

Distrito Escolar Unificado de J.O. Combs #44

Formulario de Inscripción

School Year _____

- 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	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Información de la escuela anterior

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

Incluyan grados de secundaria y Transcripciones para Preparatoria

Información de padres:

Padre Padrastros Adoptivos Guardián (Circulo Uno)

Nombre de Padre _____
 Domicilio del Padre _____
 Numero de teléfono de la casa _____
 Empleo del Padre _____
 Celular _____ Numero de teléfono del trabajo _____
 Correo Electrónico _____
 Es el padre/guardian militar activo Si No

Padre Padrastros Adoptivos Guardián (Circulo Uno)

Nombre de Madre _____
 Domicilio de Madre _____
 Numero de teléfono de la casa _____
 Empleo de Madre _____
 Celular _____ Numero de teléfono del trabajo _____
 Correo Electrónico _____
 Es el padre/guardian militar activo Si No

Lista de los nombres de las personas que pueden asumir la responsabilidad si el padre/tutor no esta 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:	PREGUNTAS	
	SI	NO
I.E.P. Categoría		
Plan 504 Colacion		
Título I		
Grado Retenido		
Programa de Migrante		
ESL/ELD		
Programa superdotado		
	¿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 esta suspendido o expulsado de otra escuela o distrito <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	NOTAS:	

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 que escuela? _____
 ¿Ha sido su estudiante inscribió en una escuela de Arizona? Si o No ¿Si sí, en que 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 _____

Distrito Escolar Unificado JO Combs
Formulario Anual de Información Médica del

Estudiante INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE / PADRE
Nombre Legal del Niño: Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Domicilio Físico: Fecha de Nacimiento: Grado:
Madre / Nombre del Paso / Tutor:
Teléfono del Hogar: Teléfono del Trabajo: Teléfono Celular:
Padre / Paso / Nombre del tutor::
Teléfono de casa Teléfono de trabajo: Teléfono celular:
Dirección de correo electrónico de padre / madre / paso / tutor: El
niño reside con: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Guardián

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA		<i>(debe ser de 18 años de edad o más)</i>
<i>Proporcione 3 personas que asuman la responsabilidad de su hijo en caso de enfermedad o accidente hasta que se comunique con usted.</i>		
Nombre	Relación	Números de teléfono (H) ome, (W) ork, (C) ell
1.		(H) (W) (C)
2.		(H) (W) (C)
3.		(H) (W) (C)

INFORMACIÓN MÉDICA / SALUD DEL ESTUDIANTE			
Indique si su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones.		Por favor indique si su hijo tiene alergia. Por favor especifica.	
Asma		alimenticias	
Convulsiones(Tipo)		Ambiental	
Diabetes		Medicamentos / Medicamentos	
Enumere otras afecciones		Otra alergia	
Enfermedad reciente, hospitalización y / o cirugía. Proporcione fecha (s) y descripción (es).			
Medicamentos actuales (nombre y dosificación)			
Médico / proveedor de atención médica Nombre		Número de teléfono del proveedor	

<p>Hospital preferido _____</p> <p><i>En caso de enfermedad o lesión grave, entiendo que mi hijo será trasladado al hospital más cercano en ambulancia, de ser necesario, y se realizará tratamiento de emergencia. proporcionado hasta que se pueda contactar al padre o guardián ordenado por un tribunal legal. Cualquier gasto por transporte de emergencia y / o tratamiento será responsabilidad del padre o tutor legal ordenado por el tribunal.</i></p> <p>_____</p> <p>Firma del padre / tutor Fecha</p>	<p>Por favor marque una de las siguientes declaraciones y firme:</p> <p>_____ Doy autoridad al distrito / escuela para administrar la dosis recomendada de no aspirina (acetaminofeno) cuando miKG - 12* hijogrado tiene: ___ fiebre ___ dolor ___ otra</p> <p>_____ No le doy la autoridad del distrito / escuela para administrar la dosis recomendada de aspirina (paracetamol)</p> <p>_____</p> <p>Firma del padre / tutor Fecha</p>
---	--

Por favor vea el otro lado para conocer los procedimientos

Distrito Escolar Unificado JO Combs

Procedimientos de medicación del

Cuando es esencial para la salud de un niño que él / ella toma medicamentos durante el horario escolar: los

1. medicamentos recetados deben ser recetados por el médico del alumno y el formulario de consentimiento del padre debe estar firmado para administrar el medicamento en la escuela. Estos formularios de consentimiento están disponibles en la Oficina de Salud.
2. Los medicamentos con receta deben estar en el envase original de la farmacia, etiquetados con el nombre del estudiante, la fecha, el medicamento, la dosis, el tiempo que debe tomarse en la escuela y la duración del tratamiento. (Puede solicitar al farmacéutico que prepare una segunda botella para uso escolar).
3. El padre debe llevar el medicamento a la escuela. Los estudiantes no pueden transportar medicación.
4. Los estudiantes pueden llevar un inhalador de asma y / o un bolígrafo de alergia de emergencia con una receta actual del medicamento para el estudiante y un consentimiento para llevar el formulario que ha sido firmado por el padre / tutor. Estos formularios de consentimiento están disponibles en la Oficina de Salud.
5. La medicación se administrará en presencia de la enfermera de la escuela y / o asistente de salud, o en su ausencia, por la persona designada por el director de la escuela.
6. Todos los medicamentos de venta libre y / o no recetados deben ser aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos y deben venir en el envase original no caducado con la etiqueta y las instrucciones del paquete. El padre debe firmar un formulario de divulgación disponible a través de la Oficina de Salud y archivarlo con la enfermera de la escuela y / o el Asistente de Salud para que el medicamento sea administrado en la Oficina de Salud. Se requerirá una nota del médico para dar cualquier medicamento de venta libre y / o sin receta por más de 3 días.
7. Por lo general, no damos medicamentos en la escuela si solo se recetan 3 veces al día o menos a menos que el médico lo recete por un tiempo específico.
8. El uso de muletas y sillas de ruedas por parte de los estudiantes por una lesión requiere una nota del médico que indique la lesión y la duración estimada necesaria. Estos artículos deben ser provistos por el padre / tutor.



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 evaluará 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 Preescolar 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?

- Trabajo en un vivero
- Piscando fruta o verduras
- Trabajo en granja, campo, o rancho
- Trabajo de lechería
- Operando maquinaria (tractores)
- Regando árboles y plantas
- Trabajo de huertas
- Cultivando/cosechando árboles
- Empacando o procesando frutas/verduras

Questionario 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 _____

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 _____

Autorización para la Liberación de Registros de Estudiantes

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)	* 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.

* 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 -):

- Nombre Dirección Teléfono Dirección de correo electrónico
- La fecha, el lugar de nacimiento Fotografías Las fechas de asistencia
- Escuela mas recientemente atendido Honores/concede Posición de matriculación
- Premios / Honores La mayoría de las escuelas recientes que asistiero
- La participación en deporte/actividades 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 representante 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 válida 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 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.

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: _____