

GRATIS

Padres/Guardian

Necesita ayuda para llenar los papeles de inscripcion del distrito escolar para su hijo/a GRATIS.

Por favor comunicarse con:

Sra. Caballero

516-547-8465 de Lunes a Viernes

Despues que tenga todo listo, por favor entregue los papeles de inscripcion en nuestra oficina del distrito localizada en 154 Dosoris Lane.

Gracias

GLEN COVE SCHOOLS

150 Dosoris Lane, Glen Cove, New York 11542 · (516) 801-7010 · Fax: (516) 801-7019

Fecha: _____

A petición del padre/tutor, este paquete de inscripción se ha llenado con la ayuda de un intérprete. El paquete de inscripción se presentó al padre/tutor en su idioma nativo de

Este paquete fue lleno por:

Nombre en letra de molde (intérprete)

Firma (intérprete)

Aprobado por:

Nombre en letra de molde (padre/tutor)

Firma (padre/tutor)

GLEN COVE SCHOOLS

150 Dosoris Lane, Glen Cove, New York 11542 · (516) 801-7010 · Fax: (516) 801-7019

Date: _____

At the request of the parent/guardian, this registration packet was completed with assistance of
an interpreter. The registration packet was presented to the parent/guardian in their native language
of _____.

This packet was completed by:

Print Name (Interpreter)

Sign Name (Interpreter)

Approved by:

Print Name (Parent/Guardian)

Sign Name (Parent/Guardian)

Distrito Escolar de Glen Cove
Inscripción de Nuevos Estudiantes

PRE-KINDER

Para entrar en pre-jardín de infancia, los niños deben tener cuatro años de edad antes del 1 de diciembre del año escolar.

Para entrar en el jardín de infantes, los niños deben tener cinco años de edad antes del 1 de diciembre del año escolar.

1. Prueba de la edad de su hijo.

Maneras de mostrar la edad de un niño

- * Certificado de nacimiento certificado (de cualquier país)
- * Registro bautismal (de cualquier país)
- * Un pasaporte (de cualquier país)

Si no tiene una partida de nacimiento, registro bautismal o pasaporte, puede usar otros documentos si los ha tenido por lo menos durante dos años, como por ejemplo:

- * Licencia de conducir
- * Identificación del estado o del gobierno
- * Identificación de la foto de la escuela con fecha de nacimiento
- * Tarjeta de Consulado
- * Expedientes hospitalarios o de salud
- * Tarjeta de identificación dependiente militar
- * Otros documentos de agencias federales / estatales / locales (ejemplos: Departamento de Servicios Sociales, Oficina de Reasentamiento de Refugiados) Órdenes judiciales
- * Documento tribal nativo americano
- * Registros de agencias internacionales de ayuda o agencias voluntarias

2. Su propia identificación con foto, como una licencia de conducir o pasaporte.

3. Un registro del médico con todas las vacunas enumeradas con la firma de un doctor así que sello.

Para los requisitos actuales de inmunización, seleccione este

enlace: <http://www.health.ny.gov/publications/2370.pdf>)

4. Prueba de residencia.

Maneras en que puede mostrar la residencia:

- * Arrendamiento o escritura
- * Declaración jurada de la persona a quien paga el alquiler, diciendo que usted vive allí
- * Declaración jurada de un tercero diciendo que usted vive allí
- * Una carta de la persona que paga el alquiler a decir que vive allí
- * Una carta de otra persona diciendo que usted vive en su dirección

Si no tiene ninguna de las opciones anteriores, puede utilizar lo siguiente:

- * Talón de pago mostrando su dirección
- * Formulario de impuesto sobre la renta que muestra su dirección
- * Factura de servicios públicos Otra cuenta en tu nombre
- * Los documentos de membresía basados en la residencia, como una tarjeta de la biblioteca local
- * Tarjeta de registro electoral
- * Licencia de conducir, o permiso, o identificación de no conductor
- * Estado u otro número de identificación gubernamental
- * Documentos de agencias gubernamentales como una agencia de servicios sociales o la Oficina Federal de Refugiados Restablecimiento
- * Documentos de custodia o tutela

5. Prueba de custodia o tutela

o

Una declaración jurada (Padre o Guardián) diciendo que usted tiene "custodia total y permanente y control" sobre el niño

o

Otra prueba como la documentación de que el niño ha sido colocado con un patrocinador por una agencia federal

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE GLEN COVE

Dosoris Lane

Glen Cove, Nueva York 11542

Hoy, _____, solicito permiso para que el niño cuya información aparece a continuación sea admitido al Distrito Escolar
(Fecha)
de la ciudad de Glen Cove.

