Washington School for the Deaf

Admissions Application Packet

aplicación de paquetes

2012-2013

Admissions Office
Washington School for the Deaf
611 Grand Blvd / Vancouver, WA 98661
(360) 696-6525 (v/tty) / (800) 613-4228 / www.wsd.wa.gov

Center for Childhood Deafness & Hearing Loss (CDHL)

Table of Contents
Tabla de contenido

Student Information 3
Información del estudiante

Medicaid Eligibility Verification 4
Verificación de elegibilidad para recibir los beneficios de Medicad

Release of Information 5
Consentimiento a la transmisión de información

Internet/Email Access Authorization 7
Autorización de acceso a la Internet y uso del correo electrónico

Consent to Leave Campus 9
Permiso para salir del recinto

WSD Academic Permission Slip 11
Cupón de permiso escolar de la WSD

Consent to be Interviewed by DLR 13
Consentimiento a entrevista con el DLR

Transportation Authorization and Consent 14
Transporte y permiso de uso de medios de transporte

National Free Lunch Application 15-16

Attention families - please be aware WSD policy only allows service animals on campus. Thank you for not bringing household pets to games or other activities at WSD.

Las familias de atención - tenga en cuenta la política WSD permite sólo animales de servicio en el campus. Gracias por no llevar mascotas domésticas a juegos u otras actividades en WSD.

Student Information
Información del estudiante

STUDENT INFORMATION / INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

STUDENT'S FULL LEGAL NAME / NOMBRE DEL ESTUDIANTE | FIRST NAME / NOMBRE | MIDDLE NAME / SEGUNDO NOMBRE | LAST NAME / APELLIDO

ADDRESS / DIRECCIÓN | CITY / CIUDADS | STATE / ESTADO | ZIP / CÓDIGO POSTAL

BIRTHDATE / FECHA DE NACIMIENTO | BIRTH CITY / CIUDAD DE NACIMIENTO | GENDER / GÉNERO | EHNICITY

CURRENT GRADE / CALIDADES PARA EL AÑO ESCOLAR DE 2011-12 | COUNTY OF RESIDENCE / CONDADO DE RESIDENCIA | SCHOOL DISTRICT / EL DISTRITO ESCOLAR

PARENT/GUARDIAN INFORMATION / PADRE, MADRE O TUTOR

NAME OF PARENT OR GUARDIAN / NOMBRE DEL PADRE / TUTOR | FIRST / NOMBRE | MIDDLE / SEGUNDO NOMBRE | LAST ./ APELLIDO

MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DE CORREO | CITY / CIUDADS | STATE / ESTADO | ZIP / CÓDIGO POSTAL

PHONE: / TELÉFONO: VOICE / VOZ TTY VP | CELL PHONE: / CELLULAR: VOICE / VOZ TEXT / TEXTO | EMAIL ADDRES: / DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

OTHER PHONE: / OTRA TELÉFONO: | WORK PHONE NUMBER / NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO | WORK EMAIL / TRABAJO DE CORREO ELECTRÓNICO

NAME OF PARENT OR GUARDIAN / NOMBRE DEL PADRE / TUTOR | FIRST / NOMBRE | MIDDLE / SEGUNDO NOMBRE | LAST ./ APELLIDO

MAILING ADDRESS / DIRECCIÓN DE CORREO | CITY / CIUDADS | STATE / ESTADO | ZIP / CÓDIGO POSTAL

PHONE: / TELÉFONO: VOICE / VOZ TTY VP | CELL PHONE: / CELLULAR: VOICE / VOZ TEXT / TEXTO | EMAIL ADDRES: / DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

OTHER PHONE: / OTRA TELÉFONO: | WORK PHONE NUMBER / NÚMERO DE TELÉFONO DE TRABAJO | WORK EMAIL / TRABAJO DE CORREO ELECTRÓNICO

EMERGENCY CONTACT

RELATIVES, FRIENDS OR OTHERS WHO CAN CONTACT YOU IN CASE OF EMERGENCY
FAMILIARES, AMIGOS U OTROS ES QUIÉN PUEDEN CONTACTARLO EN CASO DE EMERGENCIA

