

REGISTRO DE UN NUEVO/A PARTICIPANTE

PROCEDIMIENTOS para inscribir a los niños que asistan Al Kinderhook (Ichabod Crane) Distrito Escolar Central

PASO 1-CONTACTAR A LA (S) ESCUELA (S)

La inscripción para todos los estudiantes nuevos se realiza en la Oficina del Registro Central, ubicada en la Oficina Central en 2910 Route 9 Valatie, NY 12184. (518-758-7575 ext. 3009). El horario de inscripción es de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes, El horario de inscripción es de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a viernes, (El horario de verano está vigente desde el 27 de junio hasta el 26 de agosto 2022 y es el siguiente: de 8:00 a.m. a 4:00 p.m., de lunes a Jueves y viernes de 8:00 a.m. a 11:00 a.m. SOLO CON CITA PREVIA.

En el momento de su cita para inscribir a su hijo, por favor traiga lo siguiente:

- Prueba de Residencia
- Registro de vacunas
- Certificación de nacimiento certificado, Prueba de Bautismo o Pasaporte
- Los registros escolares (IEP/504 Plan de Adaptación si procede) del distrito escolar anterior
- Ordenes de la Corte, Decretos, Acuerdos de custodia (si procede)
- Si tiene una colocación en hogares, el Formulario 2999 del Departamento de Servicios Sociales
- Los Formularios de inscripción con firma del padre/tutor
- Declaración jurada llenada y notariada (sólo se aplica si el padre reside en una vivienda que no arriendan o no es propia)

PASO 2-ESTABLECER RESIDENCIA HABITACIONAL

Al registrar a su hijo/hija, el Distrito le pedirá una de las siguientes documentaciones para establecer con claridad la residencia.

1. Para establecer la residencia, deberán presentarse los siguientes documentos (un documento del Grupo A o dos documentos del Grupo B): Cada documento debe ser actual – con fecha dentro de los 60 días del registro – y emitido en el nombre del padre que tiene la custodia del estudiante (s) o del tutor legal (es).

Grupo A (un documento necesario)

- Nuevo Residente – Acuerdo de compra habitacional o Inicio de contrato para la construcción (sujeto a la matricula por la política de la Junta de Educación)
- Contrato de Alquiler/Arrendamiento Ejecutado
- Factura de Impuestos pagados
- Contrato de Hipoteca de Hogar/Escriture
- Declaración jurada (una declaración escrita, firmada bajo juramento) de la persona a qui en le paga el alquiler, diciendo que vive allí.

Grupo B (dos documentos necesarios – debe estar fechada dentro de los 60 días de la inscripción)

- Póliza de seguro de propietario de vivienda
- Factura de servicios públicos (electricidad, gas o agua)
- Factura de televisión por cable/satélite
- Factura de teléfono (de línea fija solamente)
- El talón (de su trabajo) mostrando su dirección
- La forma de los impuestos sobre los ingresos que muestra su dirección
- La tarjeta del registro de votar
- El permiso de conducir (la licencia) o el permiso o la identificación de una persona que no conduce
- La identificación del estado o gobierno
- Los documentos de las agencias del gobierno
- Los papeles de curaduría o custodia

El Distrito se reserva el derecho de mantener una copia de todos los documentos utilizados para probar la residencia y para reconfirmar la residencia en cualquier momento.

PASO 3 – REGISTRO DE ESTUDIANTES

La escuela le pedirá completar formularios de registros oficiales.

El paquete de inscripción incluye:

Formulario de inscripción

Identificación racial y étnica del estudiante – El Distrito Escolar Central de Ichabod Crane ha adoptado un procedimiento que requiere la recopilación y el registro de la identidad étnica de los estudiantes de acuerdo con las categorías y definiciones federales. La información será utilizada para:

- Reportar la información a los Departamentos de Educación Estatales y Federales.
- Los programas educativos del plan y asegurarse de que están disponibles para todos los estudiantes.
- Estudiar el movimiento de los estudiantes en los diferentes grupos étnicos, que se mueven de una escuela a otra.
- Analizar las diferencias en el rendimiento académico, la asistencia y la finalización de la escuela.

La información en este formulario es confidencial. Está protegida por las Normas de Confidencialidad a través de los Derechos Educativos de la Familia y Actos de Privacidad (1974) que prohíben el acceso no autorizado a los expedientes de los estudiantes y la liberación no autorizada de cualquier información del expediente del estudiante identificables ya sea por el nombre del estudiante o por el número de identificación del estudiante.

La detección de las familias que están o han estado en trabajos de Agricultura/trabajo en granjas.

La liberación de los registros de Distrito escolares anteriores (si procede)

Información para organizar el transporte hacia y desde la escuela

Formulario de Historia de la Salud (favor no dude en ponerse en contacto con la enfermera de la escuela si tiene alguna pregunta sobre los procedimientos médicos del Distrito)

NOTA: Plan de Educación Individual o Plan #504 de Acomodación educacional

- Si su hijo/a tiene un Plan Individual de Educación (IEP) o 504 Plan de Adaptación educacional, el Distrito le solicitará una copia del antiguo distrito escolar del niño.
- Las preguntas relacionadas con las colocaciones dentro Comité de Educación Especial (CSE) se pueden dirigir a Peg Warner, Director de Educación Especial, al (518) 758 a 7576.

