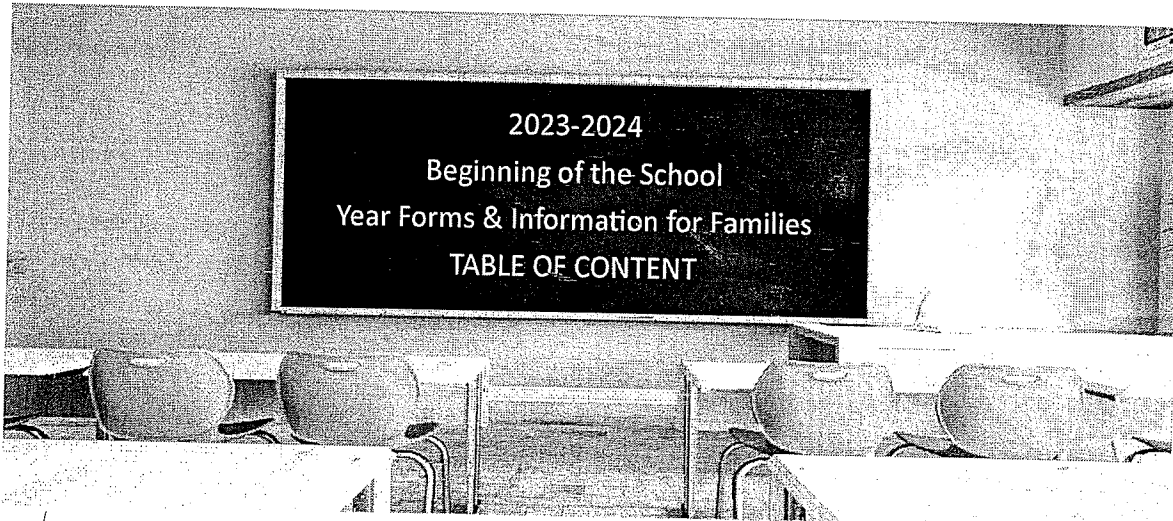


WELCOME TO PLANT HIGH SCHOOL!



FORMS NEEDING TO BE RETURNED TO PLANT HIGH SCHOOL

- Student Code of Conduct Acknowledgement Form
- 2023-2024 Student Likeness Release Form
- Healthy School Program Application (Optional)
- Medicaid – Parental Consent (Optional)
- ELA Supplemental Book Opt-Out Form
- Student Emergency Card for Updates

School Board
Nadia T. Combs, Chair
Henry "Shake" Washington, Vice Chair
Lynn L. Gray
Stacy A. Hahn, Ph.D.
Karen Perez
Patricia "Patti" Rendon
Jessica Vaughn

Interim Superintendent
Van Ayres



Student Code of Conduct

Parent/Guardian Acknowledgement Form

I have been notified that I may review the Hillsborough County Public Schools Student Code of Conduct by visiting the school district website ([Student Code of Conduct / Overview \(hillsboroughschools.org\)](http://hillsboroughschools.org))

I have read, understand, and agree to abide by the Student Code of Conduct.

--	--	--

Student Name

Student Signature

Date

I have read the Student Code of Conduct and discussed it with my student.

--	--	--

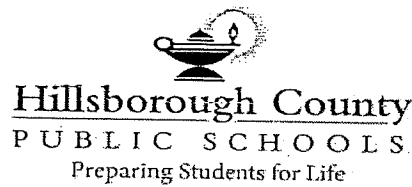
Parent/Guardian Name

Parent/Guardian Signature

Date

The Student Code of Conduct has been established to communicate the expectations for student behavior at school or school activities. Failure to return this acknowledgement will not relieve a student or the parent/guardian(s) from the responsibility of abiding by the Code of Conduct.

School Board
Nadia T. Combs, Chair
Henry "Shake" Washington, Vice Chair
Lynn L. Gray
Stacy A. Hahn, Ph.D.
Karen Perez
Patricia "Patti" Rendon
Jessica Vaughn



Interim Superintendent
Van Ayres

Código de Conducta Estudiantil

Formulario de Reconocimiento

He sido notificado que puedo revisar el Código de Conducta Estudiantil para las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough visitando el sitio web del distrito escolar ([Código de Conducta Estudiantil / Descripción general \(hillsboroughschools.org\)](http://HillsboroughSchools.org))

He leído, entiendo y acepto cumplir con el Código de Conducta del Estudiante.

