

- ☐ Primaria Ellsworth
 ☐ Primaria Harmon
 ☐ Primaria Ranch
 ☐ Primaria Simonton
 ☐ Academia Tradicional Combs
☐ Secundaria Combs (7-8 grado)
☐ Preparatoria Combs
☐ Preparatorio de Kinder
☐ Prescolar POPS

Nombre del estudiante _____ Grado _____ Fecha de Nacimiento _____

(Nombre como aparece en el acta de nacimiento.)

Nombre que el estudiante prefiere (si el nombre es diferente del legal) _____

☐ Masculino
☐ Femenino
 Lugar de Nacimiento _____

Antecedentes <input type="checkbox"/> No Hispano/a o Latino/a Étnicos: <input type="checkbox"/> Hispano/a o Latino/a	Raza (Seleccione uno o más) <input type="checkbox"/> Anglo-Am <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Indio Am/de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa Hawaiana/Isleño <input type="checkbox"/> Asia
---	---

Marque la relación del estudiante:
Vive con
Lo(a) puede recoger
Enviar correo

Padre			
Madre			
Otro _____			
Otro _____			

Información de la escuela anterior

 Nombre _____
 Domicilio _____
 Ciudad _____ Estado _____
 Código Postal _____ Teléfono _____

Incluyan grados de secundaria y Transcripciones para Preparatoria
Información de padres:

Padre Padrastrós Adoptivos Guardián (Círculo Uno)

Nombre de Padre _____

Domicilio del Padre _____

Número de teléfono de la casa _____

Empleo del Padre _____

Celular _____ Número de teléfono del trabajo _____

Correo Electrónico _____

Padre Padrastrós Adoptivos Guardián (Círculo Uno)

Nombre de Madre _____

Domicilio de Madre _____

Número de teléfono de la casa _____

Empleo de Madre _____

Celular _____ Número de teléfono del trabajo _____

Correo Electrónico _____

Lista de los nombres de las personas que pueden asumir la responsabilidad si el padre/tutor no está disponible en caso de una emergencia o enfermedad. Estas personas deben ser conscientes de que ellos serán contactados si usted no puede ser localizado.

Nombre _____ Casa _____ Celular _____ Trabajo _____ Relación _____

Nombre _____ Casa _____ Celular _____ Trabajo _____ Relación _____

Hay alguna persona quien no debe recoger a su niño/s? _____

Este estudiante ha sido identificado para lo siguiente o a sido colocado en: <table border="1"> <tr> <th></th> <th>SI</th> <th>NO</th> </tr> <tr> <td>I.E.P. Categoría</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Plan 504 Colación</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Título I</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Grado Retenido ____</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Programa de Migrante</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>ESL/ELD</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Programa superdotado</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		SI	NO	I.E.P. Categoría			Plan 504 Colación			Título I			Grado Retenido ____			Programa de Migrante			ESL/ELD			Programa superdotado			PREGUNTAS ¿Cuál idioma se habla principalmente en su hogar sin considerar el idioma que habla el estudiante? ¿Cuál idioma habla el estudiante con mayor frecuencia? ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante? Mi estudiante está suspendido o expulsado de otra escuela o distrito <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No NOTAS:
	SI	NO																							
I.E.P. Categoría																									
Plan 504 Colación																									
Título I																									
Grado Retenido ____																									
Programa de Migrante																									
ESL/ELD																									
Programa superdotado																									

Yo, afirmo que como padre/tutor, toda la información dada en esta aplicación es verdadera y correcta. Yo entiendo que es mi responsabilidad de mantener esta información al tanto y estoy de acuerdo de notificar a la escuela de algún cambio a la información.

