

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Ofrezca asistencia a los estudiantes y familias para completar este formulario. Este formulario debería de ser incluido como la primera página de los materiales de inscripción que el distrito comparte con familias. No incluya este formulario en el paquete de inscripción sin advertencias apropiadas. Por ejemplo, tendrá que cambiar partes del paquete de inscripción que requieren que se entreguen prueba de inscripción antes de matricular. Estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento, no necesitan entregar prueba de residencia y otros documentos normalmente requeridos antes de matricular.

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: Hombre
 Mujer

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Mes Día Año

Grado: ____ ID#: ____
(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.

¿Dónde 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 CUALQUIER caja que no sea "En un hogar permanente" está marcada, **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 asegúrese que una Formulario de Designación sea completado.

victor central school district
Formulario de Registro del Estudiante

Para uso exclusivo de la oficina

Student # _____

Grade _____

Información del Estudiante

Nombre _____ primero segundo apellido Nombre Preferido (si es aplicable) _____

Dirección de envío _____ ciudad estado código postal

Dirección de casa _____ (si es diferente de la dirección de correo) ciudad estado código postal

Número de teléfono de casa: (_____) Número Celular: (_____)

Condado de residencia: Ontario Wayne Monroe

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Género: M F

Registros de la Escuela

Nombre de la escuela a la que asistió por última vez _____ Distrito _____

Dirección _____ ciudad estado código postal

Número de teléfono: (_____) Número de fax Oficina de Orientación: (_____)

Servicios Estudiantiles

¿Ha sido su hijo identificado por tener una discapacidad educativa? Sí No

En caso afirmativo, describa _____

Marcar lo que corresponda: Estudiante tiene un Plan actual de Educación Individualizada (IEP)

Estudiante tiene un Plan de Adaptación 504

Describe otros servicios de educación especial que su hijo ha recibido (i.e. del habla, terapia ocupacional, terapia física, de recursos, de clase especial, clases de recuperación): _____

¿Ha recibido su hijo cualquier otro servicio (i.e. dotados/talentedos, y/o Inglés como Segundo Idioma)? Sí No

Si es así, por favor describa _____

¿Existen importantes problemas de salud? Sí No

Por favor especifica: Asma Alergias Diabetes Convulsiones Otro _____

Nombre del estudiante _____

Información del Padre/Tutor

Madre Padre Madrastra Padrastro Tutor Legal

Nombre _____

Dirección _____
(si es diferente de la hija de)

Teléfono de casa _____

Teléfono móvil _____

Teléfono de trabajo _____

Empleador _____

Correo electrónico _____

Madre Padre Madrastra Padrastro Tutor Legal

Nombre _____

Dirección _____
(si es diferente de la hija de)

Teléfono de casa _____

Teléfono móvil _____

Teléfono de trabajo _____

Empleador _____

Correo electrónico _____

Madre Padre Madrastra Padrastro Tutor Legal

Nombre _____

Dirección _____
(si es diferente de la hija de)

Teléfono de casa _____

Teléfono móvil _____

Teléfono de trabajo _____

Empleador _____

Correo electrónico _____

Madre Padre Madrastra Padrastro Tutor Legal

Nombre _____

Dirección _____
(si es diferente de la hija de)

Teléfono de casa _____

Teléfono móvil _____

Teléfono de trabajo _____

Empleador _____

Correo electrónico _____

¿Hay alguna restricción de custodia o una orden de protección? Por favor explique: _____

Contactos de Emergencia *(más allá del padre/tutor legal)*

Nombre _____

Relacion con el niño:

Abuelo Vecino Niñera Otro

Teléfono de casa _____

Teléfono móvil _____

Teléfono de trabajo _____

Nombre _____

Relacion con el niño:

Abuelo Vecino Niñera Otro

Teléfono de casa _____

Teléfono móvil _____

Teléfono de trabajo _____

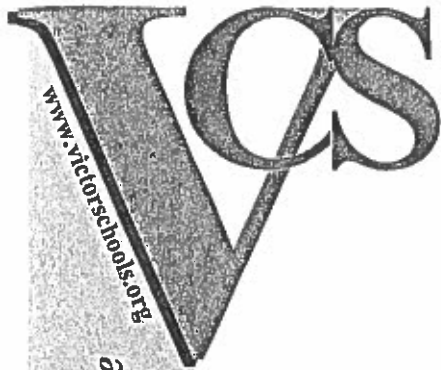
Firma

Verificación por suscripción y notificación en la sección ley penal 210.45

Es un crimen que se castiga como un delito menor Clase A bajo las leyes del Estado de Nueva York, que una persona, en y por un instrumento escrito, haga una declaración falsa, o haga una declaración, que tal persona no cree verdad adera.