DS

LS

GS

CS

MS

HS

Nombre del estudiante: _____ M ____ F ____ Grado _____
(Apellido, primer nombre, segundo nombre)

Fecha de nacimiento _____
mes día año

Madre/Guardián/otro _____

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____

Núm. de teléfono: Casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Fecha de nacimiento _____ Correo electrónico _____

Nombre del empleador _____

Padre/Guardián/otro _____

Apellido _____ Primer nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____

Núm. de teléfono: Casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

Fecha de nacimiento _____ Correo electrónico _____

Nombre del empleador _____

Todos los estudiantes entre los 5 y 21 años tienen derecho a la educación pública gratuita. No se puede rehusar la admisión a un niño debido a su raza, color, credo o nacionalidad de origen, sexo, ciudadanía, discapacidad o estado migratorio.

ETNIA (debe seleccionar una):

- ☐ Hispano, Latino o Español
☐ No Hispano, Latino o Español

Raza (debe seleccionar al menos una):

- ☐ Afroamericano
☐ Indio americano/nativo de Alaska
☐ Asiático
☐ Nativo de Hawai/Islands del Pacífico
☐ Blanco

Residencia / Vivienda

- ☐ Otra situación
☐ Apartamento abandonado
☐ En un motel/hotel
☐ Estación de tren o autobús
☐ Vivienda permanente
☐ Tren/Autobus/Automovil
☐ Con un familiar
☐ En un refugio
☐ Vivienda temporal
☐ Parque/Campamento

Favor sea comunicado de su derecho a la remisión y evaluación de su niño con el fin de programas o servicios de educación especial. Para obtener más información, puede comunicarse a nuestro Departamento de Educación Especial al 516-801-7051 o consulte la página web <http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/SpanishParentGuide.pdf> del estado de Nueva York, Guía de Educación Especial para los padres.

PARA SER COMPLETADO SOLO POR LA ENFERMERA DE LA ESCUELA

Inmunizaciones/información médica

 Requisitos de inmunizaciones completos: sí _____ no _____

 Fecha de la primera vacuna antipoliomiéltica: _____

 Verificada por _____

 Médico de familia: _____ () _____
 (nombre) dirección teléfono

 La Ley de Nueva York exige un examen físico dentro de los 30 días de admisión.

 Requisito de examen físico completado: sí _____ no _____

Requisitos de inmunizaciones completos: sí_____ no_____

Fecha de la primera vacuna antipoliomielítica: _____

Verificada por _____

Médico de familia: _____ (_____) _____
(nombre) dirección teléfono

La Ley de Nueva York exige un examen físico dentro de los 30 días de admisión.

Requisito de examen físico completado: sí _____ no _____

En caso de emergencia, si yo (nosotros) no podemos contactarlo en ninguno de los números que figuran arriba, puede llamar a la siguiente persona. Están autorizados a buscar a mi hijo/a en caso de enfermedad, accidente o salida antes de hora. En caso de pedirle a otra persona que retire a mi hijo/a, entiendo que es mi responsabilidad notificarle a la escuela por escrito.

Nombre _____	Relación _____
--------------	----------------

Dirección _____

Núm. de teléfono: Casa () _____ Trabajo () _____ Celular () _____

[illegible]

Dirección _____

Núm. de teléfono: Particular () Trabajo () Celular ()

Si no desea que su hijo/a sea retirado de la escuela por una persona, notifíquelo a esta oficina por escrito. Por causas legales (por ejemplo, divorcio o separación) una orden de la corte debe estar en el archivo en la oficina.

Para firmar en el momento de la inscripción

Fecha _____

Fecha _____

Nombre EN LETRA DE IMPRENTA de la Madre o Guardián

Nombre EN LETRA DE IMPRENTA del Padre o Guardián

Firma de la Madre o Guardián

Firma del Padre o Guardián

Firma de las personas a cargo de la inscripción y fecha

Pre-K Eligibility Verification

Student Name: _____

Financial Information:

Income After Taxes (Annual Net Income)

Father _____

Mother _____

Do you receive any social services benefits?

Yes ☐

No ☐

If yes, Please present proof of benefits.

List all family members living in household:

Name:

Relationship:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Income verified by Registrar _____

Date _____

W-2 2020 _____

Previous year income tax 2019P _____

Verificación de Elegibilidad para Pre-Kinder

Nombre del estudiante: _____

Información Financiera:

Ingresos después de impuestos (Ingreso Neto Anual)

Padre _____

Madre _____

¿Recibe algún beneficio de servicios sociales? Si ☐ No ☐

Si la respuesta es afirmativa, por favor presentar prueba de beneficios.