--	--	--

Nombre del Estudiante

Firma del Estudiante

Fecha

He leído el Código de Conducta del Estudiante y lo he discutido con mi estudiante.

--	--	--

Nombre del Padre/Tutor

Fecha del Padre/Tutor

Fecha

El Código de Conducta del Estudiante se ha establecido para comunicar las expectativas del comportamiento de los estudiantes en la escuela o las actividades escolares. La falta de devolución de este reconocimiento no eximirá al estudiante o al padre / tutor (s) de la responsabilidad de cumplir con el Código de Conducta.

2023-2024 Hillsborough County Public Schools
Student Likeness Release Form



School: _____ Student ID Number: _____

Student Name (Last, First): _____

Homeroom Teacher: _____ Grade: _____

Home Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone Number: _____ Email: _____

Dear Parent/Guardian:

Throughout the school year, certain Hillsborough County Public School partners and media members may be involved with special events or activities at your child's school.

Hillsborough County Public Schools also may wish to interview, photograph, or videotape your child for promotional and educational reasons to utilize in publications and special district events. Before your child can participate in any of the above events or activities, you must give your permission by signing and returning this likeness release form to your child's school.

Please select only one option below:

I give my permission for my child to be interviewed, photographed, or videotaped by the school/district, school/district partners or sponsors, and/or members of the general news media and expressly authorize and grant my consent to such parties the right to use my child's physical likeness, other identifying characteristics, information, and/or recordings of his/her voice in any media, including but not limited to, broadcast, cable, print, and/or digital, and for any purpose including but not limited to entertainment, news, education, advertising, marketing and promotion without compensation thereof.

I do not give permission for my child to be interviewed, photographed, or videotaped by the school/district, school/district partners or sponsors, and/or members of the general news media; nor for his/her name to be published in school/district publications, on the internet, or in news Publications or broadcasts.

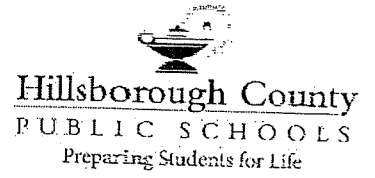
I give my permission-ONLY for my child to be photographed for and his/her name be published in the 2022-2023 school yearbook.

Parent/Guardian Name (please print): _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

2023-2024

Formulario de Comunicado de Prensa de Estudiante



Escuela: _____ Número de identificación estudiantil: _____

Nombre del estudiante (apellido, nombre): _____

Profesor/a de aula: _____ En qué grado está su hijo(a): _____

Dirección de casa: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Estimado Padre/Tutor:

A lo largo del año escolar, ciertos socios de las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough y miembros de los medios de comunicación pueden participar en eventos o actividades especiales en la escuela de su hijo(a).

Es posible que las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough también deseen entrevistar, fotografiar o grabar en video a su hijo por razones promocionales y educativas para utilizarlo en publicaciones y eventos especiales del distrito. Antes de que su hijo(a) pueda participar en cualquiera de los eventos o actividades anteriores, usted debe dar su permiso firmando y devolviendo este formulario de autorización a la escuela de su hijo(a).

Seleccione solo una opción a continuación:

Doy mi permiso para que mi hijo(a) sea entrevistado, fotografiado o grabado en video por la escuela/ distrito, socios o patrocinadores de la escuela/distrito y/o miembros de los medios de comunicación en general y autorizo expresamente y otorgo mi consentimiento a tales partes el derecho a usar la semejanza física de mi hijo(a), otras características de identificación, información y/o grabaciones de su voz en cualquier medio, incluyendo pero no limitado a, transmisión, cable, impreso y/o digital, y para cualquier propósito incluyendo pero no limitado a entretenimiento, noticias, educación, publicidad, marketing y promoción sin compensación por los mismos.

No doy permiso para que mi hijo(a) sea entrevistado, fotografiado o grabado en video por la escuela/distrito, socios o patrocinadores de la escuela/distrito y/o miembros de los medios de comunicación en general; ni que su nombre sea publicado en publicaciones de la escuela/ distrito, en Internet o en publicaciones o transmisiones de noticias.

Doy mi permiso SOLAMENTE para que mi hijo sea fotografiado y su nombre se publique en el anuario escolar 2022-2023.

Nombre del Padre/Tutor (en letra de imprenta): _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

HEALTHY STUDENT PROGRAM APPLICATION FORM

Dear Parent:

Your child is eligible for enrollment in the **Healthy Student Program**, available only at selected schools in the School District where there is a **full time Registered Nurse**. The services of this program may be interrupted at your child's school, if the school is unable to staff the clinic with a registered nurse. **Enrollment in this program does not replace the services of your primary health care provider, nor does it replace the need for health insurance for your child.**

The main purpose of the **Healthy Student Program** is to improve school attendance and promote optimal health and wellness. **Healthy Student Program** services are offered at no direct cost to you and all students are eligible for the program. A student may be withdrawn from the **Healthy Student Program** at any time by the parent or the school health services staff with written notice.

Services available to students enrolled in the **Healthy Student Program** are:

- **Assessment of acute illness or injury and the administration of limited over the counter medications, following physician guidelines and protocols** (i.e. Tylenol, Ibuprofen, antifungal and antibiotics ointments).
- **Assessments and follow up of infectious and communicable diseases** (i.e. pink eye, ringworm and head lice).
- **Provide education on a variety of adolescent health concerns.**
- **A health professional will communicate with you about your child's particular health findings that require an evaluation, follow up and or referral.**
- **To reduce barriers to learning, a MD or APRN may be available for selected consultation, mainly including physicals and mental health issues.**
- **Physical Examinations for School Entry or Sports by an APRN or MD** – includes adolescent health topics and a complete comprehensive head to toe examination. Inguinal hernia checks, breast and testicular exams are a part of the physical examination. Based upon reported risk factors, breast or testicular exams may be performed. The exam for sports include mandated inguinal hernia exam. GYN exams are **not** performed in school clinics.
- **Lab screenings** are done, as needed, **when available** including, but not limited to: hemoglobin, urinalysis, rapid Strep A test, pregnancy testing.

Please inform the school nurse of any newly diagnosed health conditions for your child or changes in health status during the school year. **The primary goal of school health services is to support the physical and mental well being of your child.**

The **Healthy Student** program is in place at some high schools. In an effort to sustain and fund the program, we encourage you to complete and sign permission to bill third party payers, including Medicaid, on the attached form.

TO ENROLL YOUR CHILD IN THE HEALTHY STUDENT PROGRAM YOU MUST COMPLETE THE MEDICAL HISTORY FORM AND SIGN THE PARENT PERMISSION. Return to the school nurse or your student's teacher. Thank you.

All medical information remains confidential between you and the health provider. Records are stored and maintained within the Health Office and are shared with no one.

Student Name _____ Sex _____ Grade _____ DOB _____
 (Last, First, MI)
 Home Address _____ Zip _____ Home Phone _____

APPLICATION FOR HEALTHY STUDENT PROGRAM MEMBERSHIP

PEOPLE TO BE CONTACTED IN CASE OF EMERGENCY:

Parent Name _____	Work Number _____	Home Phone # _____	Cell Phone # _____
Emergency Contact from Emergency Card _____		Home Phone # _____	Cell Phone # _____

STUDENT MEDICAL HISTORY

Name of Family Physician _____ Physician Phone _____
 Name of Family Dentist _____ Dentist Phone _____
 Date of Student's Last Physical Exam _____ Dental Exam _____
 List any ALLERGIES to Medications or Food _____
 List any MEDICATIONS that this student is presently taking _____
 List any SURGERIES that this student has had _____
 CURRENTLY, DOES THIS STUDENT HAVE ANY MEDICAL OR HEALTH PROBLEMS THAT WE SHOULD BE AWARE OF? _____

