

**WILLIAM FLOYD UNION FREE SCHOOL DISTRICT**

**DECLARACIÓN PATERNAL**

**PERTENIENDO A LA RESIDENCIA DEL ESTUDENTE**

Nombre de Su Hijo(a): \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento de Su Hijo(a): \_\_\_\_\_

**Instrucciones para Completar este Formulario: Honestamente complete este formulario y conteste las preguntas presentadas. La información que usted provee va a ser utilizada por el William Floyd Union Free School District (“el Distrito”) para asistir al Distrito para determinar si el/los niño(s) mencionados previamente tiene(n) el derecho o no de asistir Escuelas del Distrito como residente del Distrito. Si usted no entiende una pregunta o cualquier parte de este formulario déjelo en blanco y pídale clarificación con un representante de la escuela antes de completar y firmar este formulario.**

Yo \_\_\_\_\_, declaro y digo:

**Nombre del Padre/Guardián Legal**

Yo soy el/la \_\_\_\_\_ del niño mencionado previamente.

Yo vivo en \_\_\_\_\_

**Dirección**

El niño mencionado previamente no vive conmigo actualmente porque: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Por la(s) razón(es) mencionadas previamente, el niño(a) mencionado previamente actualmente vive con: \_\_\_\_\_, quien es: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ [describa la relación que esa persona tenga con su hijo(a)],  
y quien vive en: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Yo espero que este acuerdo de vivienda va continuar a ser efectivo hasta: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Mientras que su hijo(a) mencionado previamente viva con la(s) persona(s) mencionada(s) previamente:**

1. ¿Usted va continuar hacer decisiones de salud y médicas para su hijo(a)?  
Si  No

Si contestó si, por favor explique el tipo de y hasta qué punto anticipa que sea su participación en haciendo decisiones de salud o médicas para este(a) niño(a): \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

2. ¿Usted va continuar hacer las decisiones de educación y/o otras decisiones paternas para el/la niño(a)?

Si  No

Si contestó si, por favor explique el tipo de y hasta qué punto anticipa que sea su participación en hacienda decisiones educativas y/o otras decisiones paternas para este alumno: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

3. ¿Usted va continuar a proveer cual quiera apoyo financiero para este hijo(a)?

Si  No

Si contesto si, por favor marque las opciones por debajo y explique el tipo de y hasta que punto usted va proveer apoyo financiero:

- **Comida**

Si, yo voy a proveer comida y/o reembolsar el guardián de mi hijo(a) para los gastos de comida como explica lo siguiente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

No, yo no voy a continuar a proveer comida, ni voy a reembolsar para las gastos de comida de mi hijo(a).

• **Ropa y Otras Necesidades**

Si, yo voy a continuar a proveer ropa y/o otras necesidades básicas y/o voy a reembolsar el guardián de mi hijo(a) para las cosas, como explica lo siguiente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

No, yo no voy a continuar a proveer ropa y/o otras necesidades básicas ni voy a reembolsar al guardián de mi hijo(a) para estas cosas.

• **Vivienda**

Si, yo voy a reembolsar al guardián de mi hijo(a) para los gastos de vivienda de mi hijo(a) como explica lo siguiente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

No, yo no voy a contribuir con los gastos de vivienda de mi hijo(a).

• **Atención Médica/Gastos de Tratamientos Médicos**

Si, yo voy a continuar a pagar por los gastos de mi hijo(a) 1) atención medica 2) seguro médico y/o 3) tratamiento médico, como dice lo siguiente: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

No, yo no voy a continuar a pagar para los gastos de mi hijo(a) 1) atención médica 2) Seguro médico o 3) tratamiento médico.

4. ¿Si usted va a declarar impuestos, usted va a declarar el niño(a) mencionado previamente como dependiente en su declaración de impuestos?

Si  No

Si contesto si, por favor explique: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Escriba Su Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre

