

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

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 otros 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

**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: _____

Instrucciones para el Formulario de Solicitud de
Preferencia de Programa de Pre-Kinder Universal (UPK)
2022-2023

☐☐☐Para Ubicaciones fuera del predio☐☐☐

Doodlebugs Children's Center

TLC Adventures in Childcare

KinderCare Learning Center

Por favor sean conscientes de que entrar en una de las loterías de ubicaciones fuera del predio no le garantiza ni reserva un lugar en esa ubicación. Usted debe ya estar utilizando la instalación como su proveedor de guardería para que le entren en la lotería de esa instalación.

➤Escoja el Formulario de Solicitud de Preferencia para la ubicación fuera del predio en que está inscrito

➤Siga las instrucciones del formulario

➤Incluya el formulario con su paquete de registro

Formulario de Solicitud de Preferencia de Programa de Pre-Kinder Universal (UPK) 2022-2023

(Por favor escriba claramente)

Nombre del niño(a): _____
(Nombre) (Apellido)

Nombre del padre/Tutor(a): _____
(Nombre) (Apellido)

Por favor clasifique sus preferencias como notado abajo:

1= 1era elección 2= 2da elección 3= Tercera elección

_____ UPK de día completo en Victor Early Childhood School
(8:45-1:45 Lunes a Viernes)

_____ UPK de media jornada a.m. en Victor Early Childhood School
(8:45-11:15 a.m. Lunes a Viernes)

_____ UPK de media jornada p.m. en Victor Early Childhood School
(12:15-2:45 p.m. Lunes a Viernes)

Formulario de Solicitud de Preferencia de
Programa de Pre-Kinder Universal (UPK)
2022-2023

(Por favor escriba claramente)

Nombre del niño(a): _____
(Nombre) (Apellido)

Nombre del padre/Tutor(a): _____
(Nombre/Apellido) (Número de teléfono)

Yo estoy confirmando que mi hijo(a) está actualmente asistiendo a:

Doodle Bugs Children's Center

Quisiéramos ser entrados en la lotería para asistir a los siguientes programas de
UPK que se llevan a cabo en esta instalación (Por favor escoja uno o ambos):

_____ UPK de Día Completo en Doodle Bugs

_____ UPK de Media Jornada en Doodle Bugs

Por favor note que Victor Central School paga las horas que su hijo(a) asiste al
programa de UPK mientras esté en esta instalación. Los padres son responsables de
pagar el saldo de costos de cuidado de niños por el resto del día.

Formulario de Solicitud de Preferencia del Programa De Pre-Kindergarten Universal 2022 - 2023

(Por favor, escriba claramente)

Nombre del niño/a: _____
(Nombre) (Apellido)

Nombre del Padre/Tutor: _____ Teléfono: _____

Estoy confirmando que mi hijo esta asistiendo actualmente

KinderCare Learning Center

Nos gustaria ser inscritos en la loteria para asistir a los siguientes Programas UPK que se llevan a cabo en esta instalacion:

_____ Jornada Completa UPK en **KinderCare**

Tenga en cuenta que Victor Central School paga las horas que su hijo asiste al Programa UPK mientras esta en este centro.

Los padres son responsables de pagar el saldo de los costos de cuidado infantile por el resto del dia.

Formulario de Solicitud de Preferencia de Programa de Pre-Kinder Universal (UPK) 2022-2023

(Por favor escriba claramente)

Nombre del niño(a): _____
(Nombre) (Apellido)

Nombre del padre/Tutor(a): _____
(Nombre/Apellido) (Número de teléfono)

Yo estoy confirmando que mi hijo(a) está actualmente asistiendo a:

TLC Adventures in Child Care, Inc.

Quisiéramos ser entrados en la lotería para asistir a los siguientes
programas de UPK que se llevan a cabo en esta instalación:

_____ UPK de Día Completo en TLC

Por favor note que Victor Central School paga las horas que su hijo(a) asiste al
programa de UPK mientras esté en esta instalación. Los padres son responsables de
pagar el saldo de costos de cuidado de niños por el resto del día.