Family Medical History: (Check all that apply and indicate which family members had or have the condition)

High Blood Pressure _____	Tuberculosis _____	Diabetes _____
Epilepsy _____	Sickle Cell _____	Cancer _____
Heart Problems _____	Asthma _____	Arthritis _____
Weight (overweight or underweight) _____		

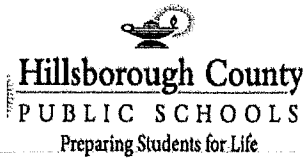
STUDENT INSURANCE INFORMATION

Is this student covered by HEALTH INSURANCE	YES _____	NO _____
Insurance ID Number _____		
Is the student covered by MEDICAID? (Better Health Plan; Medipass; etc.)	YES _____	NO _____
Medicaid Number _____		
Amerigroup Number: _____		

ENROLLMENT STATEMENT

We agree to enroll _____ in the Healthy Student Program. We understand that the program offers a limited range of services on an as-needed basis as outlined on the Healthy Student Program Application Form. We further understand that these services DO NOT REPLACE the services of our family doctor. In case of accident or serious illness, the school policies outlined on the School's Emergency Information Card will be observed. We give permission to the District to seek third party reimbursement. We further understand that student information is confidential except in those instances when professionals are required by law to report Child Abuse, Death Threats, Suicide Risk, public health concerns, or for billing purposes.

Parent/Guardian Signature _____ Date _____



MEDICAID

Certified School Match Program Reimbursement for School-based Services

What is the Florida Medicaid Certified School Match program?

Since 1997, Hillsborough County Public Schools has participated in a federal and state-funded Medicaid reimbursement program. The Florida Medicaid Certified School Match (MCSM) program helps to ensure students with an Individual Educational Program (IEP) receive needed health care (medical, emotional, and transportation-related) services at school.

The program assists school districts by providing partial reimbursement for these medically related services provided to students at school.

In July 2020, current guidelines expanded to include general education students who have a Plan of Care (i.e., Health Care Plan, Behavioral Plan, 504 Plan, etc.) or the need for crisis intervention. Although the partial reimbursement is only available for students who are Medicaid eligible, services are provided to all students with a plan of care regardless of their Medicaid eligibility status.

What types of services does the MCSM program cover?

Counseling	Crisis Intervention	Nursing
Child Outreach Screening	Occupational Therapy	Case Management
Speech/Language Therapy	Physical Therapy	Assessments
Special Education	Transportation	Evaluations Developmental Testing
Orientation & Mobility	Assistive Technology	

Is there a cost to me?

NO – Services are provided to students while at school with NO cost to the parent/guardian.

Will it affect my family's Medicaid benefits?

NO – The program does NOT impact a family's Medicaid services, funds or limits. Because Florida operates the MCSM program differently than the Family-Related Medicaid Coverage plans the school plan does not affect your family's Medicaid benefits in any way.

How does Hillsborough County Public Schools use the reimbursement money received from Medicaid?

The funds received from Medicaid for speech/language therapy, occupational/physical therapy, counseling, nursing services, and psychoeducational evaluations are used to support student services and Exceptional Student Education (ESE) programs.

How can I help ensure my school district receives benefits from the MCSM program?

Federal regulations require that the parent/guardian:

- Be fully informed about the Medicaid Certified School Match program
- Fully understand that consent is voluntary and can be withdrawn at any time.
- Permit Hillsborough County Public Schools to share necessary information to bill for Medicaid eligible services included in your child's IEP, 504 or Plan of Care.
- Your child will receive the services written in your child's IEP, 504, or Plan of Care at Hillsborough County Public Schools expense regardless of your consent to allow us to bill Medicaid. You may revoke consent at any time.

**Parental Consent to Release Personally Identifiable Information
for Medicaid Reimbursement**

Hillsborough County Public Schools wishes to seek reimbursement for certain services provided to your child by accessing Medicaid. We must obtain your written informed consent for the purpose of releasing certain information related to seeking Medicaid reimbursement. Medicaid reimbursement helps the school district fund costs of providing special education, related services and any other services allowable by Medicaid.