El uso de relaciones públicas de los datos del estudiante/y fotos

De vez en cuando, los funcionarios del distrito escolar pueden revelar información del estudiante (nombre, dirección, nivel de grado, la fotografía, el arte, el trabajo, el interés académico, la participación en actividades y deportes oficialmente reconocidos, los términos de la asistencia escolar y de graduación, los premios recibidos, etc.) para su uso en publicaciones del distrito escolar o dentro de los sitios Web de los edificios escolares, o para los medios de comunicación con fines de relaciones públicas.

Los padres que se oponen a la liberación de información y/o fotografía de su hijo deben notificar al director de la escuela de su hijo por escrito a más tardar el 1 de octubre de cualquier año escolar.

PASO 4 – “BIENVENIDOS”

El Director o el Consejero de Orientación asignarán a su hijo/a una clase o un horario de clase y le proporcionará a usted materiales adicionales que necesitarán su firma y/o para su información.

BIENVENIDO A ICHABOD CRANE!

Declaración de conformidad con la No-Discriminación

El Distrito Escolar Central de Ichabod Crane comunica a los estudiantes, padres, empleados y el público en general que ofrece oportunidades educativas, incluyendo las oportunidades de formación profesional sin distinción de sexo, raza, color, origen, nacional, discapacidad o religión. Las preguntas sobre esta política de no discriminación se pueden dirigirse al: Oficial del Cumplimiento del Título IX, Suzanne Guntlow, Directora, APPR Ichabod Crane, Valatie, NY 12184 (518) 758-7676 Ext. 3009 y en la sección 504 al Oficial del Cumplimiento, Peg Warner, Director de Educación Especial, del Distrito Escolar Central de Ichabod Crane, Valatie, NY 12184 (518) 758-7676 Ext. 6008. Una copia de la “En cumplimiento de la Sección 1.4 (a)” está disponible en la Oficina del Superintendente.

EQUIDAD, INCLUSIÓN Y DIVERSIDAD EN LA EDUCACIÓN

El Consejo de Educación tiene el compromiso de crear y mantener un ambiente educativo positivo e inclusivo, en el que todos los estudiantes, especialmente los que sufren marginación presente e histórica, se sientan seguros, incluidos, bienvenidos y aceptados, y tengan una sensación de pertenencia y éxito académico.

Convicciones y acuerdos generalmente aceptados

Todos los niños merecen tener acceso igualitario a las oportunidades, sin importar el color de su piel, su género, su orientación sexual, el idioma que hablan o sus antecedentes. Esta libertad es fundamental para nuestro programa educativo K-12 y se extiende a todos, sin excepción. Sin embargo, el distrito también reconoce que hay estudiantes en este país que han sufrido marginación de forma histórica debido a las desigualdades asociadas con aspectos de sus identidades y sus contextos, que incluyen, entre otros, su raza, color, peso, país de origen, grupo étnico, religión, costumbres religiosas, discapacidades, sexo, orientación sexual o género (incluyendo su identidad y expresión de género). El racismo, la discriminación y la marginación de cualquier persona o grupo de personas, intencional o no, no tiene cabida en nuestras escuelas, en nuestro distrito, ni en nuestra comunidad. Dichas acciones no solamente dañan a las personas y los grupos a los que están dirigidas, sino a nuestra comunidad en general. Asumimos el compromiso de abordar esas desigualdades históricas y de ayudar a todos y cada uno de los estudiantes a obtener acceso equitativo a las oportunidades educativas en la escuela que les permitan a todos prosperar y construir una mejor sociedad.

Objetivos

El objetivo del distrito escolar es brindar oportunidades equitativas, inclusivas y diversas para que todos los estudiantes desarrollen su máximo potencial. Para lograr la igualdad educativa y una educación inclusiva, el distrito reconoce la presencia de estudiantes con diversidad cultural y la necesidad de que los estudiantes encuentren vínculos relevantes entre ellos mismos y la materia y las tareas que los maestros les pidan desempeñar. El distrito desarrollará conocimientos, actitudes, habilidades y costumbres, tanto individuales como institucionales, para crear ambientes educativos y laborales culturalmente sensibles, que esperen y apoyen un alto rendimiento académico de todos los estudiantes y empleados de todos los grupos raciales. Las diferencias no solamente se considerarán fortalezas, sino que se nutrirán, celebrarán y aceptarán, porque son lo que hace únicos a los estudiantes y a sus familias.

Con el fin de alcanzar plenamente este objetivo, es imperativo que el Consejo, sus directivos y sus empleados estén plenamente enterados de las injusticias y desigualdades históricas que han moldeado nuestra sociedad, y que reconozcan y eliminen las barreras institucionales, incluyendo al racismo y los sesgos. La educación equitativa e inclusiva buscan entender, identificar, abordar y eliminar los sesgos, las barreras y las desigualdades que limitan las oportunidades de un estudiante para graduarse de la educación secundaria preparado para ser un miembro productivo de la sociedad.

El superintendente o su(s) delegado(s) se esforzarán para asegurarse de que el plan de estudios y los materiales didácticos reflejen el compromiso del Consejo con la equidad educativa. Los planes de estudios y materiales didácticos adoptados recientemente para todos los grados deberán reflejar la diversidad e incluir una gama de puntos de vista y experiencias, en particular de los grupos históricamente subrepresentados.

