

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)

El horario de inscripción es de lunes a viernes de 8 de la mañana a 4 de la tarde (El horario de verano rige del 26 de junio de 2023 al 25 de agosto de 2023 y es el siguiente: de lunes a jueves de 8 de la mañana a 4 de la tarde y Viernes 8 a 11 de la mañana 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 matrícula por la política de la Junta de Educación)
- Contrato de Alquiler/Arrendamiento Ejecutado
- Factura de Impuestos pagados
- Contrato de Hipoteca de Hogar/Escritura
- 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 dirigir 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: _____
Mes / día / año

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

Grado de Colocación: _____

Años en las Escuelas de los Estados Unidos: _____

Fecha de nacimiento: _____
Mes / día / año

Sexo: _____ Masculino _____ Femenino

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

ANTECEDENTES ACADÉMICOS

Grado: _____

¿Recibió su hijo los Servicios de Intervención Académica (AIS / Remedial)?**En caso afirmativo, marque el servicio adecuado:**

_____ Lengua y literatura _____ Matemáticas _____ Ciencia _____ Estudios Sociales

¿Recibió su hijo Respuesta a los Servicios de Intervención (RTI): _____ Sí _____ No**¿Su hijo tenía un Plan de Educación Individual (IEP)?:** _____ Sí _____ No**En caso afirmativo, indique la clasificación:**

_____ Autismo	_____ Discapacidad Intelectual	_____ Lenguaje del Habla Deterioro
_____ sordo /ciego	_____ Incapacidades de Aprender	_____ traumáticamente cerebral lesionado
_____ Sordo	_____ Incapacidades Múltiples	_____ Deficientes visuales
_____ Disturbio emocional	_____ Afectado ortopédicamente	_____ Personas con discapacidad auditiva
_____ Otros problemas de salud		

¿Qué servicios de educación especial recibió su hijo? Por favor marque todos los que apliquen:

_____ Servicios de Consultor Maestro	_____ Terapia física	_____ Terapia del lenguaje
_____ Programación Integrada	_____ Servicios psicológicos	_____ La audición del maestro está deteriorada
_____ Terapia ocupacional	_____ Trabajo social	_____ Terapia de visión
_____ One on One Aide	_____ Clase especial	

¿Su hijo tenía un plan 504? _____ Sí _____ No. Por favor proporcione una copia si la tiene.**Indique la secuencia de calificación de su hijo y el nombre de la escuela en la que se registró.**

GRADO	NOMBRE DE ESCUELA	DIRECCIÓN DE LA ESCUELA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Si sospecha que su hijo puede tener una discapacidad física, cognitiva o emocional, tiene derecho a remitir a su hijo al Comité de Educación Especial del Distrito para una evaluación, y una determinación sobre si su hijo es elegible para recibir educación especial. servicios y programas. Más información sobre sus derechos se expone en la Guía para padres de SPED en NYS del Departamento de Educación del Estado de Nueva York para niños de entre 3 y 21 años. Disponible en inglés en <http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentsguide.pdf> o en español en <http://www.p12nysed.gov/specialed/publications/policy/spanishparentguide.htm>

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 temporal? _____ 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 temporal (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 afirmativamente más arriba, por favor envíe una copia de este formulario a Andrea Williams (awilliams@ichabodcrane.org), enlace del programa McKinney-Vento, en la oficina central del distrito.

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).

Adc 3/6/18

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
--------	-----	-------

Nombre	FDN	Grado
--------	-----	-------

Nombre	FDN	Grado
--------	-----	-------

Nombre	FDN	Grado
--------	-----	-------

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

Nombre	FDN	Grado
--------	-----	-------

Nombre	FDN	Grado
--------	-----	-------

Nombre	FDN	Grado
--------	-----	-------

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		☐ Masculino ☐ 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?	☐ Inglés	☐ Otro	especifique
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	☐ Inglés	☐ Otro	especifique
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	☐ Madre	☐ Padre	especifique
	☐ Tutor(es)		especifique
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro	especifique
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro	☐ No sabe hablar especifique
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro	☐ No sabe leer especifique
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro	☐ No sabe escribir especifique

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* ☐ No ☐ No se sabe ☐ <i>* En caso afirmativo, por favor explique :</i> _____	
¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? ☐ Poca gravedad ☐ Algo grave ☐ Muy grave	
10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? ☐ No ☐ Sí* <i>* Por favor, llene 10b.</i>	
10b. <i>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?</i> ☐ No ☐ Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____	
Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial <i>(favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):</i> ☐ De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) ☐ 3 a 5 años (Educación Especial) ☐ 6 años o mayor (Educación Especial)	
10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (“IEP” por sus siglas en inglés)? ☐ No ☐ Sí	
11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? <i>(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)</i> 	
12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____	