Consent given or denied (please read, mark with an X your choice, sign and date at the bottom):

Individual Educational Plan (IEP) Services

The Individuals with Disabilities Education Act of 2004 (IDEA) permits school districts to seek reimbursement from Medicaid for services provided at school (Title 34, section 300.154(d)(2)(iv)(A)-(B), Code of Federal Regulations [CFR]).

Non-IEP Services

School districts are also allowed to seek reimbursement from Medicaid for services provided under the Florida Administrative Code Medicaid rule for school-based services (Rule 59G-4.035).

I understand and give my consent to the school district to share information about my child with the State Medicaid Agency (State of Florida Agency for Health Care Administration), its fiscal agent, and the school district's Medicaid billing agent or billing facilitator for the school district to verify Medicaid eligibility, seek Medicaid reimbursement, and satisfy audit and review requests related to services provided to my child.

I understand that I may withdraw this consent to release information for Medicaid reimbursement at any time. I understand that if I refuse to give my consent or withdraw this consent, the school district will continue to provide all required services necessary to receive an appropriate education at no charge to my child in accordance with 34CFR § 300.154(d)(2)(v)(D) or other services provided outside of the IEP. If consent is withdrawn, it will become effective on the date of withdrawal and no information will be released after that date.

The records to be released or exchanged may include IEPs, assessment and eligibility records, related service therapy records and logs, transportation logs, progress notes, and nursing reports or records.

The information shared may include my child's name, date of birth, address, primary special education disability (if applicable), Florida Medicaid identification number, Social Security number, and the type and amount of health services provided, including the times and dates services were provided. Services may include assistive communication services, physical therapy services, occupational therapy services, speech therapy services, hearing and language therapy services, behavioral services, transportation services, and nursing services.

I understand and do NOT give my consent to the school district to share information about my child in order for the school district to verify Medicaid eligibility, seek Medicaid reimbursement, and satisfy audit and review requests related to services provided to my child

Student/Child's Information

 Student ID Full Name (printed) Date of Birth

Parent/Guardians Information

 Name (printed) Signature Date

MEDICAID
Programa de concordancia de escuelas certificadas
Reembolso de los servicios escolares

¿Qué es el programa de coincidencia de escuelas certificadas por Medicaid de Florida?

Desde 1997, las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough* han participado en un programa de reembolso de *Medicaid* financiado por el gobierno federal y estatal. El programa *Florida Medicaid Certified School Match (MCSM)* ayuda a asegurar que los estudiantes con un Plan Educativo Individualizado (IEP) reciban los servicios de salud necesarios (médicos, emocionales y relacionados con el transporte) en la escuela.

El programa ayuda a los distritos escolares mediante el reembolso parcial de estos servicios médicos proporcionados a los estudiantes en la escuela.

En julio de 2020, las directrices actuales se ampliaron para incluir a los estudiantes de educación general que tienen un Plan de Atención (es decir, Plan de Atención Médica, Plan de Comportamiento, Plan 504, etc.) o la necesidad de intervención en crisis. Aunque el reembolso parcial sólo está disponible para los estudiantes que tienen derecho a *Medicaid*, los servicios se prestan a todos los estudiantes con un plan de atención, independientemente de su condición de elegibilidad para *Medicaid*.

¿Qué tipos de servicios cubre el programa MCSM?

Consejería	Intervención en caso de crisis	Enfermería
Examen de alcance para niños	Terapia Ocupacional	Manejo de casos
Terapia del habla/lenguaje	Terapia física	Evaluaciones
Educación Especial	Transportación	Evaluaciones de las pruebas de desarrollo
Orientación y movilidad	Tecnología asistencial	

¿Tiene algún costo para mí?

NO - Los servicios son provistos a los estudiantes sin ningún costo al padre/tutor.

¿Afectará a las ventajas de Medicaid de mi familia?

NO - El programa NO afecta a los servicios, fondos o límites de *Medicaid* de una familia. Debido a que Florida opera el programa *MCSM* de manera diferente a los planes de cobertura de *Medicaid* relacionados con la familia, el plan escolar no afecta los beneficios de *Medicaid* de su familia de ninguna manera.