La educación equitativa e inclusiva es un proceso continuo que exige compromiso y liderazgo compartidos para que un distrito pueda satisfacer las necesidades educativas únicas de todos los estudiantes, en una sociedad en constante evolución y considerando los diversos contextos de nuestras comunidades y escuelas. El Consejo comprende que la educación equitativa e inclusiva se logra cuando todos los adultos colaboran y reafirman a cada estudiante al crear un ambiente educativo respetuoso e inclusivo de las características personales reales o percibidas.

La equidad educativa se fundamenta en los principios de justicia y en garantizar que cada estudiante tenga acceso a los recursos educativos que necesita, en el momento correcto de su educación, sin importar las características personales reales o percibidas de la persona, y no debe usarse de forma intercambiable con los principios de igualdad, de tratar a todos los estudiantes de la misma manera.

La educación inclusiva se basa en los principios de aceptación e inclusión de todos los estudiantes. Los estudiantes se ven reflejados en su plan de estudios, en su ambiente físico y en el ambiente general, en el que se honra la diversidad y se respeta a todas las personas.

La diversidad en la educación significa que los estudiantes, el personal, las familias y la comunidad son nuestra mayor fortaleza y que la diversidad se considera un activo. La diversidad significa la condición de ser diferente o de tener diferencias, incluyendo, entre otras cosas, en sexo, raza, grupo étnico, orientación sexual, género, edad, clase socioeconómica, religión y capacidad, entre otras diferencias humanas. Aceptar estas diversidades, y avanzar más allá de la tolerancia y la celebración a la inclusión y el respeto, ayudará al distrito a alcanzar nuestro objetivo de crear una comunidad en donde todas las voces sean escuchadas y valoradas.

Rendición de cuentas, transparencia y revisión

El Consejo, sus directivos y sus empleados aceptan la responsabilidad y se exigirán a sí mismos y a sus compañeros hacerse responsables de que cada estudiante tenga pleno acceso a educación de calidad, maestros calificados, planes de estudios exigentes y oportunidades plenas para aprender, de manera que puedan alcanzar excelentes niveles de aprovechamiento académico y de otros resultados estudiantiles. El distrito también acepta su responsabilidad de avanzar en este proceso y de comprometer tiempo, energía y recursos para desarrollar un ambiente más equitativo, inclusivo y aceptador de la diversidad para todos los estudiantes, padres y miembros del personal.

El Consejo reconoce que este es un proceso complejo con múltiples pasos, que comienza con el aprendizaje conjunto sobre la equidad, la inclusión y la diversidad.

Comunicación de la política de equidad

Para tener éxito en esta empresa, es imperativo que todos los miembros de la comunidad escolar estén enterados de esta política, de su propósito y del compromiso del distrito con la diversidad y la inclusión mediante el fomento de un ambiente educativo positivo que acepte todas las diferencias diversas, únicas e individuales.

Se instruye al superintendente y su(s) delegado(s) que se aseguren de que esta política se comunique a los estudiantes, el personal y la comunidad. Esta política se publicará en el sitio de internet del distrito, y también se publicará en los materiales de inscripción de los estudiantes, en los manuales para estudiantes, padres y empleados, y en otras publicaciones escolares apropiadas.

Referencia cruzada:

4000, Objetivos de los programas educativos
4511, Selección y adopción de libros de texto
5153, Asignación de los estudiantes a escuelas y grupos
9240, Reclutamiento y contratación
9700, Desarrollo profesional

Fecha de entrada en vigor: 2 de marzo de 2021

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Para ser completado por el padre / tutor, complete todos los campos donde corresponda para los procedimientos relacionados con la finalización de este formulario, consulte el Anexo adjunto.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: (Por favor imprima)

Apellido: _____ Nombre: _____ MI: _____

Fecha de registro: _____ Fecha de inicio en Ichabod Crane: _____
Mes / día / año Mes / día / año

Grado de Colocación: _____ Años en las Escuelas de los Estados Unidos: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Masculino _____ Femenino
Mes / día / año

Lugar de nacimiento: _____
Ciudad Estado / Provincia País

Idioma principal: _____ Idioma secundario (si lo hay): _____

INFORMACIÓN ANTERIOR DEL DISTRITO:

El niño del distrito escolar está ingresando (si se matricula para Kindergarten incluye preescolar si corresponde):

Nombre de escuela

Dirección postal / (Calle / PO)

Ciudad Estado Código postal

(Código de área) Número de teléfono

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE KINDERHOOK
Comité de Educación Especial Rt. 9 Escuela Primaria
VALATIE, NY 12184 ((518) 758-7575 ext. 6008)

Consentimiento de Medicaid

Número de identificación del cliente (CIN):

Esto es para solicitar su permiso (consentimiento) para facturarle a su Programa de Seguro de Medicaid o el de su hijo de la educación especial y los servicios relacionados que se encuentran en el Programa de Educación Individualizada (IEP) de su hijo.

Este consentimiento le permite al distrito escolar facturar por servicios cubiertos relacionados con la salud y divulgar información al Agente de Facturación de Medicaid del distrito escolar para ese propósito.