Firma de Padre _____ Fecha _____

 ¿Ha sido su estudiante matriculado en el distrito de J.O. Combs? ☐ Si o ☐ No ¿Si sí, en qué escuela? _____

 ¿Ha sido su estudiante inscrito en una escuela de Arizona? ☐ Si o ☐ No ¿Si sí, en qué escuela? _____

Información de hermanos *(Por favor escriba nombre, fecha de nacimiento, grado, y escuela):*

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____ Escuela _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____ Escuela _____

Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____ Grado _____ Escuela _____

District Use Only:

District ID# _____	Grade/Section _____	Immunization Record _____	Accepted by _____
Enrollment Date _____	Teacher _____	Proof of Residency _____	Date Entered in _____
Entry Date _____	Original Birth Cert _____	Photo ID _____	Schoolmaster _____
Entry Code _____	W/D Form _____	Custody Papers _____	
Transcripts/Grades _____	Bookstore _____	Health Office _____	Entered by _____

Historia Médica

Debe ser llenado por el padre:

Para los Nuevos Estudiantes

Nombre del estudiante _____ Escuela _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: M F Grado _____

Necesitamos la siguiente información para planificar un programa apropiado para su hijo/a para estar preparados para cualquier situación de emergencia. Esta información puede ser compartida con empleados de la escuela al ser necesario.

A. Historia Médica (marque el que aplica a su hijo/a)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Trastorno de déficit de atención
<input type="checkbox"/> Asma
Causado por:
<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Ejercicio
<input type="checkbox"/> Virus
<input type="checkbox"/> Ceguera al color
<input type="checkbox"/> Problemas dental
<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Desmayos
<input type="checkbox"/> Hemorragia nasal frecuente
<input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuente | <input type="checkbox"/> Fiebre de heno
<input type="checkbox"/> Problemas de audición
<input type="checkbox"/> Pérdida severa de audición
<input type="checkbox"/> cirugía del oído
<input type="checkbox"/> usa audífonos
<input type="checkbox"/> solo cuando tiene resfriados
<input type="checkbox"/> Problema del corazón
<input type="checkbox"/> Hemofilia
<input type="checkbox"/> Problema de los riñones o intestinal
<input type="checkbox"/> Problema ortopédico (especifique abajo)

_____ | <input type="checkbox"/> Discapacidad física
<input type="checkbox"/> Convulsiones (sin fiebre)
<input type="checkbox"/> Dificultad con el habla
<input type="checkbox"/> Problema de la vista:
<input type="checkbox"/> Pérdida severa de visión
<input type="checkbox"/> cirugía del ojo
<input type="checkbox"/> usa lentes de contacto o espejuelos

Otro _____

_____ |
|--|--|---|

B. Alergias: plantas _____ comidas _____ abejas _____ insectos _____ drogas _____ animales _____ otro _____
 Por favor describa la reacción alérgica: _____

C. ¿Necesita medicina para alergias? ¿En la casa? Si _____ No _____ El nombre de la medicina: _____
 En la Escuela? Si _____ No _____ (Si sí, por favor Solicite una forma de **Permiso de Medicación**.)
¿Es necesaria la medicación para alguna otra condición?
 En Casa? Si _____ No _____ El nombre de la medicina: _____
 En la Escuela? Si _____ No _____ (Si sí, por favor Solicite una forma de **Permiso de Medicación**.)

D. ¿Hubo problema de salud e/o discapacidad físico de nacimiento? Si _____ No _____ La edad cuando se le hizo el diagnóstico _____
 El Diagnóstico: _____
 Nombre los médicos o clínicas que dieron el diagnóstico: _____

E. Nombre y fechas de las cirugías (operaciones), lesiones o hospitalizaciones graves: _____

F. ¿Tiene su hijo/a problemas de salud que puedan afectar la asistencia/ actividades escolares? Si tiene problemas,
 ¿Cuáles son? _____

G. El examen de los ojos más reciente El examen dental más reciente El examen médico más reciente	La fecha _____ La fecha _____ La fecha _____	Doctor _____ Dentista _____ Doctor _____
--	--	--

H. ¿Tiene algo que decirnos de su niño/a que usted cree les pueda ayudar a los empleados de la escuela para mejor comprender y trabajar con él/ella? _____

Fecha

Firma del padre o tutor

Teléfono



Estado de Arizona
Departamento de Educación
Servicios de Aprendizaje del Inglés

Idioma Principal en el Hogar excluyendo el inglés (PHLOTE)

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar

(Efectivo el 4 de abril de 2011)

Preguntas en conformidad con R7-2-306(B)(1), (2)(a-c) del Reglamento de la Junta Directiva.

