



## Distrito Unificado de Rialto

### Lista de Documentos Requeridos para Inscripción

- Comprobante de vacunas
- \*Examen de TB (Tuberculosis) – debe incluir los resultados
- Prueba de fecha de nacimiento (Acta de nacimiento, certificado oficial de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte, o declaración jurada)
- Verificación de domicilio actual a nombre de padre/tutor (Recibo de servicios

NOTES:

Date:

Student #:

Teacher/Counselor:

Classroom/AM or PM:

**NIÑOS QUE VIVEN BAJO SU CUIDADO**

Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela
Nombre	Fecha de nacimiento	Escuela

Birth Verification: \_\_\_\_\_

P.O.B:

Enter Code:

**INFORMACIÓN DE ESCUELA PREVIA** (Poner la última escuela a la que asistió primero)

Nombre de escuela	Ciudad	Estado	Grado	Año escolar
Nombre de escuela	Ciudad	Estado	Grado	Año escolar
¿Ha asistido su estudiante a una escuela del distrito de Rialto? - Sí - No (ej. Preescolar)	Si es "sí", nombre de la escuela:	Grado	Año escolar	

Reason:

- Overflow
- Inter/Intra
- Other:

Address Verification:

YES  NO

**PLAN EDUCATIVO DE PADRES**

**PROGRAMAS DE EDUCACIÓN ESPECIAL PREVIOS**

Firma de padres/tutores:

# ENCUESTA DEL IDIOMA EN EL HOGAR

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Instrucciones para padres y tutores:

El *Código de Educación* de California contiene requisitos legales que guían a las escuelas a dar un *perfil de proficiencia en inglés* a los estudiantes. El proceso comienza con determinar el idioma(s)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o tutor:

Fecha:

## OFFICE USE ONLY

School:

Reviewed by:

Enrollment Staff

Sent to Multilingual Programs on:

Received by MLP/LAC on:

# Questionario de vivienda



La información proporcionada a continuación ayudará a la escuela de su estudiante a determinar si usted y/o su estudiante

---

---

---

---

---

Ninguna de las anteriores.

pueden ser elegibles para recibir servicios y apoyos especializados. Esto podría incluir servicios educativos adicionales a través

del Distrito Unificado de Rialto y/o del Distrito Unificado de Servicios de Asistencia McKinney-Vento. La información proporcionada en este formulario es

Nombre del padre/madre/tutor (en letra de imprenta)      Firma del padre/madre/tutor

---

---

---

---

---

---

---

---

Si usted tiene alguna pregunta acerca de estos derechos, por favor póngase en contacto con el representante de niños y jóvenes sin hogar (McKinney-Vento) de su escuela. Si usted tiene dificultad para ponerse en contacto con ellos, puede comunicarse con los representantes de McKinney-Vento & Foster Youth del Distrito Unificado de Rialto al 909-873-4336.

Nombre del Estudiante:



**Distrito Unificado de Rialto**  
**Problemas de Custodia**

[Redacted area containing student information and other details]

Los padres pueden tratar de usar a la escuela como un foro para disputar asuntos de custodia. Si es necesario, el distrito escolar puede considerar incluir el siguiente formulario en su notificación a los padres y tutores legales.

Firma de padre/tutor 1

Fecha

Firma de padre/tutor 2

Fecha

Office use only:

Date Received:

Notification placed on Synergy: \_\_\_\_\_

Home School:

Document(s) uploaded to Synergy: \_\_\_\_\_



**DISTRITO ESCOLAR UNIFICADO DE RIALTO  
SERVICIOS DE SALUD**

815 S. Willow Ave., Rialto, CA 92376 • Tel (909) 820-8150 • Fax (909) 820-8151

**HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE**

Mi hijo NO tiene ninguna condicion medica.  
 Mi hijo tiene la(s) siguiente(s) condición(es) médica(s):  
 [Redacted]

<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>	Alergias	Tipo de alergia:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>		Tipo de Medicamento:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	ADHD	ADD	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Asma		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Autismo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Defectos de Nacimiento / Trastornos Genéticos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Sangre / Trastornos Hemorrágicos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Pérdida de la Audición		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Trastorno Renal / Problemas de Vejiga		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Problemas Psicológicos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Accidentes Graves u Hospitalizaciones		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/>	Impedimento de la Vista		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Firma del Padre/Tutor:**

**Fecha:**

**OFFICE USE ONLY**

Emailed Health Services:                      Verified by Health Services:                      School:

**Provided parent with the following documents:**

- Authorization for Medical Release
- Medication Form

# ESCUELA

El médico de salud. Por favor, pídale al examinador de

FECHA DE NACIMIENTO—Mes/Día/Año

a

lo, o a la fecha, el Registro de Inmunización de California en  
sobre el Registro de Inmunización de la escuela de California

## FECHA EN QUE CADA DOSIS FUE DADA

Se undo Tercero Cuarto Quinto

## PRUEBAS Y EVALUACIONES REQUERIDAS FECHA (m. dd/aa)

## REGISTRO (DISTRIBUIR) EL INFORME DE SALUD

El médico de salud para que comparta con la escuela la información adicional  
Parte III.