Yo, _____ como padre / tutor de _____,

He recibido una notificación por escrito del distrito escolar que explica mis derechos federales con respecto al uso de beneficios públicos o seguros para pagar por ciertos servicios de educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y acepto que el Distrito Escolar puede acceder a Medicaid para pagar la educación especial y los servicios relacionados proporcionados a mi hijo.

Entiendo que:

- Proporcionar el consentimiento no afectará la cobertura de Medicaid de mi hijo / a;
- Si lo solicito, puedo revisar las copias ofrecidas de conformidad con esta autorización;
- Los servicios enumerados en el IEP de mi hijo deben proporcionarse sin costo para mí, ya sea que yo dé o no consentimiento para facturar a Medicaid;
- Tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento; y
- El distrito escolar debe darme una notificación anual por escrito de mis derechos con respecto a este consentimiento.

También doy mi consentimiento para que el distrito escolar divulgue los siguientes registros / información sobre mi hijo a la Agencia de Medicaid del Estado con el fin de facturar la educación especial y los servicios relacionados que se encuentran en el IEP de mi hijo. Los siguientes registros serán compartidos.

Registros para compartir (como registros o información sobre los servicios que recibe su hijo)	
IEP	Informe de administración de medicamentos
Orden Escrita / Referencia	Registro de transporte especial
Informes de evaluación	Otra información de identificación personal
Notas de la sesión	Cualquier otro registro específico relacionado con los servicios o el programa del estudiante

Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También entiendo que el derecho de mi hijo a recibir educación especial y servicios relacionados no depende en modo alguno de mi consentimiento y que, independientemente de mi decisión de proporcionar este consentimiento, todos los servicios requeridos en el IEP de mi hijo serán proporcionados a mi hijo en el sin costo para mi

Firma del Padre / Tutor: _____

Imprima Nombre: _____

Fecha: _____

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE ICHABOD CRANE
2910 RUTA 9 VALATIE, NY 12184

CUESTIONARIO DE RESIDENCIA ESTUDIANTIL

Nota para el personal de la oficina: Por favor, ayude a los estudiantes y las familias a completar este formulario según sea necesario

Nombre de estudiante: _____

Dirección de residencia: _____

Dirección del correo: _____

Número de teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad: _____ Grado: _____ Número de identificación del estudiante: _____

ATENCIÓN: La respuesta que proporcione a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios puede recibir usted o su hijo de conformidad con la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, incluso si no tienen los documentos que normalmente se necesitan, como prueba de residencia, registros escolares, registros de vacunación o certificado de nacimiento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte y otros servicios.

1. ¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporaria? _____ Sí _____ no

2. ¿Este arreglo de vivienda temporal se debe a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? _____ Sí _____ no

Si respondió NO, puede detenerse aquí.

Si respondió SÍ, complete el resto de este formulario.

¿Dónde vive actualmente el estudiante (marque una caja)?

- en refugio
- Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de vivienda o como resultado de dificultades económicas (a veces se denomina "duplicado")
- En un hotel / motel
- En un automóvil, parque, autobús, tren o camping
- Otra situación de vivienda temporaria (por favor describa):
- En vivienda permanente.

Escriba el nombre del padre (s) / tutor (es) legal (es) o el estudiante (si es un joven no acompañado)

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección actual: _____

Firma del padre / madre / tutor / o estudiante: _____

Fecha: _____

Si respondió "sí" más arriba, envíe una copia de este formulario a Peg Warner, enlace de McKinney-Vento, en la oficina del CSE de la Escuela Primaria.

INFORMACIÓN DE PADRES / TUTORES

Nota: En los casos en que se aplica la custodia física conjunta, complete la página siguiente con la información del segundo padre custodial.

Apellido del padre / tutor: _____ Nombre: _____

Relación hacía el hijo: _____

Dirección residencial (física):

Dirección postal (si no es lo mismo que residencia):

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono de trabajo: _____ Lugar de empleo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Indique: _____ recibe un correo _____ autorizado para recoger

Apellido del (la) esposo (a)/ otro adulto: _____ Nombre: _____

Relación hacía el hijo: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono de trabajo: _____ Lugar de empleo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Indique: _____ recibe un correo _____ autorizado para recoger

Se debe proporcionar toda la documentación legal para el archivo del estudiante.

Si los padres están divorciados o separados, ¿hay un documento de custodia aprobado por el tribunal? _____ Si _____ no
En caso afirmativo, se debe proporcionar una copia del documento de custodia legal.

¿Está el alumno al cuidado de un (os) tutor (es) además de su madre o padre? _____ Si _____ no
En caso afirmativo, se debe proporcionar una copia del documento de tutela legal

¿Hay alguna orden de restricción de protección presentada contra cualquier persona / personas? _____ Si _____ no
En caso afirmativo, se debe proporcionar una copia de la orden de restricción / orden de protección.

¿Está el estudiante en cuidado de crianza? _____ Si _____ no
En caso afirmativo, se debe proporcionar una copia de la orden de colocación (DSS-2999).

2do PADRE CUSTODIAL (si corresponde)

Nota: Complete esta página solo si se aplica Custodia física conjunta.