Enumere todos los miembros de la familia que viven en el hogar:

Nombre:

Relación:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Ingreso verificado por la Registradora _____

Fecha _____

W-2 2020 _____

Impuestos del año interior 2019 P _____



150 Dosoris Lane, Glen Cove, New York 11542 · (516) 801-7010 · Fax: (516) 801-7019

A: Padre/Madre o Guardián de _____

REF.: Educación Especial/Servicios Especiales

¿Su hijo/a estuvo en algún programa de educación especial o necesitó algún servicio especial?

Sí ☐ No ☐

Firma del Padre/Madre o Guardián _____



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
☐ ☐ ☐

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

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:



154 Dosoris Lane, Glen Cove, New York 11542 · (516) 801-7010 · Fax: (516) 801-7019

**GLEN COVE CITY SCHOOL DISTRICT
RECONOCIMIENTO DE INMUNIZACIÓN**

Estimado Padre / Tutor:

La Ley de Educación del Estado de Nueva York y el Reglamento del Comisionado de Educación exigen un examen físico de todos los niños que ingresan en un distrito escolar por primera vez. Debe completarse no más de 12 meses antes o 30 días después de ingresar a la escuela

La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, Sección 2164, establece que las escuelas no pueden permitir que un niño sea admitido a menos que el padre proporcione a la escuela un certificado de inmunización o un comprobante de que el niño está recibiendo las inmunizaciones requeridas..

Se adjuntan formularios de la escuela para su conveniencia. Según la ley, estos deben completarse con 14 días de la entrada del niño a la escuela. Complete y firme los formularios de salud adjuntos, así como el acuse de recibo a continuación

Si tiene alguna pregunta o inquietud sobre su salud, no dude en llamar a la escuela correspondiente.

RECONOCIMIENTO DE PADRE / TUTOR

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Teléfono: _____

De conformidad con la Ley de Salud Pública 2164, yo / nosotros, el abajo firmante, reconocemos que tenemos catorce (14) días [30 días para los registros del estado de Nueva York] para proporcionar al Distrito Escolar de Glen Cove los registros de vacunación de nuestro hijo / hija. Además, entendemos que no cumplir dentro del tiempo asignado puede resultar en la exclusión de mi hijo de la escuela.

Firma del Padre / Tutor

Fecha

DISTRITO de GLENCOVE**FORMA de SALUD**

Completar por el Padre/Tutor

Fecha_____

Escuela_____

Grado_____ID#_____

Edad_____

Apellido_____Nombre_____

Fecha de Nacimiento_____Lugar de Nacimiento_____Sexo_____

Dirección_____Teléfono_____

Nombre del padre_____Teléfono del trabajo_____

Nombre de la Madre_____Teléfono del trabajo_____

Doctor de la familia_____Dirección_____Teléfono_____

Por favor de dar el nombre de alguna persona para poder llamar en caso de emergencia si no se pueden encontrar a los padres. Nombre_____Dirección_____Teléfono_____

Nota: La escuela no tiene facilidades, para cuidar a los niños que están enfermos en la escuela ni tampoco tiene transportación para llevar los niños para la casa. Es muy importante que usted notifique a la escuela si hay algún cambio de información.

HISTORIA MÉDICA

	Fecha		Fecha		Fecha		Fecha
Anemia		Enfermedad de Corazón		Fiebre Reumática		Asma o alergias	
Viruela Loca		Sarampión		Fiebre Escarlata		Condición de Oído	
Diabetes		Paperas		Tuberculosis		Resfriados Frecuente	
Epilepsia		Nefritis		Contacto con/TBC		O mal de garganta	
Sarampión Negro		Neumonía		Tos ferina		Operaciones	
						Heridas Serias	

Otras enfermedades serias o impotencia física_____

Puede el o ella participar en todas las actividades físicas_____

Puede ella o el participar en todas las actividades y en los deportes_____

Esta su hijo(a) bajo alguna medicación _____. Si es así: por favor debe mencionarlas y escriba el nombre del doctor_____

Si su hijo(a) ha sido alguna vez hospitalizado, por favor de dar la razón y la fecha aproximada _____

Esta su hijo(a) tomando alguna medicación_____tipo_____dosis_____veces_____

Tiene su hijo(a) algún problema en el oír_____doctor_____Problema in el habla_____

Tiene su hijo(a) algún problema en la vista_____doctor_____usa Anteojos_____

Tiene su hijo(a) algún problema de balance o coordinación_____Escoliosis_____

Ha tenido fiebre prolongada_____o convulsiones_____detalles_____

Ha tenido EEG_____examen neurológico_____fecha_____doctor_____

Ha alguna vez tomado alguna sustancia venenosa_____detalles_____

Firma de los Padres _____

(Virar)

