

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE LOCUST VALLEY

(516) 277-5065

FAX (516) 277-5098

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN PARA PADRES

Los siguientes documentos deben proporcionarse al momento de la inscripción.

1. VERIFICACIÓN DE FECHA Y NOMBRE DE NACIMIENTO

- Certificado de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte, registro de adopción, registro escolar anterior o documentos legales/de custodia/tutela.

2. VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

- **Propietarios:** comprobante de propiedad (escritura, declaración de hipoteca reciente o factura de impuestos y factura de servicios públicos reciente).
- **Inquilinos:** Declaración jurada del propietario (escritura, estado de cuenta reciente de la hipoteca o factura de impuestos adjunta, contrato de arrendamiento) y factura reciente de servicios públicos u otro correo.
- **Otro:** si reside con el propietario o un inquilino, pero no paga el alquiler, debe presentar una Declaración jurada del propietario / residente para el residente que no alquila (escritura, estado de cuenta de hipoteca reciente o factura de impuestos adjunta) y un servicio público reciente. factura u otro correo.
- **Si corresponde:** documentos de custodia legal o declaración jurada del custodio (s).

3. BOLETA DE CALIFICACIONES

- Copia del boletín de calificaciones reciente

4. EXAMEN FÍSICO

- NYSED requiere un examen físico anual para los estudiantes nuevos en los grados pre-K, 2, 4, 7, 10 Deportes interescolares y documentos de trabajo que deben ser completados por una escuela o un proveedor de atención médica privado con licencia del NYS director médico.

5. VACUNAS

- Debe ser documentado por su proveedor de atención médica, departamento de salud o de una copia oficial del registro de vacunación de la escuela anterior del niño. Todas las vacunas deben especificar la fecha exacta en que se administró cada vacuna. A su hijo no se le permitirá asistir a la escuela sin la necesaria verificación de inmunizaciones.
- **Los estudiantes sin hogar** no están obligados a presentar prueba de inmunidad o inmunización para ser admitidos en la escuela. Según la Ley Federal, la Ley McKinney-Vento, los niños y jóvenes sin hogar deben tener igual acceso a una educación pública gratuita y adecuada. Dichos estudiantes tienen derecho a matricularse en la escuela incluso si carecen de los documentos que normalmente se necesitan, incluida la prueba de vacunación. Se requiere que todos los distritos escolares, BOCES y escuelas autónomas tengan un enlace para los estudiantes sin hogar cuyas obligaciones incluyen hacer determinaciones de elegibilidad caso por caso y ayudar al estudiante a obtener los registros de vacunación o inmunizaciones. Más información está disponible en <http://www.p12.nysed.gov/accountability/homeless/>

LOCUST VALLEY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

(516) 277-5000

FAX (516) 277-5098

Lista de Verificación

- _____ Formulario de registro personal (necesaria)
- _____ Declaracion Jurada De Residencia-Formulario A (necesaria)
- _____ Formulario B o Formulario D Para Inquilinos (necesaria)
- _____ Formulario De Servicios De Educacion Especial (necesaria)
- _____ Cuestionario de Idioma del Hogar (necesaria)
- _____ Cuestionario de Residencia (necesaria)
- _____ Historia de Salud del Estudiante
- _____ Declaracion de Residencia De Los Padres
- _____ Certificado de Nacimiento, certificado de bautismo o Passaporte

Fecha de Registro:	Hogar:
Escuela:	Registro del Estudiante Existente:
Información del Estudiante	
Apellido:	Nombre:
Fecha de Nacimiento: Lugar de Nacimiento:	Género: Raza: Origen Étnico:
Dirección: Ciudad:	Teléfono del Hogar:
Información del Padre	
Nombre: Dirección::	Teléfono de Casa: Teléfono de Trabajo: Teléfono Celular: Dirección de Correo Electrónico:
información de la Madre	
Nombre: Dirección:	Teléfono de Casa: Teléfono de Trabajo: Teléfono Celular: Dirección de Correo Electrónico:
Información del Tutor	
Nombre: Dirección:	Teléfono de Casa: Teléfono de Trabajo: Teléfono Celular: Dirección de Correo Electrónico:
Información del Hogar	
Idioma Principal del Hogar:	Fecha de Traslado:
¿Es Propietario o Renta su Residencia?	Dirección:

DISTRITO CENTRAL ESCOLAR DE LOCUST VALLEY

(516) 277-5065

FAX (516) 277-5098

DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA FORMULARIO A

Página 1 de 2

Propietarios de viviendas:

Debe presentar prueba de propiedad (escritura original, recibo de la hipoteca o factura de impuestos más reciente y un reciente proyecto de ley de servicios públicos

Inquilinos :

Debe presentar una declaración jurada de propietario y un pago de servicio y otro documento que reciban por correo y/o contrato de arrendamiento/acuerdo de alquiler.