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

Relación con el estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otra: _____

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Date

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLO			
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: ☐ No ☐ Yes			
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: MO. DAY YR.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;">OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</td> <td style="padding: 5px;"> ☐ ADMINISTER NYSITELL ☐ ENGLISH PROFICIENT ☐ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM </td> </tr> </table>	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:	☐ ADMINISTER NYSITELL ☐ ENGLISH PROFICIENT ☐ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:	☐ ADMINISTER NYSITELL ☐ ENGLISH PROFICIENT ☐ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM		
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL			
NAME: _____	POSITION: _____		
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: MO. DAY YR.	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: </td> <td style="padding: 5px;"> ☐ ENTERING ☐ EMERGING ☐ TRANSITIONING ☐ EXPANDING ☐ COMMANDING </td> </tr> </table>	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:	☐ ENTERING ☐ EMERGING ☐ TRANSITIONING ☐ EXPANDING ☐ COMMANDING
PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:	☐ ENTERING ☐ EMERGING ☐ TRANSITIONING ☐ EXPANDING ☐ 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 Pacifico:** 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) _____

Familias Actualmente o Previamente Ocupados En Trabajo de Agricultura

Preguntas para padre o tutor:

1. ¿Se ha mudado usted en los últimos 3 años a diferentes distritos escolares? _____ Si _____ No
2. En los últimos 3 años usted o alguien viviendo con usted ha trabajado o está actualmente trabajando en el sector agrícola, en una fábrica procesadora de alimentos o en ganadería/finca?

Heno, Industria lechera, Cosechas, Avícola, Industria Pesquera, Invernadero, Frutos menores/vegetales

Favor Contestar: _____ Si _____ No

Si contesta **Si** a ambas preguntas (1 y 2) favor de completar lo que sigue abajo

Si contesta **No** a cualquiera de las preguntas **Deténgase. No tiene que completar la forma que sigue**

Nombre del Estudiante: _____
Nombre Inicial Apellido

Sexo: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____ **Grado:** _____ **Idioma del Hogar:** _____
M F M D Año

Nombre del Padre/Guardián/Persona responsable: _____ **Hermanos:** _____

Dirección Actual: _____ **Teléfono:** _____

El Programa de Servicios Extendidos del Migrante fue autorizado por el Congreso para ayudar a estudiantes elegibles a mantener continuidad en su educación. El mismo está autorizado por el Título 1, Parte C del ESEA. Este programa provee ayuda educacional tanto a estudiantes como a sus familias.

Autorizo a que este documento sea entregado al Programa de Servicios Extendidos del Migrante.

Imprima Nombre Padre/Guardián Firma del Padre/Guardián Fecha

Usted será contactado por un representante del programa para completar la solicitud y determinar si es Usted elegible para recibir los servicios y además para explicar con más detalle el programa.

PARA USO DE LA OFICINA: Si la respuesta a ambas preguntas es "sí", envíe el formulario completo por correo a: Herkimer County BOCES Migrant Education Outreach Program, Hanka Grabovica, Director, 352 Gros Blvd. Herkimer, NY 13350. Teléfono: (315) 867-2085. Fax: (315) 867-2087. Correo electrónico: hgrabovica@herkimer-boces.org

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)

_____ Anemia	_____ Enfermedad Cardíaca	_____ Oídos
_____ Defectos Congénitos	_____ Polio	_____ Dolores de Cabeza (Migrañas)
_____ Varicela	_____ Tuberculosis	_____ Cirugías
_____ Diabetes	_____ Neumonía	_____ Heridas Serias
_____ Epilepsia (Convulsiones)	_____ Fiebre Reumática	_____ Alergias (alimentos insectos medicamentos)
_____ Rubéola	_____ Fiebre Escarlatina	Mencione: _____
_____ Sarampión	_____ Tuberculosis	_____ Usa Espejuelos
_____ Paperas	_____ Tos ferina	_____ Todo el tiempo
_____ Nefritis	_____ Asma	_____ Para leer solamente
(Enfermedad de Riñones)		_____ Dispositivos/Prótesis
		_____ audición
		_____ Andador
		_____ Brazaletes de piernas
		_____ 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/
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

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

Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP)/Disposición 2 en año no básico
Formulario de elegibilidad para ingresos de vivienda

Ichabod Crane Central School District participa en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (por sus siglas en inglés, "CEP") o Disposición 2 en un año no básico. Todos los niños de la escuela recibirán comidas y leche sin costo, sin importar los ingresos de su hogar o si llenaron este formulario. Este formulario tiene la finalidad de determinar la elegibilidad para beneficios adicionales de programas estatales y federales que sus hijos podrían recibir. Lea las instrucciones al reverso, llene solamente un formulario por hogar, firmelo y entréguelo a la escuela arriba mencionada. Llame al 518-758-4208 si necesita ayuda.