Apellido del padre / tutor: _____ Nombre: _____

Relación hacía el hijo: _____

Dirección residencial (física):

Dirección postal (si no es lo mismo que residencia):

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono de trabajo: _____ Lugar de empleo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Indique: _____ recibe un correo _____ autorizado para recoger

Apellido del (la) esposo (a)/ otro adulto: _____ Nombre: _____

Relación hacía el hijo: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular: _____

Teléfono de trabajo: _____ Lugar de empleo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Indique: _____ recibe un correo _____ autorizado para recoger

En casos de custodia física conjunta, el Distrito usará solo el Correo electrónico n.º 1 de cada página para notificación /comunicación de emergencia.

Indique a continuación todos los hermanos menores de 21 años que residan dentro de su hogar. (Por favor incluya hermanos en edad preescolar o menores)

Nombre del Estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre del padre o tutor legal: _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

HERMANOS:

<u>Hermana(s) Nombre(s)</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Grado Actual</u> (Si aplica)
_____ Nombre	_____ FDN	_____ Grado

<u>Hermano(s) Nombre(s)</u>	<u>Fecha de Nacimiento</u>	<u>Grado Actual</u> (Si aplica)
_____ Nombre	_____ FDN	_____ Grado

ac-5/22/18

FOR OFFICE USE ONLY:

*If there are siblings preschool age or younger, please copy and forward this page to the Primary School and CSE office with a copy of parent information (pages 3 and 4).



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar (“HLQ” por sus siglas en inglés)

*Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones “Conocimientos de idiomas” e “Historial educativo”. Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.*

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

--

Conocimientos de idiomas (Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)		
1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre _____ <i>especifique</i>
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____ <i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No sabe hablar <i>especifique</i>
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No sabe leer <i>especifique</i>
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No sabe escribir <i>especifique</i>

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED	
SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
District Name (Number) & School _____	
Address _____	
PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO	

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo	
8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____	
9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos. Sí* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> * En caso afirmativo, por favor explique: _____	
¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? <input type="checkbox"/> Poca gravedad <input type="checkbox"/> Algo grave <input type="checkbox"/> Muy grave	
10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* * Por favor, llene 10b.	
10b. *Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____	
Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables): <input type="checkbox"/> De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (Educación Especial) <input type="checkbox"/> 6 años o mayor (Educación Especial)	
10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.) _____ _____ _____	
12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____	

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal _____ *Date*

Relación con el estudiante: Madre Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: Mo. DAY YR.	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: Mo. DAY YR.	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

IDENTIFICACIÓN RACIAL ÉTNICA DEL ESTUDIANTE

Todo estudiante entre 5 y 21 años tiene el derecho a una educación pública gratuita. Ningún niño puede ser rechazado por, raza, color, credo religioso, origen nacional, sexo, ciudadanía, discapacidad o estatus migratorio.

PROPOSITO DE LA FORMA

El Distrito Escolar de Ichabod Crane ha adoptado un proceso que requiere adquirir y registrar la identidad étnica del estudiante de acuerdo a las categorías y definiciones de la ley federal. Esta información será utilizada para:

- Reportar información al Estado y al Departamento Federal de Educación
- Planificar programas educacionales y asegurar que estén listos y disponibles para todos los estudiantes
- Estudiar el movimiento de estudiantes de diferentes grupos étnicos según se matriculan en diferentes Distritos
- Analizar diferencias en aprovechamiento académico, asistencia y grados completados hasta graduación.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO: _____

INSTRUCCIONES PARA PADRES O TUTOR

Favor revisar las definiciones Racial/Étnica Haga una marca de cotejo (√) en el encasillado para la categoría o categorías que mejor describen a su hijo/hija. La oficina Central de Ichabod Crane entiende la naturaleza sensitiva de esta información y quiere asegurarse que dicha información será guardada segura y confidencialmente de acuerdo a las leyes de privacidad y regulaciones federales. Si la información requerida no es entregada en esta solicitud, se designará a un empleado de la escuela para que identifique el grupo al que aparenta pertenecer el estudiante, o según sea reconocido en la comunidad a la cual pertenece. Gracias por su cooperación.

FAVOR DE CONTESTER LAS PREGUNTAS (1) Y (2) FAVOR DE LEER ANTES DE CONTESTAR. Para la pregunta (1) marque (√) la caja que mejor describa a su hijo. Marque (√) una sola caja

1. ¿Es el estudiante Hispano, Latino, o de origen Español? Hispano, Latino o de origen español significa una persona de Cuba, Méjico, Puerto Rico, de Centro o Sur América o de otra cultura Española independientemente de su raza.

Hispano

No Hispano

2. Seleccione uno o mas razas del siguiente grupo racial. Para pregunta (2) marque (√) todos los grupos que aplican a su hijo: marque (√) al menos una caja

Indio Americano o Nativo De Alaska: Persona que tiene orígenes o raíces con/en cualquier persona original de Norte América y quien mantiene una identificación cultural a través de afiliación de tribu o por reconocimiento de la comunidad. Ejemplos: Cherokee, Mohawk, Inuit.

Asiático: Persona que tiene orígenes con persona original de el Lejano Oriente, Asia del Sureste, o el subcontinente de la India incluyendo por ejemplo Cambo día, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

Nativo De Hawái o de Otra Isla Del Pacífico: Persona que tiene orígenes en persona original de Hawái, Guam, Samoa, u otra isla del pacifico.