NAME / NOMBRE | RELATIONSHIP / RELACIÓN | PHONE / NÚMERO DE TELÉFONO | PHONE / NÚMERO DE TELÉFONO

NAME / NOMBRE | RELATIONSHIP / RELACIÓN | PHONE / NÚMERO DE TELÉFONO | PHONE / NÚMERO DE TELÉFONO

OTHER INFORMATION / OTRA INFORMACIÓN

WHAT IS THE PRIMARY LANGUAGE USED AT HOME (please circle one) ¿CUÁL ES SU IDIOMA PRINCIPAL (haga un círculo en uno)

ASL ENGLISH / INGLÉS RUSSIAN / RUSO SPANISH / ESPAÑOL VIETNAMESE OTHER / OTROS: _____

WHO HAS LEGAL CUSTODY OF THE CHILD (Please attach court documents)
¿QUIÉN TIENE LA CUSTODIA LEGAL DEL NIÑO (Por favor adjuntar documentos de la corte)

Medicaid Eligibility Verification

Verificación de elegibilidad para recibir los beneficios de Medicaid

PURPOSE

This form asks for your consent to obtain information from the Department of Social and Health Services, Medical Assistance Administration for the purpose of Medicaid eligibility verification. If you have questions regarding this request, you may call the WSD Special Education Secretary at 360-696-6525 x 0411 V/TTY for an explanation as to why the request is being made.

MEDICAID ELIGIBILITY VERFICATION

State law requires the school district to submit claims for health-related services provided to special education students or students referred for special education. These services include physical therapy, speech-language therapy, audiology, nursing, counseling, and psychological evaluation.

With your permission, we will submit your student's name and birth date to the Department of Social and Health Services (DSHS) to verify Medicaid eligibility. Such a request will in no way negatively impact services included in your child's individualized education program (IEP).

_____ **I do** give consent to verify Medicaid eligibility with DSHS.

_____ **I do not** give consent to verify Medicaid eligibility with DSHS.

Student Name | Date of Birth

Parent/Guardian Name (please print) | Parent/Guardian Signature | Date

PROPÓSITO

Este formulario solicita su consentimiento para la obtención de información de la Administración de asistencia médica del Departamento de servicios sociales y de salud (Department of Social and Health Services, Medical Assistance Administration), con el propósito de establecer la elegibilidad de su estudiante para recibir los beneficios de Medicaid. En caso de alguna pregunta relacionada con esta solicitud, podrá llamar al Director de educación especial de la WSD para que le explique el porqué se le está presentando esta solicitud.

VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE MEDICAID

Las leyes estatales requieren del distrito escolar someter reclamos por servicios de salud prestados a los estudiantes bajo programas de educación especial o referidos para seguir programas de educación especial. Estos servicios incluyen servicios de fisioterapia, terapia del habla y el lenguaje, audiología, enfermería, asesoramiento y evaluación psicológica.

Con su permiso, presentaremos el nombre y fecha de nacimiento de su estudiante al Departamento de servicios sociales y de salud (Department of Social and Health Services (DSHS)) para verificar su elegibilidad para recibir los beneficios del programa de Medicaid. Dicha solicitud en ningún modo afectará negativamente los servicios propios del programa de educación personalizada (IEP) de su hijo(a).

_____ **Doy** mi consentimiento a que verifiquen ante el DSHS la elegibilidad de mi hijo(a) para recibir los beneficios de Medicaid

_____ **No doy** mi consentimiento para que verifiquen la elegibilidad de mi hijo(a) para recibir los beneficios de Medicaid.

Nombre del estudiante | Fecha de nacimiento

Nombre del padre, madre o tutor (favor de escribir con letra de molde) | Firma del padre/madre o tutor | Fecha

Consent for Release of Information

Consentimiento a la transmisión de información

*** FOR OFFICE USE ONLY ***
SÓLO PARA OFFICE USO

To Whom: _____

School District / Agency: _____

Fax: _____

Attending School: _____

Fax: _____

Parents: Please fill out shaded area below.
Padres: Rellene las siguientes áreas sombreadas.

Date (Fecha): _____

Student (Estudiante): _____

Birthdate (Fecha de nacimiento): _____

School(s) (Escuela(s)): _____

_____

I authorize the above listed school(s) agencies to release any academic, sociological, psychological and medical information regarding the above-named student. All information shared will be treated in a confidential manner.

Autorizo a las indicadas agencias escolares a revelar cualquier información académica, sociológica, psicológica o médica relacionada con el estudiante arriba señalado. Dicha información compartida será tratada en forma confidencial.