Las respuestas que proporcione a las preguntas siguientes serán usadas para determinar si se evaluara la competencia en el idioma inglés de su hijo(a).

1. ¿Cuál idioma se habla principalmente en su **hogar** sin considerar el idioma que habla el estudiante? _____
2. ¿Cuál idioma habla el estudiante con mayor frecuencia? _____
3. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió el estudiante? _____

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Año de escuela: _____

Firma del padre o tutor: _____ Fecha: _____

Distrito: **Distrito Escolar Unificado de J.O. Combs #44**

- ☐ Primaria Ellsworth ☐ Primaria Harmon ☐ Primaria Ranch ☐ Primaria Simonton
☐ Academia Tradicional Combs
☐ Secundaria Combs (7-8 grado) ☐ Preparatoria Combs ☐ Academia Preescolar
☐ Preparatorio de Kinder ☐ Prescolar POPS

Home Language Survey to:

☐ Student Cumulative Folder (Original)

☐ Site ELL Coordinator (Copy)

☐ Dean of Instructional Services (Copy)

Student I.D. _____ SAIS I.D. _____

In SAIS, please indicate the student's home or primary language.

Rev 3/16/12

Forma de Elegibilidad Para la Educacion Migrante

- ☐ Primaria Ellsworth ☐ Primaria Harmon ☐ Primaria Ranch ☐ Primaria Simonton ☐ Academia Tradicional Combs
☐ Secundaria Combs (7-8 grado) ☐ Preparatoria Combs ☐ Academia Preescolar
☐ Preparatorio de Kinder ☐ Prescolar POPS

Nombre de Estudiante _____ **Grado Escolar** _____

Sus niños podrían calificar para los servicios de programa Educacional Migrante. Una persona del programa Migrante le visitará si cumple con los requerimientos de elegibilidad.

Se ha(n) cambiado de casa usted, su esposo(a) o sus hijos a este distrito escolar durante los últimos 12 meses en busca de trabajo en el área de agricultura? ☐ Sí ☐ No (Si su respuesta es NO, favor de no continuar esta forma.)

Padre _____ Ocupación _____

Madre _____ Ocupación _____

Domicilio _____

Teléfono de Casa _____ Celular _____

Nombre de Contacto Alternativo y Número de Teléfono _____

Para calificar para el de programa Educacional Migrante, esta usted o alguien de su familia que ha(n) trabajado en la agricultura, o ha estado buscando trabajo en cualquiera de las siguientes áreas?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trabajo en un vivero | <input type="checkbox"/> Regando árboles y plantas |
| <input type="checkbox"/> Piscando fruta o verduras | <input type="checkbox"/> Trabajo de huertas |
| <input type="checkbox"/> Trabajo en granja, campo, o rancho | <input type="checkbox"/> Cultivando/cosechando árboles |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de lechería | <input type="checkbox"/> Empacando o procesando frutas/verduras |
| <input type="checkbox"/> Operando maquinaria (tractores) | |

Cuestionario de Residencia de Estudiante

- ☐ Primaria Ellsworth ☐ Primaria Harmon ☐ Primaria Ranch ☐ Primaria Simonton ☐ Academia Tradicional Combs
☐ Secundaria Combs (7-8 grado) ☐ Preparatoria Combs ☐ Academia Preescolar
☐ Preparatorio de Kinder ☐ Prescolar POPS

Este cuestionario es con la intención de explicar el acto de la ayuda McKinney-Vento Assistance Act, U. S. C. A. 42 sección 11302 (a). Sus respuestas nos ayudaran a determinar información residencial necesaria para servicios potenciales para el estudiante.

