

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)

- 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
- El/Los niño(s) se mudó(aron) (complete tanto la a. como la b.):
 - por sí mismo como trabajador(a), O con el/la trabajador(a) O para reunirse o preceder al trabajador(a).
 - 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.
 - (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. (provea comentario)
- La fecha de llegada para calificar fue _____ MM/DD/AA.
- 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:
 - empezó a trabajar en un nuevo trabajo que califica poco después de la mudanza (provea un comentario si el/la trabajador(a) empezó a trabajar más de 60 días después de la mudanza) O
 - activamente buscó un nuevo trabajo que califica y tiene una historia reciente de mudanzas para trabajo que califica (provea un comentario).
- 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.):
 - empleo de temporada o empleo temporal
 - agrícola o trabajo de pesca

*Si aplica, marque:
 subsistencia propia (provea un comentario)
- (Complete si "empleo temporal" fue indicado en #5). Se determinó que el trabajo fue temporal en base a:
 - una declaración del trabajador (provea un comentario), O
 - una declaración del empleador (provea un comentario) O
 - 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)

CERTIFICAT D'ELIGIBILITE AU PROGRAMME D'EDUCATION POUR LES MIGRANTS DU COMITE D'EDUCATION DE L'ETAT D'ILLINOIS

Année scolaire 20____ - 20____

NOM ET NUMERO DU DISTRICT SCOLAIRE/AGENCE	NO. D' ID DE L'ECOLE, ABREGE	NO. D' ID DE LA FAMILLE	DISTRICT/ ETAT DE RESIDENCE PERMANENTE	DATE DE RESIDENCE
---	------------------------------	-------------------------	--	-------------------

A. DEMENAGEMENTS ET TRAVAUX QUALIFIES

1. L'(es) enfant(s) figurant sur ce formulaire a déménagé pour des raisons économiques de (résidence) _____ DISTRICT SCOLAIRE VILLE ETAT PAYS _____

à (résidence) _____ DISTRICT SCOLAIRE VILLE ETAT _____

2. L'(es) enfant(s) a déménagé (complétez a et b) :

- a. a. en tant qu'ouvrier, OU avec l'ouvrier OU pour rejoindre ou à précéder l'ouvrier.
- b. L'ouvrier, NOM, PRENOM DE LOUVRIER, est l'enfant ou le parent/tuteur le conjoint de l'enfant.
 - i. (Complétez si "rejoindre ou précéder" est coché en 2a) L'(es) enfant (s) a déménagé le MM/JJ/AA.
- L'ouvrier a déménagé le MM/JJ/AA. (Ajoutez des commentaires).

3. La date d'admission était MM/JJ/AA.

4. L'ouvrier a déménagé pour des raisons économiques le MM/JJ/AA, de (résidence) _____ DISTRICT SCOLAIRE VILLE ETAT PAYS _____
à (résidence) _____ DISTRICT SCOLAIRE VILLE ETAT _____ et :

- a. s'est engagé dans un nouveau travail peu après le déménagement (ajoutez des commentaires si l'ouvrier s'est engagé plus de 60 jours après le déménagement), ou
- b. a activement cherché de nouveaux travaux qualifiés et a un historique récent de déménagement pour un travail qualifié (ajoutez des commentaires)

5. Le travail qualifié, * DÉCRIVEZ DES TRAVAUX AGRICOLES OU DE PÊCHE _____ était un (faites une sélection dans a. Et b.):

- a. emploi saisonnier OU temporaire
- b. travail agricole OU de pêche

* Au cas échéant, cochez:
 subsistance personnelle (ajoutez des commentaires)

6. (Complétez si « temporaire » est coché au niveau du numéro 5a). Le travail a été déterminé comme étant un emploi temporaire selon:

- a. une déclaration de l'ouvrier (ajoutez des commentaires), OU
- b. une déclaration de l'employeur (ajoutez des commentaires), OU
- c. un document de l'État pour EMPLOYEUR

B. COMMENTAIRES: (Cochez les cases applicables)
Doit inclure 2bi, 4a, 4b, 5, 6a et 6b de la section déménagements et travaux qualifiés, le cas échéant.