¿Cómo utilizan las Escuelas Públicas del Condado de Hillsborough el dinero de reembolso recibido de Medicaid?

Los fondos recibidos de *Medicaid* para terapia del habla/lenguaje, terapia ocupacional/física, asesoramiento, servicios de enfermería y evaluaciones psicoeducativas se utilizan para apoyar los servicios estudiantiles y programas de Educación de Especial (ESE).

¿Cómo puedo contribuir a que mi distrito escolar se beneficie del programa MCSM?

La regulación federal requiere que el padre/tutor:

- Estar completamente informados sobre el programa de Concordancia Escolar Certificada de *Medicaid (MCSM)*.
- Comprender plenamente que el consentimiento es voluntario y puede ser retirado en cualquier momento.
- Permitir que las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough* compartan la información necesaria para facturar los servicios elegibles para *Medicaid* incluidos en el IEP, 504 o Plan de Atención de su hijo.
- Su hijo recibirá los servicios escritos en el IEP, 504 o Plan de Atención de su hijo a expensas de las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough*, independientemente de su consentimiento para permitirnos facturar a *Medicaid*. Usted puede revocar su consentimiento en cualquier momento.

Consentimiento de los padres para divulgar información de identificación personal para el reembolso de Medicaid

Las Escuelas Públicas del Condado de *Hillsborough* desean solicitar el reembolso de ciertos servicios prestados a su hijo mediante accediendo a *Medicaid*. Debemos obtener su consentimiento informado por escrito con el fin de divulgar cierta información relacionada con la búsqueda de reembolso de *Medicaid*. El reembolso de *Medicaid* ayuda al distrito escolar a financiar los costos de proporcionar educación especial, servicios relacionados y cualquier otro servicio permitido por *Medicaid*.

Consentimiento dado o denegado (por favor, lea, marque con una X su selección, firme y escriba la fecha al final):

Servicios del Plan Educativo Individualizado (IEP)

La Ley de Educación para Personas con Discapacidades de 2004 (IDEA) permite a los distritos escolares solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios prestados en la escuela (Título 34, sección 300.154(d)(2)(iv)(A)-(B), Código de Reglamentos Federales Federal [CFR]).

Servicios no relacionados con el IEP

Los distritos escolares también pueden solicitar el reembolso de Medicaid por los servicios prestados en virtud del Código Administrativo de Florida regla de Medicaid para los servicios basados en la escuela (Regla 59G-4.035).

Yo entiendo y doy mi consentimiento para que el distrito escolar comparta información sobre mi hijo con la Agencia Estatal de Medicaid (Agencia del Estado de Florida para la Administración del Cuidado de la Salud), su agente fiscal y el agente de facturación de Medicaid del distrito escolar o el facilitador de facturación del distrito escolar para verificar la elegibilidad de Medicaid, buscar el reembolso de Medicaid y satisfacer las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios prestados a mi hijo.

Yo entiendo que puedo retirar este consentimiento para la divulgación de información para el reembolso de Medicaid en cualquier momento. Yo entiendo que, si me niego a dar mi consentimiento o lo retiro, el distrito escolar continuará proporcionando todos los servicios requeridos necesarios para recibir una educación apropiada sin costo alguno para mi hijo de acuerdo con 34CFR § 300.154(d)(2)(v)(D) u otros servicios proporcionados fuera del IEP. Si se retira el consentimiento, éste se hará efectivo en la fecha de retiro y no se divulgará ninguna información después de esa fecha.

Los expedientes que deben entregarse o intercambiarse pueden incluir los IEP, los expedientes de evaluación y elegibilidad, los expedientes y registros de los servicios afines registros de terapia relacionada, registros de transporte, notas de progreso e informes o registros de enfermería.

La información compartida pueda que incluya el nombre de mi hijo, su fecha de nacimiento, su dirección, su principal discapacidad de educación especial (si corresponde), el número de identificación de *Medicaid* de Florida, el número de Seguro Social y el tipo y la cantidad de servicios de salud brindados, incluyendo las horas y fechas en que se brindaron los servicios de salud prestados, incluyendo las horas y fechas en que se brindaron los servicios. Los servicios pueden incluir servicios de ayuda a la comunicación, servicios de terapia física, servicios de terapia ocupacional, servicios de terapia del habla, servicios de terapia auditiva y del lenguaje, servicios de comportamiento, servicios de transporte y servicios de enfermería.