Nombre del estudiante _____
Apellido Primer Segundo

☐ Masculino ☐ Femenino Fecha de Nacimiento _____ Edad _____

1. Actualmente, donde esta viviendo el estudiante? (Marca la caja que aplica)
- ☐ En un refugio de emergencia.
 - ☐ En un Motel, automóvil, el parque o campamento.
 - ☐ Con otra familia en una casa o apartamento.
 - ☐ Con amigos o parientes que no sean guardianes legales.
 - ☐ Esperando por guardián legal.
 - ☐ **Si ninguna elección le aplica. No es necesario continuar con esta forma si marco la ultima elección en pregunta numero uno.**

2. El estudiante vive con?
- ☐ Un Padre (Mamá o Papá)
 - ☐ Los dos Padres (Mamá y Papá)
 - ☐ Un Padre (Mamá o Papá) y otro adulto que no es guardián legal
 - ☐ Un pariente, amigo, o otro adulto que no es padre (Mamá o Papá) o que no es guardián legal

Nombre de Padres/Guardián legales si disponible _____

Domicilio de residencia _____

Domicilio de correspondencia _____

Número de teléfono _____

Nombre de Contacto Alternativo y Número de Teléfono _____

Firma de Padre/ Guardián Legal _____ Fecha _____

McKinney-Vento Survey to:

- ☐ Student Cumulative Folder (Original) ☐ McKinney-Vento Liaison (Copy)

Forma de Transportación

☐ Primaria Ellsworth
 ☐ Primaria Harmon
 ☐ Primaria Ranch
 ☐ Primaria Simonton
 ☐ Academia Tradicional Combs
☐ Secundaria Combs (7-8 grado)
 ☐ Preparatoria Combs
 ☐ Estudiante de Seminario
 ☐ Prescolar POPS

FECHE DE INICIO TRANSPORTE _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE _____

Apellido
Primer
Segundo

NUMERO DE CASA Y CALLE _____ APT. O # DE ESPACIO _____

DIRECCION POSTAL SI DIFIERE DEL ANTERIOR _____

CIUDAD, ESTADO Y CODIGO POSTAL _____ SUBDIVISION _____

 TELÉFONO _____ SEXO ☐ HOMBRE ☐ MUJER

GRADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

MADRE _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____

PADRE _____ TELÉFONO DE TRABAJO _____

NOMBRE DE CONTACTO DE EMERGENCIA _____

 VERIFIQUE SI NO REQUIEREN TRANSPORTE PARA ☐ AM ☐ PM

NOTA: LA VERIFICACION DE AM O PM ARRIBA NO ES REQUERIDA Y NO HACE QUE SU NINO/A SEA INELEGIBLE PARA PASEAR EN EL AUTOBUS. USTED PUEDE LLAMAR AL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACION PARA PROGRAMAR A SU NINO/A EN UNA RUTA EN CAULQUIER MOMENTO.

EL TRANSPORTE DE ESTEDIANTES QUE ASISTEN EN UNA INSCRIPCION ABIERTA ES LA RESPONSABILIDAD DEL PADRE/GUARDIAN.

INFORMACIÓN ALTERNATIVA DE TRANSPORTE (SI FUERA NECESARIO)

INFORMACIÓN PARA RECOGER (DIRECCIÓN DEL CUIDADOR O NOMBRE DEL LUGAR DE CUIDADO)

PERSONA PARA CONTACTAR _____ TELÉFONO _____

 MARCAR LOS DIAS QUE APLICAN ☐ LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES

INFORMACIÓN DE ENTREGA (DIRECCIÓN DEL CUIDADOR O NOMBRE DEL LUGAR DE CUIDADO)

PERSONA PARA CONTACTAR _____ TELÉFONO _____

 MARCAR LOS DIAS QUE APLICAN ☐ LUNES ☐ MARTES ☐ MIÉRCOLES ☐ JUEVES ☐ VIERNES

OFFICE USE ONLY:

DRIVER _____ ROUTE _____ P/U TIME _____ D/O TIME _____

BUS STOP _____

Nombre del Estudiante *(Favor escribir el nombre como esta en la Acta de Nacimiento o en los documentos de Adopción.)*