1. Escriba los nombres de todos los niños de su hogar que asisten a la escuela:

Table with 5 columns: Nombre del estudiante, Escuela, Grado/Maestro, Hijo de acogida, Sin ingresos. It contains 7 empty rows for data entry.

2. Beneficios de SNAP/TANF/FDPIR:
Si algún miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, escriba su nombre y numero de CASO aquí. Vaya a la parte 5 y firme la solicitud.

Nombre: N.º de caso:
3. Ingresos brutos del hogar: Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar, cuál es su sueldo y con qué frecuencia lo reciben (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual). No deje el ingreso en blanco. Si no tiene ingresos, marque la casilla correspondiente. Si mencionó a un hijo de acogida antes, debe incluir sus ingresos personales.

Table with 6 columns: Nombre del miembro del hogar, Ingresos del trabajo antes de deducciones, Manutención de menores, pensión por divorcio, Pensiones, pagos por jubilación, Otros ingresos, Seguro Social, Sin ingresos. It contains 9 rows for data entry.

4. Firma: Un miembro adulto del hogar debe firmar esta solicitud.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es veraz y que se han incluido todos los ingresos. Entiendo que la información se proporciona con el fin de que la escuela pueda recibir fondos federales. Los funcionarios escolares pueden verificar la información, y en caso de que haya proporcionado información falsa de manera deliberada puedo ser procesado de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, y mi hijo puede perder los beneficios de comidas.

Firma: Fecha:

Dirección de correo electrónico:

Teléfono de residencia

Teléfono de trabajo

Domicilio

NO ESCRIBA EN ESTE CUADRO – SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA
Conversion de los ingresos anuales (convierta solamente cuando se informen frecuencias de ingresos distintas en la solicitud)
Ingresos del hogar: Ingresos totales del hogar/Frecuencia: Tamaño del hogar:
Elegibilidad gratuita Elegibilidad reducida Elegibilidad denegada
Firma del funcionario que revisa:

INSTRUCCIONES del formulario de ingresos del hogar para CEP/Disposición 2 en año no básico

PARTE 1 TODOS LOS HOGARES DEBEN LLENAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UN FORMULARIO PARA SU HOGAR.

- (1) Escriba en un solo formulario y con letra de molde los nombres de los niños para los que presenta la solicitud, incluyendo a los hijos de acogida.
- (2) Escriba sus grados y escuelas.
- (3) Marque la casilla para indicar a un hijo de acogida que vive en su hogar, y marque la casilla para cada hijo sin ingresos.

PARTE 2 LOS HOGARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDPIR DEBEN LLENAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.

- (1) Escriba el número de caso vigente de SNAP (siglas en inglés del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria), TANF (siglas en inglés de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o FDPIR (siglas en inglés del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias) de todas las personas que viven en su hogar. No use el número de 16 dígitos que aparece en su tarjeta de beneficios. El número de caso se encuentra en su carta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar la PARTE 4 del formulario. **OMITA LA PARTE 3** - No escriba los nombres ni los ingresos de los miembros del hogar si incluyó algún número de SNAP, TANF o FDPIR.

PARTES 3 Y 4 TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN LLENAR EN SU TOTALIDAD LAS PARTES 3 Y 4.

- (1) Escriba los nombres de todos los miembros de su hogar, reciban o no ingresos. Inclúyase a usted mismo, a los hijos por los que llena la solicitud, a todos sus demás hijos, a su cónyuge, a los abuelos y a las demás personas, con o sin parentesco, que viven en su hogar. Use otra hoja de papel si necesita más espacio.
 - (2) Escriba el monto de los ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de impuestos y de cualquier deducción, e indique de dónde proviene, como ingresos, beneficencia, pensiones u otros ingresos. Si los ingresos actuales fueron mayores o menores de lo usual, escriba los ingresos usuales de la persona. **Especifique con cuánta frecuencia recibe este monto de ingresos; semanal, cada dos semanas (catorcenal), 2 veces al mes, mensual. Si no tiene ingresos, marque la casilla correspondiente.** El valor del cuidado de niños provisto u organizado, así como cualquier monto recibido como pago por dicho cuidado de niños y reembolso por costos incurridos debido a dicho cuidado de acuerdo con el Subsidio en Bloque para Cuidado y Desarrollo de Niños, TANF y Programas de Cuidado de Menores en Situación de Riesgo, **no** debe considerarse como ingreso para efectos de este programa.
-

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Inserte aquí la declaración de política de privacidad de la Agencia Educativa Local.