Fecha_____

Escuela_____

Grado_____ID#_____

Año_____

Idioma que se habla en la casa_____

Apellido_____Primer Nombre_____

Fecha de nacimiento_____Sexo_____

Historia Prenatal:

1. Edad de la madre cuando nació el niño(a)_____
2. Señale las condiciones que la madre tuvo durante el embarazo:

Infección de Virus_____	Sarampión Negro_____	Diabetes_____
Sangrando_____	Anemia_____	RH_____
Presión alta_____	Enfermedad de Riñones o vejiga_____	Convulsión_____
Vomito prolongado_____	Accidente o herida_____	Rayos X_____
3. Señale aquellas medicaciones que se tomaron durante el embarazo:

Pastillas de Agua_____	Nausea_____	Dolor_____	Dormir_____	Alcohol_____	o otra droga_____
------------------------	-------------	------------	-------------	--------------	-------------------

Historia de Nacimiento:

1. Peso del niño(a)_____libras_____Onzas_____
2. Tiempo completo_____Prematuro_____ultimo mes 5____6____7____8____Incubadora_____
3. Tipo de Nacimiento: Parto prolongado_____Parto corto_____Inducido_____Uso de fórceps_____

Anestesia: local_____	general_____	espina dorsal_____	ninguna_____	no se acuerda_____
-----------------------	--------------	--------------------	--------------	--------------------

 El bebe nació: cabeza primero_____sentado_____cordón al rededor del cuello_____cesaría_____
4. Condiciones de Nacimiento: Normal_____Dificultades en respirar_____Tiricia_____

Recibió transfusión_____	Dificultades en dormir_____	Dificultades en comer_____
--------------------------	-----------------------------	----------------------------

 Parálisis_____Convulsiones_____Defectos Físicos (especifique)_____

Historia de Desarrollo:Físico:

1. Tuvo el niño(a) algún problema en comer_____cólico_____alergias_____mal nutrido_____

Comía demasiado_____

2. A que edad se sentó el niño(a)_____camino_____hablo_____
3. A que edad aprendió a ir al baño_____
4. Es el habla de su hijo(a) difícil de entender_____cecea_____tartamudo_____error en el habla_____

Duro en hablar_____

5. Es su hijo(a) derecho_____zurdo_____o usa las dos manos_____

Sociable/Emoción:

1. Tiene su hijo(a) tendencia de nervios_____Si, por favor de elaborar_____

Chupa dedo_____	Se come las uñas_____	Tiene miedo a la oscuridad_____
Pesadillas_____	Moja la cama_____	Dolor de cabeza_____
Frecuente dolores de estomago_____	Vomitara_____	Exceso de historia (mentiras o fantasías)_____
Se niega a hablar_____		
2. Tiene concierto acerca de su comportamiento_____

Testarudo_____	exceso de cólera_____	Pataletas_____	resiste a la autoridad_____
Poca atención_____	inquieto_____	muy activo_____	demasiado ansioso_____
Dependiente_____			
Miedo de equivocarse_____	decaído_____	Tiene pocos amigos_____	solitario_____

Aprendiendo

1. Ha tenido su hijo(a) dificultades en: Lectura_____Deletreo_____Escritura_____

Matemáticas_____	Dificultades en aprender_____	Por favor elabore_____
------------------	-------------------------------	------------------------
2. Ha habido algún miembro de la familia con alguna de estas dificultades, por ejemplo padres, abuelos, hermanos o hermanas_____

Firma de la Enfermera_____Firma de los Padres_____

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE					
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: ☐ M ☐ F	
School:				DOB:	
				Grade:	
				Exam Date:	
HEALTH HISTORY					
Allergies ☐ No ☐ Yes, indicate type		Type: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached			
Asthma ☐ No ☐ Yes, indicate type		☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other : ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached			
Seizures ☐ No ☐ Yes, indicate type		Type: Date of last seizure: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached			
Diabetes ☐ No ☐ Yes, indicate type		Type: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached			
Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: <i>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.</i>					
BMI _____ kg/m2					
Percentile (Weight Status Category): ☐ <5 th ☐ 5 th -49 th ☐ 50 th -84 th ☐ 85 th -94 th ☐ 95 th -98 th ☐ 99 th and>					
Hyperlipidemia: ☐ No ☐ Yes ☐ Not Done Hypertension: ☐ No ☐ Yes ☐ Not Done					
PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT					
Height:		Weight:		BP:	
				Pulse:	
				Respirations:	
Laboratory Testing		Positive Negative		Date	
TB- PRN		☐		☐	
Sickle Cell Screen-PRN		☐		☐	
Lead Level Required Grades Pre- K & K				Date	
☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g/dL}$					
☐ System Review and Abnormal Findings Listed Below					
☐ HEENT		☐ Lymph nodes		☐ Abdomen	
☐ Dental		☐ Cardiovascular		☐ Extremities	
☐ Neck		☐ Lungs		☐ Skin	
		☐ Genitourinary		☐ Neurological	
				☐ Speech	
				☐ Social Emotional	
				☐ Musculoskeletal	
☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:				Diagnoses/Problems (list) ICD-10 Code*	
☐ Additional Information Attached				*Required only for students with an IEP receiving Medicaid	