Otros:

Si usted reside, ya sea con el propietario o inquilino, pero no paga el alquiler, debe presentar una declaración firmada declaración escrita que indique qué y el propietario o inquilino con el que reside debe completar el Formulario D y presentarlo con prueba de propiedad o contrato de arrendamiento. También debe presentar una factura de servicios públicos reciente.

Yo (Nosotros), _____ y _____,

Escriba el nombre y apellido de la madre o tutor

Escriba el nombre y apellido del padre o tutor

Casa () _____

Casa () _____

Trabajo () _____

Trabajo () _____

Celular () _____

Celular () _____

estando debidamente juramentado, testifico y digo::

Yo (Nosotros) soy (somos) el (los) padre (s) o los tutores legales de los niños nombrados directamente a continuación:

Nombre y Apellido del niño	Fecha de Nacimiento	Escuela a la que Asistirá	Grado al que Ingresara

Yo (nosotros) resido en: _____ (DIRECCIÓN)

Describe la naturaleza exacta del espacio (apartamento en el sótano, segundo piso apartamento, número de habitaciones, etc.) _____

Yo (nosotros) comencé a residir en esta dirección el _____ (FECHA).

Esta es mi (nuestra) actual y única residencia permanente. Mi (Nuestro) hijo(s) viven conmigo (nosotros) y esta dirección es la residencia actual y única.

Entiendo (Entendemos) que esta declaración se realiza BAJO PENAS DE PERJURIO para que mi (nuestros) hijo (s) puedan ser admitidos en las escuelas del Distrito Escolar Central de Locust Valley como residente legal del distrito. Entiendo (entendemos) además que si se determina que mi (nuestros) hijo (s) no es un residente legítimo de LVCSD, yo (nosotros) seremos LEGALMENTE RESPONSABLES y SE NOS FACTURARÁ por los gastos del distrito escolar. tasa de matrícula anual por año, por niño, retroactiva al primer día de admisión. Yo (nosotros) también nos damos cuenta de que el robo de servicios gubernamentales es un delito punible en virtud de la Ley Penal del Estado y que una declaración falsa en relación con esta declaración jurada me (nos) hará responsable de un proceso penal. Se me (nos) informaron que el distrito escolar realizará visitas domiciliarias sin previo aviso con el fin de verificar la residencia.

(Complete el reverso)

FORMULARIO A

Página 2 de 2

Mi (Nuestro) arreglo de vivienda actual se rige por: (Marque la casilla correspondiente)

- Propietario
 Contrato de arrendamiento o acuerdo de alquiler. Fecha de caducidad _____
 Otro _____
Por favor especifique

Mi (Nuestra) dirección anterior era: _____

IMPORTANTE: Si tiene una relación parental diferente para uno o más niños en la página 1, copie esta página y complete por separado para cada niño (s) para los que marcó la casilla a continuación.

Para _____ (NOMBRE DEL ESTUDIANTE) somos: (Marque uno)

_____ Persona en relación con los padres (**Debe presentar los formularios de declaración jurada E y F**)
_____ Padre(s) de crianza **Debe presentar la documentación de la colocación en cuidado de crianza**

Si el estudiante vive con alguien que no sea el padre o tutor legalmente designado, proporcione la dirección y el número de teléfono de cualquier padre/tutor natural vivo en los espacios a continuación. NO APLICABLE _____
(Marque)

Nombre _____ Relación _____
Dirección _____ Código Postal _____ Teléfono () _____
Nombre _____ Relación _____
Dirección _____ Código Postal _____ Teléfono () _____

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DEBEN SER RESPONDIDAS CUANDO ESTA DECLARACIÓN JURADA ES PRESENTADA POR PERSONAS QUE NO SON LOS PADRES NATURALES DEL ESTUDIANTE:

