



ԼՈՍ ԱՆՋԵԼԵՍԻ ՄԻԱՑՅԱԼ ԴՊՐՈՑԱԿԱՆ ՇՐՋԱՆ
 Beyond The Bell Branch
 Emergency Immigrant Education Program (EIEP)

ԱՐՁԱՆԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ԹԵՐԹԻԿ

ԱՇԱԿԵՐՏԻ ԱԶԳԱՆՈՒՆ		ԱՆՈՒՆ	<input type="checkbox"/> ԱՐԱԿԱՆ <input type="checkbox"/> ԻԳԱԿԱՆ
ՀԱՍՑԵ		ՀԵՌԱԽՈՍ	
ԾՆՆԴՅԱՆ ԹՎ. (ԱՄԻՍ, ՕՐ, ՏԱՐԻ)	ԾՆՆԴԱՎԱՅՐ		ՄԱՅՐԵՆԻ ԼԵԶՈՒ
ԾՆՈՂԻ/ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ԱԶԳԱՆՈՒՆ		ԱՆՈՒՆ	

Անհրաժեշտության դեպքում կապ հաստատել.

ԱՆՈՒՆ	ՀԵՌԱԽՈՍ
ԲԺՇԿԻ ԱՆՈՒՆ ԿԱՄ ԾՏԱՊ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԿԱՊ	ՀԵՌԱԽՈՍ

ԾՆՈՂԻ/ԽՆԱՄԱԿԱԼԻ ԱՇՊՐԱԳՐՈՒԹՅԱՆ ՈՒՆ _____ ԹՎԱԿԱՆ _____

TO BE COMPLETED BY SCHOOL OF ATTENDANCE

Incomplete forms will not be processed.

SCHOOL OF ATTENDANCE						STUDENT DISTRICT ID NUMBER (10 DIGITS)					
SCHOOL OF RESIDENCE (IF TRANSPORTED)											
TEACHER						ROOM		GRADE			
ELD LEVEL	LEVEL 1	LEVEL 2	LEVEL 3	LEVEL 4	LEVEL 5	WHICH SCHOOL YEAR DID THIS STUDENT FIRST ENROLL IN A U.S. SCHOOL? REFER TO THE EIEP SURVEY.			05-06	06-07	07-08
ADDITIONAL COMMENTS: (HEALTH, RELEASE INFORMATION, ETC.)											

VERIFICATION OF ELIGIBILITY: I certify that this student is eligible to participate in the EIEP.

Principal's Signature

Date