PLEASE INCLUDE THE FOLLOWING:
FAVOR DE INCLUIR LO SIGUIENTE:

1. Current Evaluation Report and back up reports
   Análisis sumario e informes de respaldo
2. Current IEP (IEP/Transition/Functional Behavior Assessment/Behavior Intervention Plan)
   IEP actual (Plan de educación personalizada / Evaluación de transición / Evaluación de comportamiento funcional / Plan de intervención)
3. Annual review of IEP (benchmarks) — Resumen anual del Plan de educación personalizada (IEP) - (marcos de referencia)
4. Progress reports (academic/behavior) — Informes de progreso (académico y de comportamiento)
5. Transcripts (incl. state test scores i.e. MAP/HSPE) — Transcripciones
6. Immunization/medical records — Expedientes de inmunización y médicos
7. Audiologic report — Informe auditivo
8. All attendance reports — (Informes de asistencia)
9. All behavior reports including detentions, referrals, suspensions and other documents related to behaviors
   Los informes relacionados con el comportamiento, incluyendo las detenciones, los referimientos, las suspensiones y otros documentos relacionados con la conducta
10. Other (Otros): _____

Parents: Please fill out shaded area below.
Padres: Rellene las siguientes áreas sombreadas.

Signature (Firma): _____

Relationship to the child: _____

(Relación con el niño o la niña):

Address (Dirección): _____

_____

PLEASE SEND REQUESTED INFORMATION TO:

Judy Smith, Office of the Superintendent
Washington School for the Deaf
611 Grand Boulevard
Vancouver, WA 98661
Fax: (360) 696—6291 Office: (360) 696—6525

STUDENT/PARENT E-MAIL ACCESS AUTHORIZATION

AUTORIZACIÓN PATERNAL AL ACCESO AL CORREO ELECTRÓNICO POR PARTE DE UN ESTUDIANTE

I understand the Washington School for the Deaf is providing monitored e-mail services through gaggle.net. Gaggle.net provides features, which allow monitoring of student e-mail in order to ensure appropriate content. I further understand that even with best efforts, no system is 100% effective and that some inappropriate content may get through the filtering system. Consequences of misuse of student e-mail through gaggle.net and the Washington School for the Deaf may include temporary and/or permanent suspension of the e-mail.

I have discussed the e-mail system with my child.

Entiendo que la Washington School for the Deaf está ofreciendo servicios de correo electrónico vigilado, por medio de gaggle.net. Gaggle.net ofrece elementos que permiten la vigilancia del correo electrónico de los estudiantes, a fin de asegurar el intercambio de un contenido apropiado. Entiendo asimismo que, a pesar de los mejores esfuerzos que puedan desplegarse, ningún sistema es un 100% efectivo y que algún contenido objetable podría filtrarse. Las consecuencias del uso inapropiado de los servicios de correo electrónico de gaggle.net y la Washington School for the Deaf, por los estudiantes, podría llevar a la suspensión temporal o permanente de dichos servicios de correo electrónico.

He discutido el sistema de correo electrónico con mi hijo(a).

☐ **Yes, I do want my child to have e-mail service at this time.**
Sí, entiendo los términos indicados y deseo que mi hijo(a) tenga acceso al correo electrónico.

☐ **No, I do not want my child to have e-mail service at this time.**
No, no deseo que mi hijo(a) disfrute del servicio de correo electrónico en este momento.

Parent/Guardian Name (please print) Nombre del padre, madre o tutor (favor de escribir con letra de molde)	Parent/Guardian Signature Firma del padre/madre o tutor	Date Fecha
Student Name (please print) Nombre del estudiante (favor de escribir con letra de molde)	Student Signature Firma del estudiante	Date Fecha

INTERNET ACCESS AUTHORIZATION

AUTORIZACIÓN DE ACCESO A LA INTERNET

By signing this section, you are authorizing WSD to assign your child an internet account and password for personal use outside of the normal school hours. Internet authorization for residential/academic students provides them with an opportunity to complete school work requiring internet research outside of school hours. Please refer to the Parent/Student Handbook for school policies on student use of internet services.

Consequences of misuse of internet services may include temporary suspension of access to internet use.