Confirmado bajo pena de perjurio este _____ día de _____ 20____

Firma _____



Victor Central School District

953 High Street, Victor, New York 14564 (585) 924-3252 FAX: (585) 742-7020

Dawn A. Santiago-Marullo, Ed.D., Superintendent of Schools
Melanie McGuire, Director of Special Programs and Compliance

Chris Overfield, Registrador del Distrito
(585) 924-3252, ext. 1451
Fax: (585) 742-7020

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Escuela Actual: _____

Dirección: _____

Ciudad/ Estado/Código Postal: _____

Número de Fax de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento del Estudiante: _____

Nueva Dirección del Estudiante: _____

Nuevo Teléfono del Estudiante: _____ Grado Actual: _____

Se da el permiso para divulgar los siguientes registros de la escuela:

- _____ Record Permanente/Transcripción de calificaciones
- _____ Récord de Salud
- _____ Resultados de las Pruebas Estandarizadas
- _____ Las Pruebas Psicológicas
- _____ Otros datos que determine necesario y relevante para la programación educativa apropiada para el estudiante
- _____ Registros de Asistencia
- _____ Habla/OT/PT Registros

La Información debe ser remitida a: CHRIS OVERFIELD

Registros del CSE - Sólo los registros de educación especial ~ Envíe a la Oficina del CSE:
Attention: Melanie McGuire, Director of Special Programs and Compliance
953 High St., Victor, NY 14564. FAX (585) 742-7020.

Padre o tutor legal, o estudiante si es mayor de 18 años de edad

Fecha

To Teach • To Learn • To Support • To Improve • To Achieve



**DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE ESCUELA CENTRAL VICTOR
953 HIGH STREET
VICTOR, NEW YORK 14564
585-924-3252, Ext. 5701**

Para que podamos tomar decisiones apropiadas con respecto a las rutas de los autobuses, necesitamos este formulario completado y devuelto a la Oficina de Transporte en Victor. Si se producen cambios (número de teléfono, dirección, niñera, etc.) durante el año, por favor notifique a la escuela y al Departamento de Transporte, por escrito, con 24 horas de anticipación.

Fecha de Hoy: _____ Año Escolar/Grado: _____

Nombre del Estudiante: _____
Apellido Nombre de Pila Inicial Segundo Nombre

Padre(s)/Guardián(es): _____

Relación con el Niño: _____

Dirección: _____
Ciudad/Pueblo Código Postal

Dirección Postal: _____
Ciudad/Pueblo Código Postal

Teléfono de Casa: _____

Teléfono Móvil (Contacto #1): _____ Teléfono Móvil (Contacto #2): _____

Teléfono del Trabajo (Contacto #1): _____ Teléfono del Trabajo (Contacto #2): _____

Autobus por la mañana (domicilio)

Autobus por la tarde (domicilio)

LUNES- _____
 MARTES- _____
 MIÉRCOLES- _____
 JUEVES- _____
 VIERNES- _____

LUNES- _____
 MARTES- _____
 MIÉRCOLES- _____
 JUEVES- _____
 VIERNES- _____

Nombre del Proveedor de Cuidado del Niño: _____
Relación (niñera, abuela/o, hermano/a)

Dirección: _____

Teléfono de Casa: _____ Teléfono Móvil: _____

VICTOR CENTRAL

SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN RACIAL Y ÉTNICA DEL ESTUDIANTE

(Para ser completado después de la inscripción)

Para el Padre/Tutor: El Departamento de Educación de EE.UU. y el Departamento de Estado de Nueva York requieren la recopilación y registro de la identidad racial y étnica de los estudiantes. La información será utilizada para:

- Se requiere informe de datos a los departamentos de educación estatales y federales.
- Planificar programas educativos y asegurarse de que están fácilmente disponibles para todos los estudiantes.
- Analizar las diferencias en el rendimiento académica, la asistencia, y finalización de la escuela.

Esta información se mantendrá segura y confidencial, de conformidad con todas las leyes y regulaciones de privacidad del estudiante estatales y federales. Si la información solicitada no se facilita en este formulario en nombre de su hijo, se requerirá de un oficial de registros de los estudiantes de la escuela o distrito para identificar el grupo al que el estudiante parece pertenecer, se identifica con, o es reconocido en la comunidad como pertenencia. Gracias por su cooperación.

El Nombre del Estudiante:

CÓMO LLEGAR A PADRE/TUTOR

POR FAVOR RESPONDER A LAS PREGUNTAS (1) y (2). POR FAVOR LEER ANTES DE RESPONDER. [Para la pregunta (1) poner una marca de verificación (✓) en el cuadro que mejor describe a su hijo.]