Apellido	Primer	Segundo
----------	--------	---------

Fecha de Nacimiento	Grado
---------------------	-------

La Última Escuela que Asistió _____ # de Teléfono de Escuela _____ # de Fax de Escuela _____

Domicilio de la última escuela

El dicho estudiante se ha matriculado en nuestra escuela. Por favor expida los registros siguientes:

AIMS & Standardized Test Results	Transcript of Grades	Attendance Records
Special Education Records/504 Plan	Withdrawal Grades	Copy of Birth Certificate
Psychological Report/Eligibility	Health Card/Immunizations	

**** Por favor envíe registros a la escuela indicada abajo ****

<input type="checkbox"/> Ellsworth Elementary School 38454 N. Carolina Ave. San Tan Valley, AZ 85140 480-882-3520 480-987-8250 (fax)	<input type="checkbox"/> Jack W. Harmon Elementary School 39315 N. Cortona Dr. San Tan Valley, AZ 85140 480-882-3500 480-888-9143 (fax)
<input type="checkbox"/> Kathryn Sue Simonton Elementary School 40300 N. Simonton Blvd. San Tan Valley, AZ 85140 480-987-5330 480-987-5281 (fax)	<input type="checkbox"/> Ranch Elementary School 43521 N. Kenworthy Ave. San Tan Valley, AZ 85140 480-882-3530 480-655-6412 (fax)
<input type="checkbox"/> Combs Traditional Academy 37327 N. Gantzel Rd. San Tan Valley, AZ 85140 480-987-5320 480-987-5009 (fax)	<input type="checkbox"/> J.O. Combs Middle School 37611 N. Pecan Creek Dr. San Tan Valley, AZ 85140 480-882-3510 480-888-8049 (fax)
<input type="checkbox"/> Combs High School 2505 E. Germann Rd. San Tan Valley, AZ 85140 480-882-3540 480-987-0837 (fax)	<p>* De acuerdo con los derechos educativos de la Familia y Acta de Privacidad de 1974 y la Ley del Estado de Arizona: El permiso del padre de familia ya no es requerido, cuando los registros son solicitados por el personal escolar autorizado.</p>

* Firma del Padre/Guardián

Fecha _____

Office Use Only:	
Enroll Date _____	Rec'd Request _____
Entry Date _____	Method _____
Date Rec'd _____	

- ☐ Primaria Ellsworth ☐ Primaria Harmon ☐ Primaria Ranch ☐ Primaria Simonton
☐ Academia Tradicional Combs
☐ Secundaria Combs (7-8 grado) ☐ Preparatoria Combs ☐ Academia Preescolar
☐ Preparatorio de Kinder ☐ Prescolar POPS

PUBLICACIÓN de INFORMACIÓN de ARCHIVO de ESTUDIANTE (F.E.R.P.A.):

Durante el año escolar, empleados de Distrito pueden compilar información no confidencial de archivo de estudiante especificada abajo.

De acuerdo con los Derechos Educativos y las escuelas del Acto de privacidad pueden revelar, sin el consentimiento, "guía" información tal como un nombre de estudiante, la dirección, el número de teléfono, la fecha y el lugar de nacimiento, los honores y los premios, lucen la participación (inclusive la altura y el peso de atletas) y las fechas de asistencia.

Si usted no quiere cualquier ni toda la información debajo designado acerca de su hijo/hija para ser liberada a ninguna persona ni la organización sin su prioridad firmado y fechado el consentimiento escrito, usted debe notificar el Distrito en la escritura cancelando cualquier o todas las áreas siguientes, firmando la forma en el fondo de esta página, y lo volviendo al Director, dentro de dos (2) las semanas de recibir. Si el Distrito de la Escuela no recibe esta notificación de usted dentro del tiempo prescrito, se asumirá que su permiso se da a liberar su hijo's/hija's información designada de guía.