Negro: Persona que tiene orígenes con los grupos raciales de África

Blanco: Persona que tiene orígenes con alguna persona original de Europa, Norte de África o del Medio Oeste

Firma del Padre/Guardián/Otro

Fecha

Parentesco con el estudiante (Circule uno): Madre Padre Guardián Otro (Especifique) _____

UBICACIÓN DEL HOGAR PARA EL TRANSPORTE

Nota: Si completa el cambio de dirección, indique la siguiente información:

Fecha efectiva: _____

En los casos de custodia legal conjunta, indique: Residencia principal: _____ Residencia secundaria: _____

(Imprima todos los campos)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____ Masculino / Femenino: _____ Número de teléfono de la casa: _____

Nombre del padre / tutor: _____

Lugar de empleo: _____

Número de trabajo: _____ número de teléfono celular: _____

Esposo (a)/ Otro nombre de adulto: _____

Lugar de empleo: _____

Número de trabajo: _____ número de teléfono celular: _____

_____ ESCUELA SECUNDARIA _____ ESCUELA INTERMEDIA

_____ ESCUELA ELEMENTAL _____ ESCUELA PRIMARIA

RESIDENCIA DIRECCIÓN : (el camino, la calle, el Desarrollo, la avenida, etc.)

DIRECCIÓN POSTAL: _____

DESCRIPCIÓN DE LA UBICACIÓN: (Al lado del parque de bomberos, iglesia, etc.)

**Ichabod Crane Central School District
PO Box 820 Valatie, NY 12184
HISTORIAL DE SALUD**

Apellido Del Estudiante: _____ Nombre: _____ Inicial: _____

Grado al que está asistiendo su hijo al momento de llenar esta forma: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____ M ____ F ____

Dirección: _____ Teléfono del Hogar: _____ Tel del Trabajo: _____

Padre/Guardián: Madre: _____ Padre: _____

Médico de familia: _____ Número Telefónico: _____

Dirección del Medico: _____

SI SU HIJO/HIJA HA TENIDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES (FAVOR DE INDICAR LAS FECHAS)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Enfermedad Cardíaca | <input type="checkbox"/> Oídos |
| <input type="checkbox"/> Defectos Congénitos | <input type="checkbox"/> Polio | <input type="checkbox"/> Dolores de Cabeza (Migrañas) |
| <input type="checkbox"/> Varicela | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Cirugías |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Neumonía | <input type="checkbox"/> Heridas Serias |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia (Convulsiones) | <input type="checkbox"/> Fiebre Reumática | <input type="checkbox"/> Alergias (alimentos insectos medicamentos) |
| <input type="checkbox"/> Rubéola | <input type="checkbox"/> Fiebre Escarlatina | Mencione: _____ |
| <input type="checkbox"/> Sarampión | <input type="checkbox"/> Tuberculosis | <input type="checkbox"/> Usa Espejuelos |
| <input type="checkbox"/> Paperas | <input type="checkbox"/> Tos ferina | <input type="checkbox"/> Todo el tiempo |
| <input type="checkbox"/> Nefritis
(Enfermedad de Riñones) | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Para leer solamente |
| | | <input type="checkbox"/> Dispositivos/Prótesis audición |
| | | <input type="checkbox"/> Andador |
| | | <input type="checkbox"/> Brazaletes de piernas |
| | | <input type="checkbox"/> Silla de Ruedas |
| | | Dental (trabajo de ortodoncia, retenedores) |
| | | Mencione: _____ |
| | | Otros: _____ |

¿Existe algo concerniente a ojos, oídos o de salud que la enfermera de la escuela debe saber para poder proveer cuidado especial?
Si ____ No ____ Favor Explique: _____

¿Es necesario para el niño usar diariamente un medicamento? Si ____ No ____ Si contesta Si Explique: _____

¿Existe alguna otra preocupación no mencionada, que debemos saber? Si ____ No ____ Si contesta Si Explique: _____

Exámenes Físicos son mandatorios para los grados K, 2, 4, 7, 10 y para los nuevos alumnos, Si su hijo no ha tenido un examen físico recientemente con un doctor, el doctor de la escuela realizará el examen. (Favor de marcar uno):

Mi hijo se realizará el examen con su doctor privado.

Mi hijo tendrá el examen con el doctor de la escuela.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Abril de 2021

Estimados padres / tutores:

Esta carta es para informarles acerca de las revisiones a los Reglamentos del Servicio de Salud Escolar del Estado de Nueva York.

Exámenes de salud y requisitos de detección

- Se requerirán exámenes de salud para los nuevos participantes y en los grados Pre-K o K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11.
- Se requerirán pruebas de detección de la percepción del color, la distancia y la agudeza visual cercana para nuevos participantes dentro de los 6 meses de admisión a la escuela.
- Se requerirá agudeza visual a distancia y de visión cercana en los grados Pre K o K, 1, 3, 5, 7 y 11.
- Se requerirá un examen de audición utilizando pruebas de tonos puros para los nuevos participantes dentro de los 6 meses de admisión a la escuela y en los grados Pre K o K, 1, 3, 5, 7 y 11.
- Se requerirá un examen de escoliosis en los grados 5 y 7 para niñas y el grado 9 para niños.

Vacunas

Los estudiantes que ingresan al 6 ° grado requerirán * 2 vacunas adicionales:

- * Tdap
- * Segunda dosis de varicela: registro médico firmado de un proveedor de atención médica que indica que el estudiante tuvo la enfermedad de varicela es una prueba aceptable de inmunidad.