Al firmar esta sección estará autorizando a la WSD a asignar a su hijo(a) una cuenta Internet y la correspondiente contraseña, para su uso personal fuera del horario escolar. La autorización de acceso a la Internet a los estudiantes internos les ofrecerá la oportunidad de completar las tareas escolares que requieran investigación en la Internet fuera de su horario escolar. Consulte el manual de padres y alumnos de las políticas de la escuela en el uso de servicios de internet de los estudiantes.

Consecuencias del mal uso de los servicios de internet pueden incluir la suspensión temporal del acceso al uso de internet.

Parent/Guardian Name (please print) Nombre del padre, madre o tutor (favor de escribir con letra de molde)	Parent/Guardian Signature Firma del padre/madre o tutor	Date Fecha

Note: All students will have access to the internet under teacher supervision during classes that require internet research.
Nota: Todos los estudiantes tendrán acceso a la Internet, bajo supervisión de un maestro, cuando haya clases que requieran investigación por medio de la Internet.

Consent to Leave Campus

Permiso para salir del recinto

Name of Student _____
Nombre del estudiante

The above named student has permission to leave campus for outings and/or overnight or weekend visits with the following friends and/or relatives:
El/la estudiante arriba señalado(a) tiene permiso para salir del recinto para excursiones y/o pasar la noche o los fines de semana con los siguientes amigos o amigos y/o parientes:

Friend/Relative #1 Amigo/pariente #1

Name (Nombre) _____ Relationship (Relación o parentesco)_____

Address (Dirección) _____ Telephone Number (Número de teléfono)_____

Friend/Relative #2 Amigo/pariente #2

Name (Nombre) _____ Relationship (Relación o parentesco)_____

Address (Dirección) _____ Telephone Number (Número de teléfono)_____

Friend/Relative #3 Amigo/pariente #3

Name (Nombre) _____ Relationship (Relación o parentesco)_____

Address (Dirección) _____ Telephone Number (Número de teléfono)_____

RESTRICTED VISITATION: (explain) **The following person(s) does not have my permission to visit or take my child off campus.**
VISITAS RESTRINGIDAS: (explicar) **Las siguientes personas no tiene mi permiso para visitar o tomar a mi hijo fuera del campus.**

Name (Nombre) _____ Relationship (Relación o Parentesco) _____

Address (Dirección) _____ Telephone Number (Número de Teléfono) _____

NOTE: Use additional paper if necessary to explain. The WSD must have a court order on file for any restraining orders.
NOTA: Utilice papel adicional para detalles adicionales, de ser necesario. La WSD deberá tener en sus archivos las correspondientes órdenes restrictivas

I understand that WSD has no responsibilities or liabilities for my child when my child leaves campus with any of the above named.
Entiendo que WSD no tiene responsabilidades o pasivos para mi hijo cuando el nombre de mi campus de hojas de niño con alguno de los anteriores.

_____

Parent/Guardian Name (please print) Nombre del padre, madre o tutor (favor de escribir con letra de molde)	Parent/Guardian Signature Firma del padre/madre o tutor	Date Fecha

Persons authorized to pickup students may be added or deleted.
Este formulario podrá ser agregado o cancelado por escrito mediante mensaje escrito del padre, madre o tutor dirigido a la Dirección de la escuela.

WSD Field Trip Authorization

Cupón de permiso escolar de la WSD

WSD academic and residential staff plans off-campus outings for students throughout the year. WSD staff accompanies the students on these off-campus outings and the students are supervised according to their individual supervision needs. Students and staff will walk, use public transportation or use state vehicles. Activities or educational outings will be planned at a variety of local locations. These locations may include the following:

El personal escolar de la WSD programa excursiones para los estudiantes durante todo el año. Dicho personal acompaña a los estudiantes durante estas excursiones fuera del recinto escolar, en las que los estudiantes son supervisados según sus exigencias y circunstancias particulares. Los estudiantes y el personal de la escuela caminarán, pasearán, usarán medios de transporte público o vehículos del estado. Eventos y excursiones educativas serán programados para una serie de lugares cercanos. Estos lugares podrían incluir los siguientes:

Parks (Parques) : Ape Caves, Ft. Vancouver, Esther Short, Marshall Center, Marshall Park, Hazel Dell, Wintler, Battle Ground, Vancouver Lake, Klineline Pond, LaCamas Lake, Water Resource Center