- a) ¿Por qué el niño no vive con su padre biológico o adoptivo? _____
b) ¿El estudiante vive exclusivamente en su casa? Sí - No (Marque uno)
c) ¿Es esta una relación temporal? Sí - No (Marque uno)
d) ¿Es esta una relación permanente? Sí - No (Circule uno)
e) ¿Con qué frecuencia los padres biológicos verán al niño _____
f) ¿Qué porcentaje del apoyo financiero lo harán los padres biológicos? _____
g) ¿Qué porcentaje del apoyo financiero le proporcionará? _____

Firma de la Madre o Tutor Legal

Firma del Padre o Tutor Legal

Firmado y juramentado ante mí
el día _____ de _____ 202_

Firmado y juramentado ante mí
el día _____ de _____ 202_

NOTARIO PÚBLICO
Revisado 11/14 (T. CE 1/19/21)

NOTARIO PÚBLICO

DISTRITO CENTRAL ESCOLAR DE LOCUST VALLEY

(516) 277-5065

FAX (516) 277-5098

DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO
FORMULARIO B

Página 1 de 1

Adjunte una copia de la escritura O una declaración de hipoteca reciente O una factura de impuestos reciente como prueba de propiedad

Yo, _____ estando debidamente juramentado, declaro y digo

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL PROPIETARIO LEGAL/ DUEÑO/ ARRENDADOR (CASERO)

Soy el propietario legal/ dueño/ arrendador (casero) de _____ DIRECCIÓN

CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

Los términos y condiciones de dicho arrendamiento son los siguientes:
(Especifique el contrato de arrendamiento, acuerdo de alquiler u otro acuerdo, y la fecha de vencimiento, si corresponde)

A mi leal saber y entender, la propiedad mencionada anteriormente es la residencia actual de:

_____ y _____
ESCRIBA NOMBRE Y APELLIDO DE LA MADRE/TUTOR ESCRIBA NOMBRE Y APELLIDO DEL PADRE/TUTOR

Indique los nombres de los niños y otras personas que residen en esta dirección:

- 1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

ESCRIBA EL NOMBRE DEL PROPIETARIO LEGAL/ DUEÑO/ ARRENDADOR

FIRMA DEL PROPIETARIO LEGAL/ DUEÑO/ ARRENDADOR (CASERO)

Firmado y juramentado ante mí
el día _____ de _____ 202_

NOTARIO PÚBLICO _____

Yo (Nosotros) entendemos que esta declaración se hace para que los niños mencionados anteriormente puedan asistir a las escuelas del Distrito Escolar Central de Locust Valley como residentes legales del distrito. Yo (Nosotros) entendemos además que si se sospecha que alguno de los niños mencionados anteriormente no reside legalmente en el LVCSO, el Distrito llevará a cabo una investigación exhaustiva. En el caso de que se determine que un niño no es un residente legal, los padres y/o tutores serán legalmente responsables de pagar la matrícula anual del distrito escolar, retroactiva al primer día de asistencia a la escuela. Se me (nos) informaron que el distrito escolar realizará visitas domiciliarias sin previo aviso con el fin de verificar la residencia.

DISTRITO CENTRAL ESCOLAR DE LOCUST VALLEY

(516) 277-5000

FAX (516) 277-5098

DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO/RESIDENTE PARA EL RESIDENTE QUE NO ALQUILA FORMULARIO D

Página 1 de 2

Adjunte una copia de una declaración de hipoteca reciente O una factura de impuestos reciente Y una Factura de servicios públicos reciente (Cablevisión, Factura de teléfono, Factura ded PSEG)

ESTADO DE NUEVA YORK)

) SS:

CONDADO DE _____

Yo, _____ debidamente juramentado, declaro y digo:

PROPIETARIO/RESIDENTE QUE VIVE EL DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE LOCUST VALLEY

YO actualmente vivo en:

DIRECCIÓN

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Las siguientes personas residen conmigo. Escriba en letra de imprenta su nombre y apellido a continuación:

- 1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

Yo (Nosotros) entendemos que esta declaración se hace para que los niños mencionados anteriormente puedan asistir a las escuelas del Distrito Escolar Central de Locust Valley como residente legal del distrito. Entiendo (entendemos) además que si se sospecha que alguno de los niños mencionados anteriormente no reside legalmente en el LVCSO, el Distrito llevará a cabo una investigación exhaustiva. En el caso de que se determine que un niño no es un residente legal, los padres y/o tutores serán legalmente responsables de pagar la matrícula anual del distrito escolar, retroactiva al primer día de asistencia a la escuela. Se me (nos) informaron que el distrito escolar realizará visitas domiciliarias sin previo aviso con el fin de verificar la residencia.

