



South Florida Autism Charter Schools, Inc.
Enrollment Application
Aplicacion Para Matricular

TODAY'S DATE _____
Fecha

HOW DID YOU LEARN OF SFACS? _____
Como aprendiste de SFACS?

STUDENT'S LEGAL NAME _____
Nombre legal del estudiante

PREFERRED NAME _____
Nombre preferido

GENDER/ *Género* _____

ADDRESS WHERE CHILD RESIDES _____ CITY, ST, ZIP _____
Direccion donde vive el estudiante *Ciudad, Estado, Código Postal*

HOME PHONE NUMBER / *Numero telefonico de la casa:* (_____) _____

DATE OF BIRTH _____
Fecha de nacimiento

PLACE OF BIRTH _____
Lugar de nacimiento

CURRENT AGE _____
Edad

CURRENT GRADE _____
Grado escolar

U.S. CITIZEN? _____
Ciudadano

RACE _____
Raza

CHILD LIVES WITH/ *Estudiante vive con* _____

FATHER'S NAME _____
Nombre de el padre

Email: _____

ADDRESS _____
Direccion

CITY, ST, ZIP _____
Ciudad, Estado, Código Postal

CELL PHONE # _____
Telefono celular

WORK PHONE # _____
Telefono del trabajo

OCCUPATION _____
Empleo

EMPLOYER _____
Nombre del empleador

MOTHER'S NAME _____
Nombre de el padre

Email: _____

ADDRESS _____
Direccion

CITY, ST, ZIP _____
Ciudad, Estado, Código Postal

CELL PHONE # _____
Telefono celular

WORK PHONE # _____
Telefono del trabajo

OCCUPATION _____
Empleo

EMPLOYER _____
Nombre del empleador

REASON ENROLLMENT DESIRED AT SFACS _____
Razon que deseas matricular en SFACS

DIAGNOSIS / *Diagnostico* _____ DOCTOR / *Medico* _____
(Documentation must accompany application/*Incluye diagnostico escrito con la aplicacion*)

DOES STUDENT HAVE ANY KNOWN ALLERGIES? / *El estudiante tiene alergias?* _____ YES _____ NO
List the allergies / *Cual son las alergias:* _____

DOES STUDENT HAVE SEIZURES? / *El estudiante tiene convulsions?* _____ YES _____ NO

DOES STUDENT REQUIRE MEDICATIONS? / *El estudiante requiera medicamentos?* _____ YES _____ NO
IF YES, PLEASE LIST MEDICATIONS / *Cual son las medicinas?* _____

PLEASE LIST ANY OTHER MEDICAL INFORMATION / *Por favor lista cualquier otra información médica:* _____

NAME OF LAST TWO SCHOOLS ATTENDED / *Nombre de los dos escuelas:* _____

WHAT PRIVATE THERAPY DOES YOUR CHILD RECEIVE? / *¿Qué tratamiento privado recibe su hijo?:* _____

IF ON A HOME PROGRAM; WHAT METHODS ARE BEING IMPLEMENTED? i.e., Floor Time, Applied Behavior Analysis (ABA)
Si su hijo esta en program de terapia en la casa, cuales son las terapias? _____

HOW MANY HOURS/WEEK ARE PROVIDED? / *Cuantas horas a la semana?* _____

HAS YOUR CHILD RECEIVED THERAPY/INSTRUCTION BASED IN APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS?
El estudiante a recibido terapia in Applied Behavior Analysis? _____ YES _____ NO

HAVE YOU, AS PARENTS RECEIVED TRAINING IN APPLIED BEHAVIOR ANALYSIS?
Usted, como padre, as recibido entrenamiento en Applied Behavior Analysis? _____ YES _____ NO

WILL YOU NEED BEFORE SCHOOL OR AFTER SCHOOL CARE SERVICES FOR YOUR CHILD?
Usted nesicita servicios antes y despues del horario escolar? _____ YES _____ NO

LEARNING READINESS:

EYE CONTACT

_____ Makes spontaneous eye contact / *Espontaneamente le mira a los ojos?*
_____ When asked / *Si le preguntas*
_____ Does not make eye contact / *No te mira a los ojos*

APPROPRIATE SITTING

_____ Sits when asked to do so. For how long? / *Se sienta cuando dirigido. Por cuanto tiempo?*

South Florida Autism Charter Schools, Inc. (SFACS)