Community Educational Resources (Recursos educativos) : Chestnut Lane Assisted Living (Gresham, Oregon), City Cemetery, Columbian Newspaper, Downtown Vancouver , ESD 112 (they have art shows every year), Fort Vancouver, Clark County Museum, Ft. Vancouver Library, Fort Vancouver Historical Area, Harney Elementary School, Oregon Children's Theater Productions (Keller Auditorium, Winningstad Theater, and/or Newmark Theater), Oregon Historical Society, Oregon Museum of Science and Industry (OMSI), Oregon School for the Deaf, Oregon Zoo, Portland Art Museum, Powell's Book Store (Portland), Recycling Center, World Forestry Center (Portland)

Restaurants (Restaurantes) : Arby's, Cold Stone's Creamery, Subway, Taco Time, McDonald's, Taco Bell, Dairy Queen, Jack-in-the-Box, Burger King, Wendy's, Baskin Robbins, Shari's, Chicago Steamer, Muchas Gracias, Izzy's, Kentucky Fried Chicken, Taste of Asia, Don Taco, Blind Onion, Igloo

Banks (Los bancos) : IQ Credit Union, Chase, Bank of America, Wells Fargo, First Independent, Today's Bank, Columbia Credit Union

Fun in the Community (Diversiones en la comunidad) : Bullwinkle's Amusement Park, Clackamas Water Park, Downtown Vancouver, Firstenburg Center, Fred Meyers, Golden Skate, Jim Parsley Recreation Center, JJ Jump, Kid's Club in Salmon Creek and Lloyd Center Skate/ Mall, Marshall Community center (pool), Mountain View Ice Arena, Oaks Park, Regal Cinemas, SWCDHH and Vancouver Mall, Washington State School for the Blind, Ft Vancouver Library

A reminder note of an upcoming fieldtrip will be sent home prior to the actual fieldtrip, giving you the specific details. By signing below you give your permission for your child to participate in Academic/Residential upcoming events through out the entire 2010- 2011 school year. Should you NOT want your child to attend a certain event, please notify the School Secretary at (360) 418 – 4341 or (360) 696 6525 ext 4341 or your child's Student Life Counselor.

Please sign and return this form so your child may participate in off campus activities.

Se enviarán recordatorios con los detalles del caso a los padres con relación a las próximas excursiones. Su firma al pie de este documento servirá para dar a su hijo(a) el permiso de participar en los próximos eventos durante todo el año escolar 2011- 2012. En caso de que NO desee que su hijo(a) participe en un determinado evento, favor de avisar a la Secretaría de la escuela, llamando al (360) 418 – 4341 o al (360) 696 6525 ext 4341.

Favor de firmar y devolver esta planilla para que su hijo(a) pueda participar en dichos eventos fuera de la escuela.

Money for activities/outings may be:
El dinero necesario para dichos eventos o excursiones:

[ ] sent from home
(será enviado desde la casa)

[ ] taken from student's account
(deberá ser retirado de la cuenta del/de la estudiante)

_____
Student Name (Nombre del/de la estudiante)

_____
Signature of parent/guardian/student (Firma del padre, madre, tutor o estudiante) — Date (Fecha)

Consent to be Interviewed by DLR

Consentimiento a entrevista con el DLR

Dear Parent/Guardians:

The Washington School for the Deaf is collaborating with the Department of Licensed Resources (DLR) to ensure all students are safe while at WSD. In order to gather information DLR interviews students and parents using a certified interpreter when needed.
This is a great opportunity for you and your student to be involved in supporting WSD. Your involvement is valuable. Below are sample DLR Questions for both parents and students.

Please sign the bottom of this consent if you give permission for DLR to interview you and/or your child and thank you for your help.

Estimados padres o tutores:

La Washington School for the Deaf está colaborando con el Departamento de recursos licenciados (Department of Licensed Resources (DLR)), a fin de asegurarse de que todos los estudiantes estén a salvo mientras se encuentren en la WSD. A fin de recoger la información pertinente, el DLR entrevista regularmente a los estudiantes y a sus padres. Se hace uso de un intérprete certificado durante las entrevistas y los apellidos de los estudiantes y/o sus padres no serán revelados.

Esta es una gran oportunidad para que usted y sus hijos estudiantes puedan ayudar a la WSD. Su intervención será valiosa e importante. A continuación podrá ver preguntas modelo tanto para los padres como para los estudiantes.

Favor de firmar al pie de este formulario su consentimiento para que el DLR pueda entrevistarle a usted y/o a su hijo(a) y agradecerles su ayuda.

