

Nombre del estudiante _____

Información del Padre/Tutor

Madre Padre Madrastra Padrastro Tutor Legal

Madre Padre Madrastra Padrastro Tutor Legal

Nombre _____

Nombre _____

Dirección _____
(si es diferente de la hija de)

Dirección _____
(si es diferente de la hija de)

Teléfono de casa _____

Teléfono de casa _____

Teléfono móvil _____

Teléfono móvil _____

Teléfono de trabajo _____

Teléfono de trabajo _____

Empleador _____

Empleador _____

Correo electrónico _____

Correo electrónico _____

Madre Padre Madrastra Padrastro Tutor Legal

Madre Padre Madrastra Padrastro Tutor Legal

Nombre _____

Nombre _____

Dirección _____
(si es diferente de la hija de)

Dirección _____
(si es diferente de la hija de)

Teléfono de casa _____

Teléfono de casa _____

Teléfono móvil _____

Teléfono móvil _____

Teléfono de trabajo _____

Teléfono de trabajo _____

Empleador _____

Empleador _____

Correo electrónico _____

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 _____

Nombre _____

Relacion con el niño:

Relacion con el niño:

Abuelo Vecino Niñera Otro

Abuelo Vecino Niñera Otro

Teléfono de casa _____

Teléfono de casa _____

Teléfono móvil _____

Teléfono móvil _____

Teléfono de trabajo _____

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 _____



953 High Street, Victor, New York 14564 www.victorschools.org p 585.924.3252 f 585.742.7020

Pupil Personnel Services Office

*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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Record Permanente/Transcripción de calificaciones | <input type="checkbox"/> Registros de Asistencia |
| <input type="checkbox"/> Récord de Salud | <input type="checkbox"/> Habla/OT/PT Registros |
| <input type="checkbox"/> Resultados de las Pruebas Estandarizadas | |
| <input type="checkbox"/> Las Pruebas Psicológicas | |
| <input type="checkbox"/> Otros datos que determine necesario y relevante para la programación educativa apropiada para el estudiante | |

La Información debe ser remitida a: CHRIS OVERFIELD

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

Fecha

Departamento de Transporte Escuela Central de Victor
953 High Street
Victor, New York 14564
585-924-3252 Ext. 7120

Para poder tomar las decisiones apropiadas en cuanto a las rutas de buses, nosotros debemos recibir este formulario en la Oficina de Transporte de Victor el día **martes, 1ero de junio**. Por favor llenar este formulario cada año, así la información esta al día.

ESTE FORMULARIO PUEDE SER ENVIADO POR CORREO ELECTRÓNICO A KELLY CLINK @ Clinkk@victorschools.org

Si hay algún cambio durante el año (como dirección, número telefónico o información niñera) por favor notifique a la escuela y al departamento de transporte con 24 horas de anticipación.

Este formulario se requiere para cada estudiante que entra a los grados Kinder a 6to

Fecha de Hoy _____ Fecha Efectiva _____ Grado en 2021/2022 _____

Nombre del Estudiante _____

Apellido _____ Primer Nombre _____ Inicial Segundo N. _____
Nombre de los Padres/Guardián Legal _____

Relación con el niño(a) _____

Dirección de la Casa _____

Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____
Dirección de Correo (Si es diferente) _____
Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono Residencia _____ Teléfono Celular _____ Teléfono Celular _____

Contacto 1 _____ Contacto 2 _____
Correo Electrónico _____ Correo Electrónico _____

Contacto 1 _____ Contacto 2 _____

Teléfono Trabajo _____ Teléfono Trabajo _____

Contacto 1 _____ Contacto 2 _____

Lugar donde recoge el bus en la mañana

Lugar donde deja el bus en la tarde

Lunes _____

Lunes _____

Martes _____

Martes _____

Miércoles _____

Miércoles _____

Jueves _____

Jueves _____

Viernes _____

Viernes _____

Nombre de la guardería/persona que cuida al niño(a) _____

Relación con el niño(a): Cuidador, Familiar, Vecino, etc

Dirección _____

Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____

Teléfono Residencia _____ Teléfono Celular _____

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	_____	<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"/> Padre 1	_____	<input type="checkbox"/> Padre 2	_____
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____		_____
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
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No sabe escribir

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

**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: _____