2bi 4a 4b 5 6a 6b Autre

C. INFORMATIONS SUR LA FAMILLE

1. Parent / tuteur (1) (nom, prénom)	3. Parent / tuteur légal (1) (nom, prénom)	5. Adresse actuelle (rue, ville, état, code zip)	6. Téléphone (résidence et cellulaire) (Inclure le code régional)
2. Parent / tuteur (2) (nom, prénom)	4. Parent / tuteur légal (2) (nom, prénom)		

D. INFORMATIONS SUR L'ENFANT / SUR L'ECOLE (Listez tous les enfants / jeunes éligibles)

D. INFORMATIONS SUR L'ENFANT / SUR L'ECOLE (Listez tous les enfants / jeunes éligibles)										Inscription NGS			
1. Nom 1 / Nom 2	2. Prénom	3. Post-nom	4. Suffixe	5. No. d'ID NGS	6. Sexe	7. Date de naissance	8. Code	9. MB	10. Lieu de naissance (ville, état, pays)	11. SSID	12. Date d'inscription	13. GR	14. Type

□ CERTIFICAT D'ELIGIBILITE AU PROGRAMME D'EDUCATION POUR LES MIGRANTS DU COMITE D'EDUCATION DE L'ETAT D'ILLINOIS

Année scolaire 20 ____ - 20 ____

NOM ET NUMERO DU DISTRICT SCOLAIRE/AGENCE

E. SIGNATURE DE LA PERSONNE INTERVIEWEE

Je comprends que le but de ce formulaire est d'aider l'État à déterminer si l'(es) enfant(s) / le(s) jeune (s) figurant sur ce formulaire est (sont) éligible (s) au Titre I, Partie C du Programme d'éducation pour les migrants. Au meilleur de ma connaissance, toutes les informations que j'ai fournies à l'interviewer sont vraies.

Signature _____ Liens avec l'(es) enfant(s) _____ Date (MM/JJ/AA) _____

Langue utilisée pour expliquer le contenu de ce document ANGLAIS FRANÇAIS AUTRE (précisez): _____

F. PARTICIPATION AU PROGRAMME ET COMMUNICATION DES DOSSIERS

- Je donne la permission à mon (mes) enfant(s) de participer au programme d'éducation pour les migrants.
- Communication des dossiers: Les règles relatives à éligibilité des migrants, aux services, au transfert des dossiers des élèves et à la loi du droit à l'éducation de la famille et à la loi sur la protection des renseignements personnels (FERPA) m'ont été expliquées. J'autorise ce district scolaire ou le programme local d'éducation pour les migrants (MEP), le comité d'éducation de l'état d'Illinois (ISBE) et le New Generation System (NGS) à publier, partager, transférer et / ou recevoir les dossiers médicaux et scolaires de mon enfant, y compris les dossiers sur l'immunisation et les résultats des tests normalisés d'autres d'établissements d'enseignement et d'autres organismes pertinents. Je sais que les dossiers de mon enfant seront disponibles pour que je puisse les réclamer et les obtenir si je le désire. Afin d'être potentiellement éligible à plus de services d'éducation, de santé ou de services sociaux, je consens à ce que les informations sur l'élève / la famille, par ailleurs confidentielles en vertu des dispositions de la FERPA, soient partagées ou divulguées aux organisations qui fournissent des services sous la protection suivantes: les projets de l'ISBE MEP, le IMC (conseil des migrants de l'Illinois), le CAMP (programme d'aide des études universitaires pour les migrants), l'HEP (programme d'équivalence des études secondaires), le CHP (partenariat pour la santé communautaire de l'Illinois), le MSHS (Head Start saisonnier pour les migrants) et les programmes de nutrition pour les enfants.

Signature _____ Liens avec l'(es) enfant(s) _____ Date (MM/JJ/AA) _____

G. CERTIFICATION DES DONNEES D'ELIGIBILITE

Je certifie que, sur la base des informations qui m'ont été fournies, et qui reflètent tous les aspects pertinents ci-dessus, je suis convaincu que ces enfants sont des enfants migrants tels que définis dans 20 U.S.C. 6399 et les règlements d'application, et donc à ce titre éligibles pour les services MEP. Je certifie par la présente que, au meilleur de ma connaissance, l'information est crédible, fiable et valide et je comprends que toute fausse déclaration fournie dans le présent document est passible d'une amende ou d'une peine d'emprisonnement conformément à 18 U.S.C. 1001.

Signature de l'intervieweur _____ No. D'ID du recruteur _____ Date (MM/JJ/AA) _____ Signature du réviseur SEA désigné _____ (MM/JJ/AA) _____

Signature du réviseur LEA _____ Date (MM/JJ/AA) _____

H. APPARTENANCE ETHNIQUE / RACE DE L'ENFANT

NOM DE L'ENFANT (Prénom et Nom)	APPARTENANCE ETHNIQUE 1- Hispanique ou Latino (Oui/Non)		RACE (Cochez une ou plusieurs, quel que soit le statut d'appartenance ethnique sélectionnée.)				
			1-Amérindiens ou natifs de l'Alaska	2- Asiatiques	3- Noirs ou Afro-américains)	4- natifs d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique	5-Blancs
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

I. VERIFICATION DE RESIDENCE, SUITE (du 1er septembre au 31 août)

Année scolaire	Date de vérification de résidence	Personne interviewée	Relation	Source de vérification	Signature de la personne chargée de vérifier	Date (MM/JJ/AA)