Yo entiendo y NO doy mi consentimiento para que el distrito escolar comparta información sobre mi hijo para el distrito escolar verifique la elegibilidad de Medicaid, busque el reembolso de Medicaid y cumpla con las solicitudes de auditoría y revisión relacionadas con los servicios brindados a mi hijo.

Información del niño(a)/Estudiante

Número del estudiante

Nombre completo (Impreso)

Fecha de nacimiento

Información del padre/tutor

Nombre (Impreso)

Firma

Fecha

School Board
Nadia T. Combs, Chair
Henry "Shake" Washington, Vice Chair
Lynn L. Gray
Stacy A. Hahn, Ph.D.
Karen Pérez
Patricia "Patti" Rendon
Jessica Vaughn



Interim Superintendent
Van Ayres

Hillsborough County
PUBLIC SCHOOLS
Preparing Students for Life

August 2023

Dear Families,

The district's ELA department strives to provide and support a comprehensive core curriculum program to the teachers, students, and families of Hillsborough County Public Schools. The state approved, district-adopted core curriculum for 9-12 Language Arts and Reading is Florida StudySync McGraw Hill: <https://tinyurl.com/9-12McGrawHillTexts>. Prior to adoption, this curriculum underwent three reviews and vetting processes: the initial review to be placed on the state-approved list, the second review conducted by the district adoption committee followed by a vote from teachers, and the third review when the curriculum was made available to the public for 30 days following a School Board vote. Additionally, sample booklists were written into the Florida B.E.S.T. Standards for ELA and may be included as a part of instruction: <https://tinyurl.com/BESTELAbooklist>.

Because of the nature of literacy instruction, it is necessary for there to be inclusion of additional various texts to support students' understanding around key topics of study and to strengthen their overall comprehension skills in alignment with the state standards. These supplemental texts are diverse in nature and theme, span a variety of complexity, and promote rich discourse in the classroom setting. Below is a QR code that will take you to a list of supplemental texts by grade level that will be utilized during instruction throughout the year. This QR code can be scanned from your mobile device by opening the Camera App. Hold the device so that QR code appears in the camera, then tap the notification to open the link.



We are excited to share these titles with students this year in addition to their core texts. However, we understand there may be times when students and/or families have concerns about a text and request that the student not participate in the reading of such material. Please review these titles and determine if there are any that you wish your child to Opt-Out from reading. Note, an alternative text with aligned tasks and assignments will be provided. On the second page of this document, please list any of the texts you would not like your child to read. Sign and return the second page of this letter to your child's teacher only if you have listed titles from which to Opt-Out. If you have not listed any titles, you do not need to return the form.

Should you have any questions regarding the use of any of these texts, or about the adopted core curriculum, please feel free to contact me at (813) 272-4901 or Tracie Bergman, Executive Director of Literacy at (813) 272-4936.

Sincerely,

Amanda Bedford, Supervisor, 9-12 Literacy

School Board

Nadia T. Combs, Chair
Henry "Shake" Washington, Vice Chair
Lynn L. Gray
Stacy A. Hahn, Ph.D.
Karen Perez
Patricia "Patti" Rendon
Jessica Vaughn



Hillsborough County
PUBLIC SCHOOLS
Preparing Students for Life

Interim Superintendent
Van Ayres

9-12 ELA Supplemental Book Opt-Out Form

I have reviewed this overview of the 9-12 ELA text titles with my child. I am aware of the texts that will be used as part of the carefully planned instructional program, but I would prefer that my child not participate in the reading of the titles listed in the space below:

Please sign below and return to your child's teacher.