18305 NW 75 Place • Hialeah, Florida 33015 • Phone: (305) 823-2700 • Fax: (305) 823-2705 • Website: www.sfacs.org

- _____ Sits with minimal prompting / *Se sienta con minima direccion*
_____ Does not sit appropriately / *No se sienta apropiadamente*

FOLLOWING DIRECTIONS

- _____ Follows complex directions (2 or more steps) / *Sigue instrucciones complicadas (2 o mas pasos)*
_____ Follows simple directions ("clap hands", "sit down") / *Sigue instrucciones sencillas*
_____ Can follow simple directions with minimal prompting / *Puede seguir instrucciones sencillas con minima asistencia*
_____ Does not follow any directions / *No sigue instrucciones*

LANGUAGE SKILLS

- _____ Reciprocates information using sentences / *Reciproca informacion usando frases completo*
_____ Speaks in full sentences: approximate number of words in a sentence _____
Habla en frases completo; numero aproximado de palabras en un frase
_____ Speaks in phrases: approximate number of words in a phrase _____
Habla en frases; numero aproximado de palabras en un frase
_____ Uses single words / *Se comunica con palabras singulares*
_____ Uses manual signs / *Se comunica con signos manuales*
_____ Does not use words or signs / *No usa palabras or signos*
_____ Is echolalic / *El estudiante repite palabras que oye como un eco*

TOILETING

- _____ Is completely trained, toilets self / *Esta entrenado, puede usar el bano solo*
_____ Is night trained / *Esta entrenado solamente de noche*
_____ Is bowel trained only / *Esta entrenado a corregir solo*
_____ Is urine trained only / *Esta entrenado a orinar solo*
_____ Does not wear diapers but is taken to the toilet / *No usa pamper, pero tienes que llevarlo al inodoro*
_____ Wears diapers but is toileted / *Usa pamper, pero tambien usa el inodoro*
_____ Wears diapers all the time and never uses toilet / *Solamente usa pamper y nunca usa el inodoro*

DRESSING

- _____ Can dress independently / *Se viste solo*
_____ Assists in dressing / *Se viste con ayuda*
_____ Needs to be dressed / *Necesita que lo visten*
_____ Resists dressing / *Se opone a vestirse*

EATING

- _____ Uses all/some utensils appropriately / *Usa todos o algunos utensilos apropiadamente*
_____ Uses fingers to feed self / *Usa manos para comer*
_____ Must be fed / *Hay que darle de comer*
_____ Can drink from a straw / *Puede tomar con absorbente*
_____ Has strong food aversions and preferences / *Tiene preferencias y antipatias fuertes sobre ciertas comidas*

PLAY SKILLS:

FINE MOTOR ACTIVITES:

- | | |
|----------------------|------------------------------------|
| _____ Insert puzzles | _____ Can use crayons/pencils |
| _____ Rompe cabezas | _____ Usa lapis y creyones |
| _____ Strings Beads | _____ Plays with manipulative toys |

South Florida Autism Charter Schools, Inc. (SFACS)

18305 NW 75 Place • Hialeah, Florida 33015 • Phone: (305) 823-2700 • Fax: (305) 823-2705 • Website: www.sfacs.org

- _____ Put pegs in pegboard
Acomodar/pinchar objetos en una pizarra
- _____ Builds with blocks
Amontonar bloques una arriba del otro
- _____ Takes turns with peer or parent
Espera su turno con amigos y los padres

GROSS MOTOR ACTIVITIES:

- | | |
|------------------------------|---|
| _____ walks
<i>camina</i> | _____ rides a bike with training wheels
<i>puede montar bicicleta con ruedas de entrenamiento</i> |
| _____ runs
<i>corre</i> | _____ rides a bike without training wheels
<i>puede montar bicicleta sin ruedas de entrenamiento</i> |
| _____ skips
<i>salta</i> | _____ rollerskates
<i>patina</i> |
| _____ jumps
<i>brinca</i> | |

List other play skills in which child engages / *Otros actividades de juego que su hijo/hija se gusta:* _____

BEHAVIORS:

Have you ever observed self-stimulatory behavior(s)? (e.g. rocking, hand regard, excessive jumping, spinning, repetitive behaviors) / *Usted a observado comportamientos para estimularse (comportamientos repetitivos, brincando, etc.)*