Restrinja por favor la liberación de información designada como información de guía concerniendo (**el nombre de estudiante – por favor impresión legiblemente**) _____ como designado (☒) abajo:

Los tipos de la Liberación ☒:

- ☐ No publicar información escuela-ancho (las listas de honores, el boletín, los anuncios, etc.)
☐ No publicar información distrito-ancho (boletín de Distrito, las listas de honores, etc.)
☐ No publicar información por toda la comunidad (periódico, la radio, la televisión, etc.)
☐ No publicar información en sitios web de Distrito (fotografías de estudiante no serán identificadas por el nombre)
☐ No publicar información a ramas ni colegios militares.

Los tipos de Información (no publicar -☒):

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nombre | <input type="checkbox"/> Dirección | <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico |
| <input type="checkbox"/> La fecha, el lugar de nacimiento | <input type="checkbox"/> Fotografías | <input type="checkbox"/> Las fechas de asistencia | |
| <input type="checkbox"/> Escuela mas recientemente atendido | <input type="checkbox"/> Honores/concede | <input type="checkbox"/> Posición de matriculación | |
| <input type="checkbox"/> Premios / Honores | <input type="checkbox"/> La mayoría de las escuelas recientes que asistiero | | |
| <input type="checkbox"/> La participación en deporte/actividades | <input type="checkbox"/> Peso y a altura (miembros de equipo atléticos solamente) | | |

(Imprima el nombre de Padre)

(Imprima el nombre del Estudiante)

(Firma de Padre)

(Firma del Estudiante)

(Fecha)



Departamento de Educación de Arizona
Formulario de Documentación de Residencia en Arizona

Nombre del Estudiante _____ Nombre de Escuela _____

Distrito Escolar o Escuela Chárter _____

Padre/Tutor Legal _____

Como el padre del estudiante o representate legal, doy fe de que soy residente del estado de Arizona y presento como prueba de esta declaración copia del siguiente documento que muestra mi nombre y la dirección residencial o la descripción física de la propiedad donde reside el estudiante:

- ___ Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo
- ___ Pasaporte válido de los EE. UU.
- ___ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- ___ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- ___ Contrato de renta de casa/residencia
- ___ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- ___ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- ___ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- ___ Talón del cheque de paga
- ___ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- ___ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norte Americana.
- ___ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.

Firma del padre/tutor legal

Fecha



Estado de Arizona Declaración Jurada de Residencia Compartida

Juro o afirmo soy un residente del Estado de Arizona y que las siguientes personas viven conmigo en mi residencia, se describe de la siguiente manera:

Las personas que viven con migo:

Ubicación de me residencia:

Yo presento en apoyo de esta declaración una copia del siguiente documento que muestra mi nombre y dirección de residencia actual o descripción física de mi propiedad.

Licencia de conducir valida del Estado de Arizona, tarjeta de identificación de Arizona o registro de vehículo

- ___ Pasaporte válido de los EE. UU.
- ___ Escritura inmobiliaria o documentos de hipoteca
- ___ Recibo de pago de impuestos sobre la propiedad
- ___ Contrato de renta de casa/residencia
- ___ Factura de cuenta sobre el uso de agua, electricidad, gas. Cable de TV, o teléfono
- ___ Factura de tarjeta de crédito o de banco
- ___ Copia de la forma W-2 sobre declaración de ingresos
- ___ Talón del cheque de paga
- ___ Certificado de inscripción u otra identificación emitida por una tribu indígena reconocida que contiene una dirección de Arizona.
- ___ Documentación de una agencia estatal, gobierno federal (Administración de Seguro Social, Administración de Veteranos, Departamento de Seguridad Económica de Arizona) o agencia gubernamental de alguna tribu nativa Norteamericana.
- ___ Actualmente no puedo proporcionar ninguno de los documentos mencionados. Por lo tanto, he proveído una declaración original, firmada y notariada por un residente de Arizona que da fe de que he establecido residencia en Arizona con la persona que firma esta declaración.

Nombre impreso del declarante: _____

Firma del declarante: _____

Acknowledgement

Estado de Arizona
Condado de Maricopa

Lo anterior fue reconocido ante me este ____ día de _____, 20____,
Por _____.

Notario Publico

Mi comisión se vence: _____