El médico de salud desea que el examinador llene la Parte III.

Fecha

Fecha

(Child Health and Disability Prevention Program)  
que se consigue en la escuela de su niño(a).

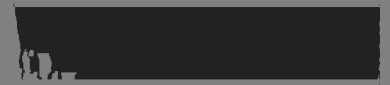


**Grado** **Número De Dosis Requeridas De Cada Vacuna** <sup>1,2,3</sup>

Grado	1 Dosis <sup>4</sup>	5 DTaP <sup>5</sup>	2 Hep B <sup>6</sup>	2 MMR <sup>7</sup>	2 Varicela
K					
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					

(7<sup>o</sup>-12<sup>o</sup>)<sup>8</sup> Dosis para K-12<sup>o</sup> + 1 Tdap


1. Los requisitos para los grados K-12 también aplican a los estudiantes en cada edad a menos que se indique lo contrario.







# Opciones de cobertura para familias

# Primas y costos

## Medi-Cal:

▶ Los niños y los adultos califican

▶ Para obtener más información sobre los servicios cubiertos en Medi-Cal para niños y

## Expansión de Medi-Cal

▶ Actualmente, los niños o personas menores de 26 años, adultos de 50 años o mayores, destinatarios

## Norma de cargo público actualizada

▶ En diciembre de 2022, el gobierno

## Covered California:

▶ Los niños y los adultos califican

▶ Para obtener más información sobre los servicios cubiertos en Covered California para niños y

▶ Actualmente, los niños o personas menores de 26 años, adultos de 50 años o mayores, destinatarios

▶ En diciembre de 2022, el gobierno

## Covered California:

▶ Los niños y los adultos califican

▶ Para obtener más información sobre los servicios cubiertos en Covered California para niños y

▶ Actualmente, los niños o personas menores de 26 años, adultos de 50 años o mayores, destinatarios

▶ En diciembre de 2022, el gobierno

## Apoyo financiero

### Subsidios para primas de Covered California\*\*

El crédito fiscal asciende a más de 400%

### Costos compartidos nulos para AI/AN

### Costos compartidos limitados para AI/AN

FPL en %	100%	138%	150%	200%	213%	250%	266%	300%	322%	400%
Medi-Cal para adultos	\$13,590	\$18,755	\$20,385	\$27,180	\$28,947	\$33,975	\$36,150	\$40,770	\$43,760	\$54,360
Medi-Cal para personas embarazadas y que parieron recientemente	\$23,030	\$31,782	\$34,545	\$46,060	\$49,054	\$57,575	\$61,260	\$69,090	\$74,157	\$92,120
Medi-Cal para niños (0 a 18 años)	\$22,470	\$44,800	\$49,705	\$64,040	\$69,162	\$91,175	\$96,371	\$97,410	\$104,554	\$170,880

Medi-Cal para adultos

Medi-Cal para personas embarazadas y que parieron recientemente

Acceso a Medi-Cal para personas embarazadas y que parieron recientemente

Medi-Cal para niños (0 a 18 años)

CCHIP\*\*\*

TENCIÓN MÉDICA FAMILIAS

UN PROYECTO DE

The Children's

NUESTROS SOCIOS:



MetroLA

Para los niños for the children

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN, DIRÍJASE A [www.allinforhealth.org](http://www.allinforhealth.org)

TEL: (909) 820-8150

Specific health care provider.  
Proveedor de atención médica específico.  
Códigos QR proporcionados.

DENTAL CARE...continued



ASSOCIATES  
lvd., Rialto



UNITY HEALTH CENTER  
lvd. #A-2, Fontana



VISION EXAMS

PTOMETRIC CENTER  
e Ave., Ste. 220  
5-1144



TRIC CENTER  
e Ave., Ste. 210  
1-3030



ETRIC CENTER  
p. 105  
5-9044



COUNSELING SERVICES

NG SERVICES  
lvd.

1-9358

COMMUNITY SERVICES  
Dr., Ste. 100, Colton

sCal



ARDINO COUNTY -  
ONAL ASSISTANCE DEPARTMENT  
Foothill Blvd., Rialto (877) 410-8829

