



2022-2023 Socioeconomic Information Form

CONFIDENTIAL

Student Name _____ Student Grade _____ Student Date of Birth _____

School Name _____ Student ID _____

Onalaska ISD is required to collect and report the socioeconomic status of each student to the Texas Education Agency for purposes of the annual state accountability ratings and for federal reporting. Please note that this form is not sent to the Texas Education Agency and that the income levels indicated for your family are not reported to the Texas Education Agency. Only the Economic Disadvantaged status of each student as determined by the information provided is reported to the Texas Education Agency.

SECTION A

Do you receive Supplemental Nutrition Assistance (SNAP)? ☐ Yes ☐ No

Do you receive Temporary Assistance to Needy Families (TANF)? ☐ Yes ☐ No

If you answered YES on either of the above, skip SECTION B and continue to the SIGNATURE section.

SECTION B (Complete only if all answers in SECTION A are NO)

How many members are in the household (include all adults and children)? _____

TOTAL YEARLY INCOME BEFORE DEDUCTIONS OF **ALL** HOUSEHOLD MEMBERS (check one box below):
Include wages, salary, welfare payments, child support, alimony, pensions, Social Security, worker's compensation, unemployment and all other sources of income **(before any type of deductions)**

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ \$0 – 21,590 | ☐ \$44,124 – 51,634 | ☐ \$74,168 – 81,678 | ☐ \$104,212 – 111,722 |
| ☐ \$21,591 – 29,101 | ☐ \$51,635 – 59,145 | ☐ \$81,679 – 89,189 | ☐ \$111,723 – 119,233 |
| ☐ \$29,102 – 36,612 | ☐ \$59,146 – 66,656 | ☐ \$89,190 – 96,700 | ☐ \$119,234 – 126,744 |
| ☐ \$36,613 – 44,123 | ☐ \$66,657 – 74,167 | ☐ \$96,701 – 104,211 | ☐ \$126,745 and above |

SIGNATURE Please check one of the following two boxes as appropriate.

In accordance with the provisions of the Protection of Pupil Rights Amendment (PPRA) no student shall be required, as part of any program funded in whole or in part by the U.S. Department of Education, to submit to a survey, analysis, or evaluation that reveals information concerning income (other than that required by law to determine eligibility for participation in a program or for receiving financial assistance under such program), without the prior written consent of the adult student, parent or legal guardian.

☐ I certify that all the information on this form is true and that all income is reported. I understand the school will receive federal funds and will be rated for accountability based on the information I provide.

☐ I choose not to provide this information. I understand that the school's disbursement of federal funds and accountability rating may be affected by my choice.

Parent/Guardian Name (Print)

Parent/Guardian Signature

Date

ADMINISTRATION OF PRESCRIBED MEDICATIONS:

On adoption of policies provided in Subsection (b) of the Texas Educational Code 21.914, the school district, it's Board of Trustees, and it's employees shall have immunity from civil liability from damages or injuries resulting from the administering of medication to a student if:

- (1) the school district has received a written request to administer the medication from the parent or legal guardian; and
- (2) when administering prescription medication, the medication appears to be in the original container and to be properly labeled.

The following information must be obtained before any medication may be given by school personnel.

Name of Student _____ Grade _____

Physical condition for which medication is given _____

Name of medication _____

Time to be given _____

(If at all possible, the school prefers all medications be given by the parents at home unless specifically ordered by a physician.)

Physician _____

Medication to be given until _____

All medication must be brought to school with this letter signed by parent or guardian.

Please complete this page and return it to the student's school.

SCHOOL ASTHMA ACTION PLAN

This plan is in accordance with new legislation, HB 1688, which passed during the 2001 Texas Legislative Session. This bill allows students to self-administer asthma medications while at school or school functions with permission from parents and physicians.