Parent Signature

Date

Student Name (Please Print)

School Board
Nadia T. Combs, Chair
Henry "Shake" Washington, Vice Chair
Lynn L. Gray
Stacy A. Hahn, Ph.D.
Karen Perez
Patricia "Patti" Rendon
Jessica Vaughn



Interim Superintendent
Van Ayres

Hillsborough County
PUBLIC SCHOOLS
Preparing Students for Life

Agosto 2023

Estimados padres de familia:

El departamento de lectura del distrito escolar del condado de Hillsborough se esfuerza en proporcionar y apoyar un programa de estudio integro para nuestros maestros, estudiantes y familias. El currículo principal aprobado por el estado y adoptado por el distrito para los grados de 9^o a 12^o en las clases de lectura es StudySync, desarrollado por McGraw Hill: <https://tinyurl.com/9-12McGrawHillTexts>. Antes de la adopción, este currículo fue sometido a tres revisiones mediante un proceso de investigación: la revisión inicial fue para ser colocado en la lista aprobada por el estado, la segunda fue realizada por el comité de adopción del distrito seguido por un voto de los maestros, y la tercera fue cuando el plan de estudios se puso a la disposición del público durante 30 días seguida por una votación de la junta escolar. Adicionalmente, muestras de la lista de libros fueron incluidos dentro de los Florida B.E.S.T Standards, que son los estándares de lectoescritura del estado de la Florida. Por lo tanto, podrán ser incluidos como parte de nuestro currículo: <https://tinyurl.com/BESTELAbooklist>.

Debido a la naturaleza de la instrucción de lectura, es necesario que haya inclusión de varios libros adicionales para apoyar la comprensión de los estudiantes sobre temas claves de estudio y fortalecer sus habilidades de comprensión general en alineación con los estándares estatales. Estos textos suplementarios son diversos en naturaleza y tema, abarcan una variedad de complejidad y promueven un discurso profundo en el aula. Adjunto se encuentra un código QR que los llevará a una lista de textos suplementarios por nivel de grado. Estos se utilizarán dentro la instrucción el año entrante. El código QR puede ser activado por medio de la cámara en su dispositivo móvil. Sostenga el dispositivo para que aparezca el código QR en la cámara, luego toque la notificación para abrir el enlace.



Estamos entusiasmados de compartir estos títulos con los estudiantes este año, además de sus libros principales. Sin embargo, entendemos que puede haber ocasiones en cual los estudiantes y/o las familias tengan inquietudes sobre un texto y soliciten que el estudiante no participe en la lectura de dicho material. Favor de revisar estos títulos para poder determinar si hay alguno que desee que su hijo opte por no leer. En el espacio a continuación, anote esos títulos. Tenga en cuenta que se proporcionará un texto alternativo con tareas y asignaciones alineadas. En la segunda página de este documento, por favor de anotar cualquier texto que no le gustaría que su hijo/a leyera. Firme y devuelva la segunda página de esta carta al maestro de su hijo/a solo si ha anotado títulos de los cuales han optado por no leer. **Si no anoto un título, no es necesario que devuelva el formulario.**

Si tienen alguna pregunta sobre el uso de cualquiera de estos libros, o sobre el currículo principal que ha sido adoptado, no dude en contactarme al (813) 272-4901 o a Tracie Bergman, directora ejecutiva de lectura al (813) 272-4936.

Atentamente,

Amanda Bedford, Supervisora, Departamento de Lectura 9^o-12^o grado

School Board
Nadia T. Combs, Chair
Henry "Shake" Washington, Vice Chair
Lynn L. Gray
Stacy A. Hahn, Ph.D.
Karen Perez
Patricia "Patti" Rendon
Jessica Vaughn



Hillsborough County
PUBLIC SCHOOLS
Preparing Students for Life

Interim Superintendent
Van Ayres

9-12 Formulario de exclusión de libros complementarios de ELA

He revisado esta descripción de los títulos de lectoescritura de 9º – 12º con mi hijo/a. Soy consciente de los textos que se utilizarán como parte del programa cuya instrucción fue detenidamente planificada, pero preferiría que mi hijo/a no participara en la lectura de los títulos mencionados a continuación.

Favor de firmar regresar al maestro de su hijo/a.

Firma de los padres

Fecha

Nombre del estudiante (en letra molde)