1. ¿Es el estudiante hispano, latino, o de origen español? Hispano, Latino, o de origen español significa una persona de origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Centro o Sudamericano o de otra cultura u origen español, sin importar la raza.

- Sí, es Hispano
 NO, no Hispano

2. Seleccione una o más razas de los cinco grupos raciales siguientes [Para la pregunta (2) poner una marca de verificación (✓) en el cuadro para todos los grupos que se aplican a su hijo; poner una marca de verificación (✓) en al menos una casilla.]:

- INDIO AMERICANO. O NATIVO DE ALASKA:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y América del Sur (incluyendo América Central), y que mantiene afiliación tribal o reconocimiento de la comunidad.
- ASIÁTICO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Sureste de Asia o el subcontinente Indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Filipinas, Tailandia, y Vietnam.
- NEGRO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- NATIVO DE HAWAI U OTRA ISLA DEL PACÍFICO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawai, Guam, Samoa, o otras islas del Pacífico.
- BLANCO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, África del Norte, o el Medio Oriente.

(Firma del Padre/Tutor/Otros)

(Fecha)

Relación con el Estudiante (Por favor, ponga una marca de verificación en el cuadro de abajo):

- Madre Padre Tutor Legal Otra (especificar): _____

Todos los estudiantes entre 5 y 21 años de edad tienen el derecho a una educación pública y gratuita. A los niños no se les puede negar la admisión debido a su raza, color, credo u origen nacional, género, nacionalidad, condición de discapacidad o estado migratorio.



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 (Home Language Questionnaire - HLQ)

Estimados padres o persona en relación parental:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él o ella, 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.

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

HOME LANGUAGE CODE

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	_____	especifique
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	especifique
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Padre 1	_____	<input type="checkbox"/> Padre 2	_____
		especifique		especifique
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____		especifique
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	especifique
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No sabe hablar
			especifique	
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No sabe leer
			especifique	
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No sabe escribir
			especifique	

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

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 describalos.

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 (Individualized Education Program - IEP)? 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 de un padre o de la persona en relación paternal

Fecha

Relación con el estudiante: 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:

**Victor Central School District
Comité de Educación Especial
Pupil Personnel Services
953 High St.
Victor, NY 14564**

Consentimiento de Medicaid

Número de identificación del cliente (CIN): _____

La presente es para solicitar su permiso (consentimiento) para facturarle a su Programa de Seguros Medicaid, o al de su hijo, por la educación especial y los servicios relacionados que forman parte del programa de educación personalizada de su hijo (IEP).

Este consentimiento permite que el distrito escolar facture los servicios cubiertos relacionados con la salud y que divulgue, con este propósito, información al Agente de facturación de Medicaid del distrito escolar.

Yo, _____ como padre (madre)/tutor de _____, recibí una notificación escrita del distrito escolar que explica los derechos federales que están relacionados con el uso de beneficios públicos o de seguro para el pago de cierta educación especial y servicios relacionados.

Comprendo y acepto que el distrito escolar podría tener acceso a Medicaid para que pague por la educación especial y los servicios relacionados que se le prestan a mi hijo.

Comprendo que:

- el dar mi consentimiento no tendrá ninguna consecuencia para la cobertura de Medicaid de mi hijo o mía.
- a solicitud, puedo revisar las copias de los registros divulgados como resultado de esta autorización;
- los servicios enumerados en el IEP de mi hijo, deben prestarse sin costo alguno para mí, independiente de si doy o no mi consentimiento para que se le facture a Medicaid;
- tengo derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento; y
- el distrito escolar deberá entregarme una notificación escrita de los derechos relacionados con este consentimiento.

También doy mi consentimiento para que el distrito escolar divulgue la siguiente información, o los registros sobre mi hijo, a la Agencia estatal de Medicaid con propósitos de facturación de educación especial y servicios relacionados que forman parte del IEP de mi hijo. Se compartirán los siguientes registros.

Registros que se compartirán (tal como registros o información sobre los servicios que recibe su hijo)	
IEP	Reporte de Administración de Medicación
Orden Escrita/Referencia	Registro de Transportación Especial
Reportes de Evaluación	Otra Información Identificación Personal
Notas de Sesión	Cualquier Otros Archivos Específicos Pertinentes a los Servicios o Programa del Estudiante

Doy mi consentimiento voluntario y comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También comprendo que el derecho de mi hijo de recibir educación especial y servicios relacionados no depende de que yo otorgue este consentimiento y que, independientemente de mi decisión de otorgar este consentimiento, a mi hijo se le prestarán todos los servicios requeridos en el IEP, sin costo alguno.

Firma de Padre/Madre/tutor: _____

Nombre de letra de molde: _____ Fecha: _____