Los estudiantes que ingresan al 6 ° grado y que tienen 11 años de edad o más deben recibir una vacuna que contenga toxoides tetánicos, difteria y tos ferina acelular (Tdap).

Los estudiantes que tienen 10 años de edad y que ingresan al 6 ° grado no deberán recibir la Tdap hasta que cumple 11 años. En ese momento, deben proporcionar la documentación de una dosis de refuerzo de Tdap o proporcionar prueba de una cita para la dosis de refuerzo dentro de los 14 días.

Estudiantes que ingresan a los grados 7 y 12

- Los estudiantes que ingresan al Grado 7 deben tener 1 dosis de la vacuna meningocócica. Se les requerirá obtener un refuerzo a los 16 años.
- Los estudiantes que ingresan al Grado 12 deben tener:
 - 2 dosis de la vacuna meningocócica con la dosis de refuerzo administrada en o después de los 16 años
 - 1 dosis si la primera dosis de su hijo se administró en o después de los 16 años

Por favor llame al (518) 758-7575 ext., 4093, si tiene alguna pregunta o inquietud.

Sinceramente,

Michelle Warner, enfermera titulada
Coordinador de enfermera escolar
ICC High School Nurse
Teléfono: (518) 758-7575 ext. 4093
Fax: (518) 758-2181

AUTORIZACIÓN PARA LA LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del estudiante: _____ Grado actual: _____

Dirección anterior: _____

Dirección nueva: _____

Por la presente solicito que la Junta de Educación transfiera copias de los siguientes registros

Con respecto al estudiante mencionado arriba:

- Registros académicos (incluidas las evaluaciones estatales)
- Registros de asistencia
- Registros de salud / vacunas y el examen físico más reciente
- Informe psicológico integral (CONFIDENCIAL)
- Programa de Educación Individual (IEP) o Plan 504 (CONFIDENCIAL)
- Copia de la solicitud de almuerzo gratis oa precio reducido o carta de certificación del distrito
- Copia de la determinación legal con respecto a la tutela / custodia (si corresponde)
- Registro de disciplina
- Otro _____

DE:

El niño escolar se está yendo: _____

Dirección de la Escuela: _____

Teléfono de la escuela: _____ Fax de la escuela: _____

Fecha

Firma del padre / tutor

SÓLO PARA USO DE OFICINA:

Envíe los registros por fax a:

Escuela Primaria (Grados K-3) Fax: (518) 758-2199

Escuela Primaria / Secundaria (Grados 4-8) Fax: (518) 758-1405

Escuela Secundaria (Grados 9-12) Fax: (518) 758-8269

SPED Fax: (518) 758-2230

Solicitud de registros enviados a la escuela anterior _____ Fecha _____ Iniciales _____

Registros recibidos de la escuela _____ Fecha _____ Iniciales _____

Ac-09/26/12, ac-3/7/18, ac-5/22/18

**Ichabod Crane CSD
Valatie, NY 12184**

EMERGENCY INFORMATION 2022-2023

STUDENT NAME: _____ **Grade:** _____

**IN EVENT OF ILLNESS OR INJURY - IF PARENT/GUARDIAN IS UNAVAILABLE,
CONTACT:**

Relation to Student	Print Full Name	Phone Number	Authorized to Pick Up Student (Please initial)

**EN CASO DE ENFERMEDAD O ACCIDENTE - SI EL PADRE/TUTOR NO ESTA DISPONIBLE,
CONTACTAR:**

<u>Relación a estudiante</u>	<u>Imprima el nombre completo</u>	<u>Teléfono</u>	<u>Autorización para recoger Estudiante (Por favor inicial)</u>

Date
Fecha

Parent Signature
Firma del Padre

8/4/14 – amb, 12/1/15;adc, 6/13/17

Date Withdrew _____

F ___ R ___ D ___

2022-2023 Solicitud de Familia para las Comidas Escolares Gratis o Precios Reducidos

Para solicitar por comidas gratuitas o precios reducidos para sus niños, lea las instrucciones en el reverse, complete este formulario para su hogar, firme su nombre y volver a. Llame si usted necesita ayuda. Nombres adicionales se pueden ser listados en un documento separado.

Devuelva aplicaciones completas a

**Ichabod Crane Central School
2910 Rte. 9
Valatie, New York 12184**

1. Lista todos los niños en su hogar que asisten una escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Profesor(a)	Hijo/a de crianza	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. SNAP/TANF/FDPIR beneficios:

Si alguien en su hogar recibe cupones de alimentos, o beneficios de TANF o FDPIR, liste su nombre y CASO # aquí. Vaya a la parte 4, y firme la solicitud.

Nombre: _____ CASO # _____

3. Informe todos los ingresos para TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si usted respondió 'sí' al paso 2)

Todos los miembros del hogar (incluyendo a ti mismo y todos los niños que tienen ingresos).