SAMPLE DLR STUDENT QUESTIONS

- How long have you been going to school at WSD?
- Do you have a teacher or staff person you feel comfortable sharing your feelings with?
- Has this person ever helped you solve or work with your problems or concerns?
- Is it easy for you to contact your parents while you are at school? Are there rules that tell you when you cannot call your parents?
- What happens if someone breaks a safety rule?
- Are there fire drills at school and in the cottages?
- Have any staff or students ever made you feel uncomfortable or made physical or verbal threats toward you? If so, did you tell one of the staff about it?
- Do you feel safe here? Do you think other students are safe here?

SAMPLE DLR PARENT QUESTIONS

- How long has your child lived at the School for the Deaf? (residential program)
- What is your general impression on the level of care your child is receiving in the residential program?
- Do you have any health and safety concerns about the residential program at the School for the Deaf?
- Do you think your child or other children in the facility receive adequate supervision while living in the residential program and the School for the Deaf? If no, what are your concerns?
- Do you feel that the residential program at the School for the Deaf keeps you informed on what's happening with your child?

PREGUNTAS MODELO PARA LOS ESTUDIANTES

- ¿Desde cuándo has estado estudiando en la WSD?
- ¿Cuentas con algún maestro o miembro del personal con el que te sientes cómodo y en confianza para compartir cómo te sientes?
- ¿Te ayudó alguna vez esta persona a resolver o tratar algún problema o preocupación?
- ¿Te es fácil comunicarte con tus padres mientras estás en la escuela? ¿Existe algún reglamento que te prohiba llamar a tus padres?
- ¿Qué sucede si alguien viola las normas de seguridad?
- ¿Existen simulacros de incendio en la escuela y los cottages?
- ¿Alguna vez algún miembro del personal o estudiante te hizo sentir miedo o te amenazó física o verbalmente? En caso afirmativo, ¿reportaste el hecho al personal?
- ¿Te sientes seguro(a) aquí? ¿Crees que los demás estudiantes están seguros aquí?

PREGUNTAS MODELO DEL DLR PARA LOS PADRES

- ¿Desde cuándo su hijo(a) ha residido en la Washington School for the Deaf? (internado)
- ¿Cuál es su impresión general sobre la calidad de atención que su hijo(a) está recibiendo en el internado?
- ¿Tiene usted alguna preocupación relacionada con la salud o la seguridad de su hijo(a) como interno(a) de la Washington School for the Deaf?
- ¿Considera usted que su hijo(a) y los otros estudiantes de la escuela reciben una supervisión adecuada en el internado de la Washington School for the Deaf? Si no, ¿qué le preocupa?
- ¿Piensa usted que la Washington School for the Deaf le mantiene debidamente informado(a) acerca del estado de su hijo(a)?

☐ I give permission for my child, _____, to be interviewed by the Department of Licensed Resources.
Doy mi autorización para que mi hijo(a), , sea entrevistado(a) por el Department of Licensed Resources.

☐ I am willing to be interviewed by the Department of Licensed Resources.
Estoy dispuesto a ser entrevistados por el departamento de licencia recursos.

_____

Parent/Guardian Signature — Date
Firma del padre/madre o tutor — Fecha

RESIDENTIAL STUDENTS ONLY

SÓLO PARA LOS ESTUDIANTES INTERNOS

Transportation Authorization

Entendimiento y permiso de uso de transporte aéreo o por

Student Name (Please Print)
Nombre del estudiante (favor de escribir con letra de molde)

Student's Flight City/Bus Stop
Ciudad destino del estudiante / Parada final de autobús

All students under the age of 18 must be supervised by an adult until the student boards WSD provided transportation. Minor children may not wait at the airport/bus stop unattended. Parents/Guardians are responsible for meeting the plane/bus at the designated gate/stop at the scheduled time of arrival. Parents/Guardians may designate another adult to drop off/pick up their child.
Todos los estudiantes menores de 18 años deben estar supervisados por un adulto hasta que el estudiante placas WSD proporcionada transporte. Los hijos menores no pueden esperar en la parada de autobús del aeropuerto desatendida. Los padres y tutores son responsables de la reunión el plano/bus en la puerta/parada designada en la hora de llegada prevista. Los padres y tutores pueden designar otro adulto a soltar apagado/recoger su hijo.