(To be completed at the beginning of each school year and kept on file with the school nurse or office of the principal)

Student's Name: _____ Grade: _____ DOB: _____

Teacher's Name: _____ School Year: _____

Parent/Guardian Name: _____

Home phone: _____ Address: _____

Work phone: _____

Emergency Contact Name: _____

Relationship: _____ Phone: _____

Physician: _____ Phone: _____

Other Physician: _____ Phone: _____

SELF-ADMINISTRATION OF ASTHMA MEDICATIONS:

- ☐ I have instructed _____ (student's name) in the proper way to use his/her medications. It is my professional opinion that _____ (student's name) should be allowed to carry and self-administer the following medications while on school property or at school-related events:

- ☐ Bronchodilator (Quick-relief medication):

Name: _____

Purpose: _____

Dosage: _____

When to use: _____

Can be repeated for severe breathing difficulty _____ times _____ minutes apart.

Call 911 or EMS if minimal or no improvement.

- ☐ Other medications:

Name: _____

Purpose: _____

Dosage: _____ When to use: _____

Additional instructions: _____

These medications are prescribed for the time period _____ until _____.

- ☐ It is my professional opinion that _____ (student's name) should **NOT** be allowed to carry and self-administer any of his/her asthma medications while on school property or at school-related events.

Physician's Signature _____

Date _____

I agree with the recommendations of my child's physician as noted above and have informed my child that he/she may carry his/her asthma medications while on school property or at school-related events.

Parent/Guardian's Signature _____ Date _____

Please complete this page and return it to the student's school.

CORPORAL PUNISHMENT

Onalaska Independent School District has adopted corporal punishment as one of the consequences for misbehavior in accordance to the School District's Discipline Management Plan.

This letter is to inform you that corporal punishment can and will be used as a disciplinary management procedure for the District.

We do understand that some parents may have objections to corporal punishment as a discipline management tool.

If you do not wish for your child to be paddled or spanked, please check the appropriate box below.

However, if you choose for your child not to be paddled or spanked, an alternative punishment will be utilized in accordance with the District's Management Plan.

Please make a selection from the choices below:

____ I DO give my approval for my child to be paddled at school to correct behavior.

____ I DO NOT give my approval for my child to be paddled at school and understand that an alternative punishment will be used to correct behavior.

Parent/Guardian Signature: _____

Students Name: _____

Students Grade Level: _____ Date: _____

Please complete this page and return it to the student's school.

ONALASKA INDEPENDENT SCHOOL DISTRICT

Drug Testing Authorization

Student's Name _____ Date _____

Student's Social Security Number _____ - _____ - _____

Parent/Guardian Name _____

Parent/Guardian Phone Number _____

I understand fully that my performance in extra-curricular activities and the reputation of my school and my team are dependent, in part, on my conduct as an individual. I hereby agree to accept and abide by the standards, rules, and regulations set forth by the Onalaska Independent School District, Board of Trustees and the sponsors for the activity in which I participate.

I also authorize the Onalaska Independent School District to have a certified individual to test for drugs, and to release the information regarding the results to the Onalaska Independent School District.

This shall not be deemed a consent pursuant to the Family Education Right to Privacy Act for the release for the above information to the parties named above.

Listed below are the prescription drugs and dosages my son/daughter takes on a permanent basis. I understand that, depending on the type of medication and the circumstances, its use may have to be verified and discussed with the doctor who prescribed it. I give permission to the doctor(s) who have prescribed medication for the treatment of my daughter/son's medical condition(s) to verify the circumstances and discuss any effects that the medication(s) may have on my daughter/son's lab test results or school performance.

Drug Name _____ Dosage _____ Physician _____

Drug Name _____ Dosage _____ Physician _____

_____ My daughter/son does not take any prescription medication on a permanent basis.

Student's Signature _____ Date _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

NOTE: This document will be valid during this student's extracurricular participation career in Onalaska ISD. Should the above-mentioned condition(s) change, Onalaska ISD should be notified in a timely manner.



