Marque una o más, sin considerar el origen étnico seleccionado.)					6-Para uso exclusivo de DES
			1-Indígena americano o nativo de Alaska	2- Asiática	3- Negra o afroamericana	4- Nativo de Hawaii u otras islas del Pacífico	5-Blanca	
	<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"/>	
	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

H. VERIFICACIÓN DE CONTINUACIÓN DE RESIDENCIA (1 de Septiembre – 31 de Agosto)

Año Escolar	Fecha de Verificación de Residencia	Persona Entrevistada	Parentesco	Fuente de Verificación	Firma de la Persona que efectúa la Verificación	Fecha (mm/dd/aaaa)

I. PUBLICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

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 Privacidad y Derechos Educativos Familiares (FERPA, por sus siglas en inglés). Por medio de la presente autorizo a este distrito escolar, 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 publicar, volver a hacer público, transferir y/o recibir los registros educativos y de salud de mi hijo, incluyendo registros de vacunación y resultados estandarizados de evaluación, desde/hacia otras escuelas, agencias educativas y otras agencias pertinentes. Estoy al tanto que los registros de mi hijo estarán a mi disposición para que los vea y obtenga una copia, si así lo desearé. 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, el Consejo Migrante de Illinois (IMC, por sus siglas en inglés), College Assistance Migrant Program (CAMP), High School Equivalency Program (HEP), el Programa de Migrant Education Even Start (MEES), el programa de Migrant & Seasonal Head Start (MSHS) y programas nutricionales para niños.

Firma	Parentesco con el(los) menor(es)	Fecha (mm/dd/aaaa)
-------	----------------------------------	--------------------