1. I authorize the following adult individuals to pick up my child.
Autorizo a las siguientes personas adultas a recoger a mi hijo(a), en caso de yo no poder hacerlo o en caso de no hallarme en la puerta o parada de llegada:

Name Nombre | Relationship to student Relación o parentesco con el estudiante | Phone Number Número de teléfono

Name Nombre | Relationship to student Relación o parentesco con el estudiante | Phone Number Número de teléfono

Name Nombre | Relationship to student Relación o parentesco con el estudiante | Phone Number Número de teléfono

Name Nombre | Relationship to student Relación o parentesco con el estudiante | Phone Number Número de teléfono

2. I ***will not allow*** the following person(s) to pick up my child: *No permitiré* a la(s) siguiente(s) persona(s) recoger a mi hijo(a):

Name(s) Nombre(s) _____

No child under the age of 18 will be left alone at a gate/stop.
FOR THE SAFETY OF STUDENTS, PARENTS WILL BE ASKED TO SIGN A RELEASE AT THE TIME OF PICK UP. PLEASE APPROACH THE TRANSPORTATION MONITOR/AIRLINE REPRESENTATIVE TO SIGN OUT YOUR CHILD. BE PREPARED TO SHOW IDENTIFICATION.

I understand that I may choose one flight/bus stop. I understand the Washington School for the Deaf will transport my child from/to Vancouver, Washington only to the stated above designated city/stop on weekend travel dates. (Please refer to school calendar for specific travel dates).
I understand that WSD will not alter this destination without prior approval from the Transportation Secretary or Superintendent's office. WSD only transports students on their regularly scheduled plane/bus. If my child is not traveling on WSD's provided plane/bus, I must fill out a
Release Form and submit it to the Transportation Secretary by TUESDAY AT 5:00 PM. I understand I will have to provide my child's
transportation and pay for the cost.

By signing this AUTHORIZATION, I acknowledge that I have read, understand and agree with its contents and that I am responsible for meeting my child on time.

Ningún menor de 18 años será dejado solo en la puerta o parada de llegada.
PARA SEGURIDAD DE LOS ESTUDIANTES, SE PEDIRÁ A LOS PADRES O TUTORES FIRMAR UN DESCARGO AL MOMENTO DE RECOGER A SUS HIJOS. FAVOR DE ACERCARSE AL SUPERVISOR DE TRANSPORTE O REPRESENTANTE DE LA LÍNEA AÉREA PARA FIRMAR EL RECIBO DE SU HIJO(A). ESTÉ PREPARADO PARA MOSTRAR UNA IDENTIFICACIÓN.

Entiendo que podré escoger una puerta de llegada o una parada de autobús. Queda entendido que la Washington School for the Deaf transportará a mi hijo(a) desde o hasta Vancouver, Washington sólo a las indicadas ciudades o paradas de autobús en las fechas de viaje de fines de semana. (Favor de consultar el calendario escolar para las fechas exactas de los viajes) Queda entendido que la WSD no alterará este destino sin la aprobación del/de la Secretario(a) de transporte o la Superintendencia. La WSD sólo transporta a los estudiantes en sus viajes en avión o autobús regularmente programados. En caso de que mi hijo(a) no vaya a viajar en el avión o autobús provisto por la WSD, deberé llenar un formulario de descargo y presentarlo al/a la Secretario(a) de transporte ANTES DEL MARTES A LAS 5:00 P.M. Queda entendido que tendré que hacer arreglos para el transporte de mi hijo(a), a mi propia costa. Entiendo también el hecho de que mi hijo(a) será transportado(a) únicamente hasta la ciudad o parada convenida.

AL FIRMAR ESTE FORMULARIO DE ENTENDIMIENTO Y PERMISO, admito haber leído, entendido y acordado su contenido y ser responsable de recoger puntualmente a mi hijo(a) en su ciudad o parada de destino.