Formulario de Información Socioeconómica 2022-2023

CONFIDENCIAL

Nombre del estudiante _____ Grado del estudiante ____ ID del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Nombre de la escuela _____

*Se requiere que **Onalaska ISD** recolecte e informe el estado socioeconómico de cada estudiante a la Agencia de Educación de Texas la información se utilizara para las calificaciones anuales de rendición de cuentas estatales y de los informes federales. Tenga en cuenta que este formulario no se envía a la Agencia de Educación de Texas y que los niveles de ingresos indicados para su familia no se informan a la Agencia de Educación de Texas. Solo el estado de Desventaja Económica de cada estudiante según lo determinado por la información provista se informa a la Agencia de Educación de Texas.*

SECCIÓN A

¿Recibe Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)? ☐ Sí ☐ No

¿Recibe Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? ☐ Sí ☐ No

Si respondió Sí en cualquiera de las opciones anteriores, omita la SECCIÓN B y continúe con la sección FIRMA.

SECCIÓN B (Completa solo si todas las respuestas en la SECCIÓN A son NO)

¿Cuántos miembros hay en el hogar (incluyen todos los adultos y niños)? _____

INGRESOS TOTALES ANUALES ANTES DE LAS DEDUCCIONES DE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (marque uno de los cuadros a continuación):

Incluya salarios, salario, pagos de asistencia social, manutención de los hijos, pensión alimenticia, pensiones, Seguridad Social, compensación laboral, el desempleo y todas las otras fuentes de ingresos (antes de cualquier tipo de deducciones)

- | | | | |
|--|--|---|--|
| ☐ \$0 – 21,590 | ☐ \$44,124 – 51,634 | ☐ \$74,168 – 81,678 | ☐ \$104,212 – 111,722 |
| ☐ \$21,591 – 29,101 | ☐ \$51,635 – 59,145 | ☐ \$81,679 – 89,189 | ☐ \$111,723 – 119,233 |
| ☐ \$29,102 – 36,612 | ☐ \$59,146 – 66,656 | ☐ \$89,190 – 96,700 | ☐ \$119,234 – 126,744 |
| ☐ \$36,613 – 44,123 | ☐ \$66,657 – 74,167 | ☐ \$96,701 – 104,211 | ☐ \$126,745 and above |

FIRMA Por favor, marque uno de los siguientes dos cuadros según corresponda. De acuerdo con las disposiciones de la Enmienda de Protección de los Derechos de los Alumnos (PPRA) no se requerirá ningún estudiante, como parte de cualquier programa financiado en su totalidad o en parte por el Departamento de Educación de EE.UU., para enviar a una encuesta, análisis o evaluación que revele información sobre ingresos (aparte de la requerida por la ley para determinar la elegibilidad para participar en un programa o para recibir asistencia financiera bajo tal programa), sin el consentimiento previo por escrito del estudiante adulto, padre o tutor legal.

☐ Certifico que toda la información en este formulario es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos federales y que se evaluará su responsabilidad en función de la información que proporcione.

☐ Elijo no proporcionar esta información. Entiendo que el desembolso de fondos federales y la calificación de responsabilidad de la escuela pueden verse afectados por mi elección.

Nombre de padre/tutor
Fecha

Firma de padre/tutor

PLAN DE ACCIÓN DE ASMA ESCOLAR

Este plan es de conformidad con la nueva legislación, HB 1688, que durante la sesión legislativa de Texas de 2001. Este proyecto de ley permite que los estudiantes autoadministrar medicamentos de asma y al escuela o funciones de la escuela con el permiso de los padres y los médicos.

(A rellenar en el comienzo de cada año escolar y guardado el archivo con la enfermera de la escuela o la Oficina del principal)

Nombre del alumno: _____ Grado: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del profesor: _____ Año escolar: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Teléfono particular: _____ Dirección: _____

Teléfono del trabajo: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____

Relación: teléfono: _____

Médico: _____ Teléfono: _____

Otro médico: _____ teléfono: _____

AUTOADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS DE ASMA:

- ☐ He instruido _____ (nombre del alumno) en la forma adecuada de utilizar sus medicamentos.

Es mi opinión profesional que _____ (nombre del estudiante) deberían poder llevar y autoadministrar los siguientes medicamentos en propiedad de la escuela o en eventos relacionados con la escuela:

- ☐ Broncodilatador (medicamento de alivio rápido):

Nombre: _____

Propósito: _____

Dosis: _____

Cuándo utilizar: se puede repetir para respirar severa dificultad _____ veces _____ minutos aparte.