ESCRIBA EL NOMBRE DEL PROPIETARIO LEGAL/ DUEÑO/ ARRENDADOR (CASERO)/RESIDENTE

FIRMA DEL PROPIETARIO LEGAL/ DUEÑO/ ARRENDADOR (CASERO)/RESIDENTE

Firmado y juramentado ante mí el día _____ de _____ 202_

NOTARIO PÚBLICO

(VÉASE AL REVERSO LOS ARTÍCULOS QUE DEBE PRESENTAR EL RESIDENTE DEL RESIDENTE QUE NO ALQUILA)

El residente del residente que no alquila debe proporcionar al Distrito Escolar Central de Locust Valley lo siguiente:

- 1. Declaración jurada del propietario/residente para el residente que no alquila.**
- 2. Una factura de servicios públicos reciente (Cablevisión, Factura de teléfono o PSEG) que indique el nombre de la persona que no alquila.**
- 3. Una carta escrita a mano, fechada y firmada que indique que reside con el propietario/residente de LVCS D. Indique el nombre y apellido de todas las demás personas que viven con usted, incluido su cónyuge e hijos en dicha dirección.**

(T. CE 1/19/21)

LOCUST VALLEY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

(516) 277-5000

FAX (516) 277-5098

DECLARACIÓN DE RESIDENCIA DE LOS PADRES

Para los Padres/Tutores que van a registrar a estudiantes en las escuelas del Distrito Escolar de Locust Valley

El Distrito Escolar de Locust Valley afirma que su responsabilidad principal es proporcionar las mejores oportunidades educativas posibles para aquellos niños que son residentes legales del distrito.

Residencia.

De acuerdo con el Departamento de Educación del Estado residencia significa el domicilio, lo que requiere la propia presencia física y la intención de permanecer allí de forma permanente. Generalmente la residencia legal en un distrito escolar de un estudiante se presume que es el de su padre (s) o tutor legal.

Tutela.

Cuando se presenta una solicitud para un estudiante para asistir a la escuela en el distrito escolar de Locust Valley por un residente del distrito que no es el padre natural o adoptivo del estudiante o tutor legal, el tutor con custodia no judicial debe tener la responsabilidad total para el cuidado y la custodia del niño a la exclusión de todas las demás personas para que el estudiante sea considerado un residente del distrito. Los padres no podrán ceder la custodia con el único propósito de un estudiante (s) puedan asistir a la escuela en el distrito escolar de Locust Valley.

Más de Una Residencia.

El pago de los impuestos escolares no significa necesariamente que una persona sea residente legal. Los padres con múltiples residencias solo pueden tener una residencia legal, que es donde mantienen su domicilio permanente.

Matrícula.

Los estudiantes que están determinados a no ser residentes legales del distrito escolar deberán ser removidos en conformidad con la Política del Consejo y la Ley de Educación del Estado. El padre (s) o tutor legal serán responsables de los costos de matrícula completas para todo el tiempo en que el estudiante(s) asistió a la escuela de manera ilegal en el distrito escolar central de Locust Valley. Las tasas de matrícula para 2022/2023 para estudiantes no residentes son \$28,590 para los grados K - 6 y \$35,690 para los grados 7 - 12.

Prueba de Residencia.

Los estudiantes no serán registrados para asistir a escuelas de Locust Valley hasta que se proporcione una prueba aceptable de residencia/domicilio en el distrito. Por favor, vea la hoja adjunta de documentos aceptables como prueba de residencia.

Reconocimiento.

Reconozco que he leído y entendido las declaraciones anteriores. Además, entiendo que seré legalmente responsable y se me facturará el costo de la matrícula del distrito escolar si se encuentra que mi hijo / pupilo no es residente legítimo del distrito. También reconozco que el robo de servicios gubernamentales es una infracción según el Derecho Penal del Estado y que una declaración falsa en relación con esta solicitud me hace elegible para un procedimiento penal. Se me ha informado de que el distrito puede hacer visitas a domicilio sin previo aviso con fines de verificación de residencia.

