



Lista de Verificación de Inscripción WHD

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado de Ingreso: _____

___ Regresando ___ Nuevo ___ Transferencia / ___ Illinois ___ Fuera del Estado ___ Fuera del País

Initials	Registration Requirement Checklist
	<p>Prueba de Residencia: Categoría 1 (Marque uno) Dentro de los límites de WHD 147</p> <p><input type="checkbox"/> Licencia de Conducir de Illinois Actual</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación del Estado de Illinois Actual</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta de Identificación del Consulado del Gobierno</p>
	<p><input type="checkbox"/> Prueba de Residencia: Categoría 2 (Marque uno) Dentro de los límites de WHD 147</p> <p><input type="checkbox"/> Escritura, Estado de Cuenta Hipotecario, Estado de Impuestos a la Propiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Contrato de Arrendamiento con todos los nombres de los residentes que viven en el hogar o ___ Viviendo Con ___ Formulario de Verificación de Renta / ___ Formulario de Verificación de Viviendo Con</p>
	<p>Verificación de Residencia: Categoría 3 (Marque dos)</p> <p><input type="checkbox"/> Factura de Servicios Públicos Actual (electricidad, gas, agua)</p> <p><input type="checkbox"/> W2 y/o talón de pago o cheque de ayuda estatal de Illinois/cheque de seguro social</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta MediPlan/Medicaid</p> <p><input type="checkbox"/> Tarjeta del Departamento de Ayuda Pública de Illinois</p> <p><input type="checkbox"/> Estado de Cuenta Bancario</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de Vehículo</p>
	<p>Prueba de Edad: (Marque uno)</p> <p><input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento Original: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Orden de Tutela de Menores Certificada</p> <p><input type="checkbox"/> Formulario de Colocación 906 Actual - Servicio de DCFS (si corresponde)</p> <p><input type="checkbox"/> Pasaporte</p>
	<p>Información de Salud Circule uno: Cumple/No cumple Examen Físico: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Examen físico _____ Fecha de la Cita: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Registro de Vacunas _____</p> <p><input type="checkbox"/> Historial Médico _____</p> <p><input type="checkbox"/> Examen Dental: _____ Fecha de la Cita: _____ Consentimiento Dental: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Examen de Visión</p> <p><input type="checkbox"/> Examen de Audición</p>
	<p>Encuesta de Idioma en el Hogar</p>
	<p>Formulario de Inscripción ___ Completo ___ Incompleto</p>
	<p>Formularios del Distrito: ___ Computadora/Internet ___ Medios ___ Comunicación ___ Manual</p>
	<p>Transporte: Ruta del Autobús: _____ Ubicación de la Parada del Autobús: _____</p>