Signature of Parent/Guardian
Firma del padre, madre o tutor

Date
Fecha

Home number
Número de teléfono residencial

Work number
Número de teléfono del trabajo

Cell number
Número del teléfono celular

Pager number / email address
Número del buscapersonas / dirección de correo electrónico

☐ **Check here if you received meal benefits last year.**

Attachment 10
Exhibit A

2012–13 HOUSEHOLD APPLICATION FOR FREE AND REDUCED PRICE MEALS

Complete, sign and return this application to your child's Business Office, Kay Pedisich, 611 Grand Blvd, Vancouver, WA 98661

1. List **all students** living with you that are attending school. If the student is a foster child, indicate this by placing an "x" in the appropriate box. Include any personal income received by the student and make an "x" in the correct box for how often it is received. If you have written a case number for any of your children, skip to **Section 4.** However, if you have written a case number only for the foster child and want to apply for all students in the household, you must proceed to **Section 2.**
If any child you are applying for is homeless (McKinney-Vento), or migrant, check the appropriate box. ☐ **Homeless** ☐ **Migrant**

Student's Last Name	Student's First Name	MI	Foster Child	Date of Birth	School	Grade	Student Income	Weekly	Every 2 Weeks	Twice a Month	Monthly	No Income	Does the student receive Basic Food, TANF, or FDPIR? If YES, you must list a case number.
							$						☐ Yes-Case # _____
							$						☐ Yes-Case # _____
							$						☐ Yes-Case # _____
							$						☐ Yes-Case # _____
							$						☐ Yes-Case # _____

2. **List the names of all other household members - Enter income and CHECK how often it is received. If you write a case number for another household member, skip to Section 4. However, if the case number is only for the foster child(ren), you must proceed to Section 3.**

Names of ALL other household members (do not include names of students listed above)	Foster Child	No Income	Earnings from work (before any deductions)	Weekly	Every 2 Weeks	Twice a Month	Monthly	Child Support, Alimony	Weekly	Every 2 Weeks	Twice a Month	Monthly	Pensions, Retirement, Social Security (SSI)	Weekly	Every 2 Weeks	Twice a Month	Monthly	Any Other Income Not Already Listed	Weekly	Every 2 Weeks	Twice a Month	Monthly	Does any household member receive Basic Food, TANF, or FDPIR? If YES, you must list a case number.
			$					$					$					$					
			$					$					$					$					
			$					$					$					$					
			$					$					$					$					
			$					$					$					$					

3. **Total Household Members (include all people living in your household):** _____
4. Signature and Social Security Number – I certify that all of the above information is true and correct and that all of the income is reported and/or the Basic Food or TANF/FDPIR case number is reported correctly. I understand that this information is being given for the receipt of federal funds; that school officials may verify the information on the application and that deliberate misrepresentation of the information may subject me to prosecution under applicable state and federal laws.

Printed Name of Adult Household Member

Mailing Address | Street Address

City & Zip Code | Home Phone | Work/Cell Phone

Last 4 digits of your social security number: _____
OR, if you do not have a social security number, check the box: ☐

Adult Household Member Signature | Date

Email Address

5. Children's Racial and Ethnic Identities (Optional)

Mark one or more racial identities:
- ☐ Asian
- ☐ White
- ☐ Black, or African American
- ☐ American Indian or Alaska Native
- ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Islander
- ☐ Other

Mark one ethnic identity:
- ☐ Hispanic or Latino
- ☐ Not Hispanic or Latino

6. Other Benefits – Please check the box in front of the programs that you wish to share your child's free or reduced price meal status with in order to qualify for a reduction in fees: ☐ ☐ ☐

By signing below, I allow the information contained on this application to be shared with the other program(s) I have indicated.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Privacy Act Statement: This explains how we will use the information you give us. The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not, we cannot approve your child for free or reduced-price meals. You must include the last four digits of the social security number of the adult household member who signs the application. The last four digits of the social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (Basic Food), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program, or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced-price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs. We MAY share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

SCHOOL USE ONLY
DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

ANNUAL INCOME CONVERSION: Weekly x 52; Every Two Weeks x 26; Twice a Month x 24; Monthly x 12. Do NOT convert to annual income unless household reports multiple pay frequencies.

LEA APPROVAL/DENIAL
- ☐ Basic Food/TANF/FDPIR Household
- ☐ Income Household
- ☐ Foster Child (categorically free)

Total Household Size _____
Total Household Income $_____
Income Approved by (check one): ☐ weekly ☐ every two weeks ☐ twice a month ☐ monthly ☐ annual

APPLICATION APPROVED FOR:
- ☐ Free Meals
- ☐ Reduced-Price Meals

APPLICATION DENIED BECAUSE:
- ☐ Income Over Allowed Amount
- ☐ Incomplete/Missing Information
- ☐ Other: _____

Date Notice Sent _____ Signature of Approving Official _____ Date _____