ESCRIBA LOS NOMBRES DE LOS ESTUDIANTES

ESCRIBA SU DIRECCIÓN DE RESIDENCIA ACTUAL PERMANENTE

FIRMAS DE LOS PADRES / TUTORES

FECHA

Locust Valley Central School District

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – CUESTIONARIO DE RESIDENCIA

Nombre del Distrito Escolar: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Género: [] Hombre [] Mujer Fecha de Nacimiento: ___/___/___ Grado: ___ ID#: ___
Mes Día Año (jardín de infantes - 12) (opcional)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.

¿Donde está el estudiante viviendo actualmente? (Por favor marque una caja.)

- [] En un refugio
[] Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
[] En un hotel/motel
[] En un carro, parque, autobús, tren, o camping
[] Otra vivienda temporal (Por favor describa):
[] En un hogar permanente

Nombre de Padre, Guardián, o Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Firma de Padre, Guardián, o Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Fecha

Si el estudiante NO vive en un hogar permanente, no se requieren prueba de domicilio u otros documentos normalmente requeridos para inscripción y el estudiante debe ser matriculado inmediatamente. Después de que el estudiante sea matriculado, el distrito o la escuela debe pedir los documentos escolares, incluyendo los documentos de inmunización, al distrito o la escuela anterior. El enlace del distrito debe ayudar al estudiante conseguir cualquier otro documento necesario o inmunización.

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Si el estudiante NO vive en un hogar permanente, favor de asegurarse que una Formulario de Designación sea completado.

DISTRITO ESCOLAR DE LOCUST VALLEY
Nueva Forma de Registro de Locust Valley
Antes de los Servicios de Educacion Especial

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
Direccion _____ Telefono _____
Ultima escuela donde Estudio _____ Distrito _____
Direccion _____ Telefono _____
Ultimo Ano Escolar _____ Nombre de la Maestra _____

El estudiante recibio algun Servicio de Educacion Especial o No o Si (indique abajo)
El estudianate recibio el 504 del Plan de Adaptaciones o No o Si

Si usted indico "Si" arriba por favor complete la siguiente parte:

Tipo de Programa Educacion Especial Qye Atendio:

Clase de Educacion Especial Salon de Recursos
 Clase Integrada de Educacion Especial Solo Servicios Relacionados
 BOCES Educacion Especial: Nombre de la Escuela _____
 Otro (Especifique el tip de programa o nombre de la escuela) _____

Servicios Relacionados Provistos en la Colocacion Mas Reciente: Marque todas las que aplican

Language Asesoramiento Terapia Ocupacional Otros
 Terapia Fisica Servicios de Aducion Servicios de la Vista

Clasificacion (si la sabe)

No la se Discapacidad de Aprendizaje Discapacidad de Habla or lenguaje
 Discapacidad Intelectual Discapacidad Emocional
 Otro Discapacudad de Salud Multiples Discapacidades Autismo Sordera
 Sordera-Ceguera Discapacidad Ortopedica Discapacidad Audiitiva
 Discapacidad Visual Lesion Cerebral Traumatica

Usted tiene una copia reciente del programa de educacion individualizado de su hijo/a? No Si

Nombre del Moderador de Comite de Educacion _____

Especial CSE Director de Educacion Especial _____

Direccion de la Oficina del Comite de Educacion Especial (CSE) _____

Autorizacion para Tener Acceso a los Expedientes/Informacion del Distrito Escolar de Locust Valley

Yo autorizo a la escuela y al comite de Educacion Especial a que tenga acceso a la informacion academica, psicologica, medica y otras evaluaciones del Comite de Educacion individualizado y a los registros del Distrito Escolar de Locust Valley. Estoy consciente que todos los expedients servan confidenciales y que el personal de la escuela tendra acceso limitado para trabajar con mi hijo/a (directora, psicologa, trabajadora social, maestro de la clase o maestro de educacion especial, proveedores relacionados con los servicios, consejeros y/o la persona Moderador del Comite de Educacion Especial-CSE) a que hablen con otros individuos de la escuela y del Comite de Educacion especial indicado arriba. Estoy consciente que mi autorizacion es voluntaria y se puede retirar en cualquier momento.