Lista todos los miembros de la Familia no aparece en el paso 1 (incluido usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro de su familia, si no reciben ingresos, informe los ingresos totales de cada fuente en su conjunto sólo dólares. Si no reciben cualquier otra fuente de ingresos, escriba '0'. Si introduce '0' o dejar los campos en blanco, está certificando (prometedor) que no hay informe de ingresos.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones Cantidad/Frecuencia	La manutención de menores, pensión alimenticia Cantidad/Frecuencia	Pensiones, los pagos de jubilación Cantidad/Frecuencia	Otros ingresos, Seguridad Social Cantidad/Frecuencia	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	<input type="checkbox"/>

Totales miembros de la familia (niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del Numero de Seguridad Social: XXX-XX-____-____

No tengo un SS#

* Al completar la sección 3, un miembro de adulto del hogar tiene que proveer los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SS#), o marcar el " no tengo un numero de SS#" antes de que la aplicación puede ser aprobada.

4. Firma: Un miembro adulto del hogar tiene que firmar esta aplicación antes de que puede ser aprobado.

Certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos están reportado. Entiendo que les doy esta información para que la escuela recibirá fondos federales; los funcionarios de la escuela pueden verificar la información, y si yo doy intencionalmente información falsa, puedo ser procesado bajo leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder beneficios de comida.

Firma: _____ Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____ Dirección de la casa: _____

5. Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Grupo étnico : Hispano o latino No hispano o latino

Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA- PARA USO DE LA ESCUELA

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)

Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster

Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____

Free Meals Reduced Price Meals Denied/Paid

Signature of Reviewing Official _____ Date Notice Sent: _____

INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o precio reducido, llene sólo una solicitud de su hogar siguiendo las instrucciones. Firme la solicitud y envíela a _____. Si tiene un hijo de crianza en su hogar, usted puede incluir en su solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda: _____. Asegure de que toda la información se proporcione. Si no lo hace puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o retrasos innecesarios en la aprobación de su solicitud.

PARTE 1 **TODOS LOS HOGARES NECESITEN COMPLETAR LA Información. NO LLENE MAS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.**

- (1) Imprima los nombres de los niños para usted está aplicando en una sola aplicación.
- (2) Liste su grado y escuela.
- (3) Marque el bloque para indicar un hijo de crianza que vive en su hogar, o si usted cree y niño cumple con la descripción para personas sin hogar, migrante, o escapado de casa (personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

PARTE 2 **HOGARES CON CUPONES DE ALIMENTOS, TANF O FDPIR DEBE COMPLETE PARTE 2 Y FIRME PARTE 4**

- (1) Liste un presente SNAP, TANF, o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) caso número de alguien viviendo en su hogar. El número del caso esta proporcionado en su tarjeta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar necesite firmar la solicitud en PARTE 4. Omita PARTE 3. No liste nombres de miembros del hogar o ingresos si lista un caso número de SNAP, TANF o FDPIR número.

PARTE 3 **TODOS OTROS HOGARES NECESITEN LLENAR ESAS PARTES Y TODOS DE PARTE 4.**

- (3) Escriba los nombres de todos en su hogar, sean o no recibe ingresos. Incluya su nombre y los niños que usted está solicitando, todos los otros niños, su marido(a), abuelos, e otras personas en su hogar (familia o no). Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (4) Escriba la cantidad de ingresos Corrientes de cada miembro del hogar recibe, antes de impuestos o otras deducciones, e indique de donde vino, tales como sueldo, asistencia social, pensiones e otros ingresos. Si el ingreso corriente es más o menos del normal, indique el ingreso normal de esa persona. **Especifique la frecuencia con la cantidad de ingreso que se recibe: semanal, cada dos semanas, dos veces cada mes, o mensual.** El valor de cuidado de niños, proporcionado u arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por cuidado de niños o reembolso de los gastos incurridos por ese cuidado bajo de Cuidado de Niños y Subvención de Desarrollo Bloque, TANF y Programas de Cuidado de Niños de Riesgos **no** deben ser considerados como ingresos para este programa.
- (5) Pon el número total de miembros de la familia en la cajita. Este número debe incluir todos los adultos y niños en el hogar, y debe reflejar los miembros enumerados en parte 1 y parte 3.
- (6) La aplicación debe contener sólo los últimos cuatro dígitos del Numero de Seguridad Social del adulto que firme PARTE 4 si Parte 3 está llenando. Si el adulto no tenga un Número de Seguridad Social, marque la cajita. Si usted listó un número de SNAP, TANF o FDPIR, un número de Seguridad Social no es necesario.
- (7) Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la aplicación en Parte 4.

OTROS BENEFICIOS: Su hijo(a) puede ser elegible por beneficios como Medicaid o Programa de Seguro Médico para Niños (PSMN). Para determinar si su hijo(a) es elegible, funcionarios del programa necesitan información desde la solicitud de comidas gratis o precio reducido. Su consentimiento escrito se requiere antes de que cualquier información pueda ser puesta en libertad. Por favor, refiérase a la Carta de Revelación Paternal y Declaración de Consentimiento para obtener información sobre otros beneficios.

USO DE INFORMACIÓN DECLARACIÓN

USO DE INFORMACIÓN DECLARACIÓN: El Richard B. Russell Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no necesita dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar su hijo(a) por comidas gratis o a precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social del miembro adulto asalariado primario del hogar o cualquier adulto en el hogar que firme la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no son necesarios si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted lista un numero de Cupones de Alimentos, Temporal Asistencia para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (PDARI) u otro identificador PDARI para su niño o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguridad Social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y la ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Es posible que compartiremos su información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y funcionarios del orden para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en ingles), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.