_____ Yes _____ No. Please describe: _____

Have you ever observed self-injurious behavior(s)? (e.g. biting, scratching, head banging, head hitting) / *Usted a observado comportamientos agresivos asi mismos*

_____ Yes _____ No. Please describe: _____

Have you ever observed aggressive behavior(s)? (e.g. hitting, pinching, kicking, biting) / *Usted a observado comportamientos agresivos a otras personas?*

_____ Yes _____ No. Please describe: _____

Please lists your child's likes and dislikes:

Likes / *Cosas que le gusta :* _____

Dislikes / *Cosas que no le gusta:* _____

List below any activities/behaviors you have observed your child to engage in independently while at home / *Cuales actividades usted a observado su hijo/hija puede hacienda solo en la casa:* _____

Does the child have a public school IEP indicating need for services for Autism Spectrum Disorder (ASD)? / *¿Su hijo t¿ Su hijo tiene un IEP del escuela pública que indica la necesidad de servicios para el espectro autista?*

_____ YES _____ NO

Does the child have a public school IEP reflecting eligibility for Autism Spectrum Disorder (ASD) placement? / *¿ Su hijo tiene un IEP del escuela pública que refleja la elegibilidad para el trastorno del espectro autista?*

_____ YES _____ NO

ATTACHMENTS:

Enviar adjunto con aplicación:

Please attach the following items as they apply to you. At a minimum, we will require a public school IEP reflecting eligibility for Autism Spectrum Disorder (ASD) services and placement.

Sírvase adjuntar los siguientes temas que se apliquen a usted. Como mínimo, se requerirá una escuela pública del IEP que refleja la elegibilidad para el trastorno del espectro autista y los servicios de colocación.

REQUIRED DOCUMENTS:

1. **(a)** Copy of the most recent public school IEP completed for your child documenting eligibility for ASD and any other related services if applicable.
(b) If your child presently attends private school, please submit the last IEP done by the public school your child attended reflecting the ASD diagnosis.

SUGGESTED DOCUMENTS:

2. Psychological Evaluation, conducted by Public School System (if you have one)
3. Most recent ABLLS evaluation (Assessment of Basic Learning and Language Skills) (if you have one)
4. Any behavioral evaluations or behavior plans, prepared privately or by Public School System (if you have one)
5. Any Speech, Occupational, or Physical Therapy evaluations, conducted privately or by Public School System (if you have one)
6. You may include any other information you wish such as additional private evaluations, video tape, etc.

DOCUMENTACIÓN NECESARIA:

1. *(a) Copia de la más reciente de las escuelas públicas de IEP para su hijo completado la documentación de elegibilidad para la CIA y otros servicios relacionados con su caso.*
(b) Si su hijo actualmente asiste a la escuela privada, por favor envíe el último IEP realizado por la escuela pública de su hijo asistió refleja el diagnóstico de ASD.

DOCUMENTOS DE PROPUESTAS:

2. *Evaluación Psicológica, realizado por Sistema de Escuelas Públicas (si tiene uno)*
3. *Los más recientes ABLLS evaluación (Evaluación de aprendizaje básicas y las habilidades lingüísticas) (si tiene uno)*
4. *Las evaluaciones de comportamiento o planes de comportamiento, preparado en privado o por el Sistema de Escuelas Públicas (si tiene uno)*
5. *Todo habla, ocupacional, o evaluaciones de terapia física, llevada a cabo en privado o por el Sistema de Escuelas Públicas (si tiene uno)*
6. *Usted puede incluir cualquier otra información que desee, como evaluaciones adicionales privadas, la cinta de vídeo, etc.*

To the best of my knowledge, the above information is accurate and complete. In the event of a change of address, phone number, name, etc.; I will notify the school.

Yo confirmo que la informacion que yo e dado en esta aplicacion es correcto y completo. Si hay cambio de direccion, telefono, nombre, etc., yo notifico a la escuela.

Parent Signature / *Firma de Padre*

Date / *Fecha*

Print Name / *Nombre deletreado*

Submission of an Application Does Not Guarantee Admission
Entregar una Aplicacion no Garantiza Matricula en la Escuela

SFACS is a tuition-free, public school.
SFACS es una escuela publica, y no hay costo para matricula.

South Florida Autism Charter Schools, Inc. (SFACS)

18305 NW 75 Place • Hialeah, Florida 33015 • Phone: (305) 823-2700 • Fax: (305) 823-2705 • Website: www.sfacs.org