Firma del Padrae/Persona en Relacion Parental

Fecha



Lissette 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:
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
Mes	Día	Año
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 _____
	<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* No No se sabe

* En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿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* * 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?

No 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):

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)?

(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: No Yes

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

Mo. DAY YR.

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.

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:

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE LOCUST VALLEY
ACTUALIZACIÓN DE LA HISTORIA DE SALUD DEL ESTUDIANTE

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Grado: _____ Género M F
 Padre/tutor: _____ (persona que completa este formulario) Teléfono casa: _____ Teléfono celular: _____ Fecha: _____

Su hijo:	SÍ	NO	Si la respuesta es sí, explique e incluya la fecha:
Tiene una condición médica continua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ve a un especialista médico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Ambiental <input type="checkbox"/> insectos <input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> otro
Ha sido hospitalizado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido una operación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se ha lastimado y ha tenido que visitar la Sala de Emergencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha faltado 5 días seguidos a la escuela debido a una enfermedad o a una lesión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido una lesión ósea o muscular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Se ha desmayado, ha tenido una conmoción cerebral o una lesión grave en la cabeza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido convulsión o ataque	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tiene problemas de la vista o alguna condición ocular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Lentes <input type="checkbox"/> Lentes de contacto
Tiene problemas del oído o alguna condición auditiva	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Aparato del oído <input type="checkbox"/> Implante Coclear
Ha usado un puente dental, frenos o alguna pieza bucal (boquilla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Algún miembro de la familia de más de 50 años ha:	SÍ	NO	En caso de que sí, escriba la fecha:
Ha tenido un ataque al corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ha tenido otros problemas serios de salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

VERIFIQUE TODAS LAS QUE APLICAN A SU HIJO:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> ADHD | <input type="checkbox"/> Afecciones GI (úlceras, reflujo, IBS) | <input type="checkbox"/> Escoliosis |
| <input type="checkbox"/> Asma / dificultad para respirar | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza / migrañas | <input type="checkbox"/> Único Órgano (<input type="checkbox"/> riñón, <input type="checkbox"/> testículo) |
| <input type="checkbox"/> Autismo / Asperger | <input type="checkbox"/> Condición del corazón | <input type="checkbox"/> Condición de la piel |
| <input type="checkbox"/> Lesiones dentales | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Condición del habla |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Condición de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Condición urinaria |
| <input type="checkbox"/> Infecciones del oído | <small>(depresión, trastorno de la alimentación, ansiedad, OCD, ODD, etc.)</small> | |

MEDICAMENTOS ACTUALES	SÍ	NO	Enumere el nombre, la dosis, horario (s)
Dado en la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tomado en casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
EQUIPO DE ASISTENCIA			
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> muletas <input type="checkbox"/> andador <input type="checkbox"/> silla de ruedas <input type="checkbox"/> otro:
TRATAMIENTOS			
Durante o fuera de la escuela	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> monitoreo de insulina / glucosa en sangre <input type="checkbox"/> inhalador / nebulizador / monitoreo de flujo máximo <input type="checkbox"/> dieta especial

Existe alguna condición que impida que su hijo participe en educación física o deportes? No Sí: _____ Fecha: _____

Enumere cualquier inquietud: (use la parte trasera de la hoja si es necesario) ** Firma del padre/tutor: _____ Rev 5-2018--- T. CE 1/10/19

**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED IN ENTIRETY BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR**

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name:	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

Allergies <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Insects <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/> Environmental	<input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
---	--	---

Asthma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other : _____	<input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
--	--	--

Seizures <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Type: _____	<input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached Date of last seizure: _____
--	--	--

Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> HbA1c results: _____ Date Drawn: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached
--	---	---

Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes:

Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother; and/or pre-diabetes.