Llame al 911 o EMS si mínima o ninguna mejora.

- ☐ Otros medicamentos: _____

Nombre: _____

Propósito: _____

Dosis: cuándo se debe utilizar:

Instrucciones adicionales:

Estos medicamentos son recetados para el _____ de período de tiempo hasta _____.

- ☐ Es mi opinión profesional _____ (nombre del alumno) **no** deben permitirse llevar y cualquiera de sus medicamentos de asma autoadministrar en propiedad de la escuela o en escolares eventos.

Firma del médico _____

Fecha _____

Estoy de acuerdo con las recomendaciones del médico de mi hijo como se señaló anteriormente y han informado a mi hijo que pueden llevar sus medicamentos de asma mientras en propiedad de la escuela o en eventos relacionados con la escuela.

Signatura del padre/tutor _____ Date _____

Complete esta página y volver a la escuela del estudiante.

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE ONALASKA

Autorización de pruebas de drogas

Nombre del alumno _____ Fecha _____

de número de Seguridad Social de los alumnos _____ - _____ - _____

Padre/tutor nombre _____

Padre/tutor teléfono número _____

Comprendo plenamente que mi rendimiento en actividades extraescolares y la reputación de mi escuela y mi equipo dependen, en parte, mi conducta como individuo. Acuerdan aceptar y acatar las normas, reglas y reglamentos establecidos por el distrito escolar independiente de Onalaska, Junta de Síndicos y los patrocinadores de la actividad en la que participo.

También autorizo la Onalaska Independent School District, tener una persona certificada para probar drogas y la información sobre los resultados para el distrito escolar independiente de Onalaska.

Esto no se considerará un consentimiento de conformidad con el derecho de educación de la familia a ley de privacidad para la liberación de la información a las partes que aparece arriba.

A continuación figuran los medicamentos recetados y dosis que mi hijo se toma de forma permanente. Entiendo que, en función del tipo de medicamento y de las circunstancias, su uso puede tener que ser verificado y discutidas con el médico que lo había prescrito. El medico que ha prescrito medicamentos para el tratamiento de condiciones médicas de mi hija/hijo para verificar las circunstancias y discutir los efectos que puede tener la medicación en resultados de pruebas de laboratorio o el rendimiento escolar de mi hija/hijo tiene permiso.

_____ Nombre de drogas dosis _____ médico _____

_____ Nombre de drogas dosis _____ médico _____

_____ Mi hijo/hija no toma medicamentos recetados de forma permanente.

Firma del estudiante _____ Fecha _____

Padre/tutor firma _____ Fecha _____

Nota: Este documento será válido durante la carrera de este estudiante participación extracurriculares en Onalaska ISD. Deben cambiar las condiciones antes mencionadas, Onalaska ISD debe notificarse en forma oportuna.

Sobre la adopción de políticas en la subsección (b) de la Texas educación código 21.914, el distrito escolar, es del Patronato y sus empleados tendrán inmunidad de responsabilidad civil de daños y perjuicios resultantes de la administración de medicamentos a un estudiante si:

(1) el distrito escolar ha recibido una solicitud por escrito para administrar la medicación de los padres o tutores legales; y

(2) al administrar medicamentos recetados, el medicamento aparece en el envase original y etiquetarse correctamente.

La siguiente información debe obtenerse antes de cualquier medicamento puede ser dado por personal de la escuela.

Nombre del alumno _____ grado _____

Condición física para que los medicamentos se da _____

Nombre del medicamento _____

Time to be given _____

(Si es posible, la escuela prefiere todos los medicamentos se dada por los padres en el hogar a menos que específicamente ordenado por un médico).

Physician _____

Medicamentos para darse hasta

Firma del padre o tutor

Fecha

Todos los medicamentos deben ser llevados ante la escuela con esta carta firmada por el padre o tutor.

Complete esta página y volver a la escuela del estudiante.