BMI _____ kg/m2 **Percentile (Weight Status Category):** <5th 5th-49th 50th-84th 85th-94th 95th-98th 99th and >

Hyperlipidemia: No Yes **Hypertension:** No Yes

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
TESTS	Positive	Negative	Date	Other Pertinent Medical Concerns
PPD/ PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		One Functioning: <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Testicle
Sickle Cell Screen/PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Concussion – Last Occurrence: _____
Lead Level Required Grades Pre- K & K			Date	<input type="checkbox"/> Mental Health: _____
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 10 $\mu\text{g/dL}$				<input type="checkbox"/> Other: _____

System Review and Exam Entirely Normal

Check Any Assessment Boxes Outside Normal Limits And Note Below Under Abnormalities

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Additional Information Attached

Name:			DOB:	
SCREENINGS				
Vision	Right	Left	Referral	Notes
Distance Acuity	20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Distance Acuity With Lenses	20/	20/		
Vision – Near Vision	20/	20/		
Vision – Color <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				
Hearing	Right dB	Left dB	Referral	
Pure Tone Screening			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Scoliosis Required for boys grade 9 And girls grades 5 & 7	Negative	Positive	Referral	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Deviation Degree:		Trunk Rotation Angle:		
Recommendations:				
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK				
<input type="checkbox"/> Full Activity without restrictions including Physical Education and Athletics. <input type="checkbox"/> Restrictions/Adaptations Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications <input type="checkbox"/> No Contact Sports Includes: baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling <input type="checkbox"/> No Non-Contact Sports Includes: archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, Skiing, swimming and diving, tennis, and track & field <input type="checkbox"/> Other Restrictions:				
<input type="checkbox"/> Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY Grades 7 & 8 to play at high school level OR Grades 9-12 to play middle school level sports Student is at Tanner Stage: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V				
<input type="checkbox"/> Accommodations: Use additional space below to explain <input type="checkbox"/> Brace*/Orthotic <input type="checkbox"/> Colostomy Appliance* <input type="checkbox"/> Hearing Aids <input type="checkbox"/> Insulin Pump/Insulin Sensor* <input type="checkbox"/> Medical/Prosthetic Device* <input type="checkbox"/> Pacemaker/Defibrillator* <input type="checkbox"/> Protective Equipment <input type="checkbox"/> Sport Safety Goggles <input type="checkbox"/> Other: *Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.				
Explain: _____				
MEDICATIONS				
<input type="checkbox"/> Order Form for Medication(s) Needed at School attached				
List medications taken at home:				
IMMUNIZATIONS				
<input type="checkbox"/> Record Attached		<input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS		Received Today: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
HEALTH CARE PROVIDER				
Medical Provider Signature:			Date:	
Provider Name: <i>(please print)</i>			Stamp:	
Provider Address:				
Phone:				
Fax:				
Please Return This Form To Your Child's School When Entirely Completed.				

FUENTES Y EJEMPLOS DE INGRESOS

Para obtener información adicional sobre ingresos, consulte las instrucciones que acompañan esta solicitud.

Fuentes de ingresos

Ingresos del trabajo

- sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones
- ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial)

Si forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.:

- pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia [FSSA, por sus siglas en inglés] ni subsidios para vivienda privada)
- subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta

Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos

- seguridad social, discapacidad (Incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón)
- pensiones privadas o beneficios por discapacidad
- ingresos procedentes de fideicomisos o herencias anuales
- ingresos por inversiones
- intereses devengados
- ingresos por arrendamiento
- pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas

Ejemplos de ingresos de los niño/as

- Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario.
- Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social. El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a recibe beneficios del Seguro Social.
- Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos.
- Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.

OPCIONAL

Identidades étnicas y raciales de los niño/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida por la Ley de Privacidad de 1974.

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niño/as. Esta información es importante y ayuda a garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niño/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.

Origen étnico (marque una opción): Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza) Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más opciones): Indígena americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Blanco

Devuelva este formulario completado a la escuela de su niño/a. *No envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.

NO LLENAR

Solo para uso de la escuela.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income	How often?	Household size	Eligibility	Date
	Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Annual <input type="checkbox"/>		Free <input type="checkbox"/> Reduced <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/>	
Determining Official's Signature	Date	Confirming Official's Signature	Date	Verifying Official's Signature

Declaración sobre el uso de la información

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar qué personas reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarlos a proporcionar los beneficios del programa para su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa. Asegúrese de proporcionar los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene este número, seleccione la caja al lado de "Marque si no tiene número de Seguro Social". Las solicitudes para un niño/a de acogida temporal no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para los niño/as de hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPRI) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niño/as reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para recibir comidas sin costo para un *foster child* y para niño/as sin hogar, migrante o que huyó del hogar.

La información de contacto que aparece más adelante es únicamente para presentar una queja por discriminación.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

*Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442, o
Correo electrónico: program.intake@usda.gov

*No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.

Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.