Name:				DOB:	
SCREENINGS					
Vision (w/correction if prescribed)	Right	Left	Referral	Not Done	
Distance Acuity	20/	20/	☐ Yes ☐ No	☐	
Near Vision Acuity	20/	20/		☐	
Color Perception Screening ☐ Pass ☐ Fail				☐	
Notes					
Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.				Not Done	
Pure Tone Screening	Right ☐ Pass ☐ Fail	Left ☐ Pass ☐ Fail	Referral ☐ Yes ☐ No	☐	
Notes					
Scoliosis Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7	Negative	Positive	Referral	Not Done	
	☐	☐	☐ Yes ☐ No	☐	
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK					
☐ Student may participate in all activities without restrictions. ☐ Student is restricted from participation in: ☐ Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling. ☐ Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball. ☐ Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field. ☐ Other Restrictions:					
Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level OR Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level. Tanner Stage: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V Age of First Menses (if applicable) : _____					
☐ Other Accommodations*: (e.g. Brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggle, etc.) Use additional space below to explain. *Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.					
MEDICATIONS					
☐ Order Form for Medication(s) Needed at School Attached					
IMMUNIZATIONS					
☐ Record Attached ☐ Reported in NYSIIS					
HEALTH CARE PROVIDER					
Medical Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
Please Return This Form To Your Child's School When Completed.					

GLEN COVE CITY SCHOOL DISTRICT
Glen Cove, New York 11542
LOS DIENTES DE SUS HIJOS — INFORMACIÓN IMPORTANTE

Estimados padres:

Más del 95 % de las caries aparecen o comienzan entre los 5 y los 18 años de edad (los años de escolaridad). Sin embargo, no todas las caries deben aparecer. Mientras son jóvenes, los niños deben desarrollar los hábitos de buena salud dental, hábitos que serán muy importantes para evitar la aparición de caries dentales, el problema dental más frecuente de los niños. Algunas reglas simples pueden ayudar... y son muy fáciles de seguir. Estas reglas pueden ayudar a su hijo a disfrutar de una sonrisa brillante y perfecta toda su vida, y evitarles la incomodidad de la pérdida de dientes prematura. Inicie hoy mismo a su hijo en este programa:

1. Visitar a su dentista regularmente. Al corregir pequeños defectos antes de que se conviertan en grandes problemas, el dentista evitará que su hijo sufra problemas dentales graves en el futuro.
2. Llevar una dieta saludable y bien equilibrada: carne sin grasa, pescados, aves, cereales y productos lácteos. Las frutas y verduras frescas son excelentes para la salud dental e ideales como deliciosos snacks.
3. Cepillarse los dientes inmediatamente después de las comidas, si es posible, porque la caries comienza a desarrollarse a los pocos minutos de comer. Cepillarse en el sentido del crecimiento de los dientes: hacia abajo los dientes superiores y hacia arriba los inferiores. Si no es posible cepillarse, enjuagarse la boca con agua ayudará.

Recuerde: ningún niño puede dar lo mejor de sí mismo en la escuela si está molesto por problemas dentales. Y nada aporta más a su apariencia agradable y a su felicidad que una boca saludable y dientes brillantes. Muchas gracias por su colaboración.

Superintendente de Escuelas

Cortar por la línea y devolver

CERTIFICADO ODONTOLÓGICO ANUAL

NOMBRE _____
SALA DONDE SE REÚNEN LOS ALUMNOS (HOME ROOM) _____
EXAMINADO EL _____
NO REQUIERE TRATAMIENTO _____
TRATAMIENTO EN PROGRESO _____
TRATAMIENTO COMPLETADO EL _____

FIRMA DEL ODONTÓLOGO

SI NO ESTÁ BAJO TRATAMIENTO, EXPLIQUE LA RAZÓN

FECHA

FIRMA DEL PADRE O MADRE

DECLARACION JURADA DEL DUENO

ESTADO DE NEW YORK)

)ss.

CONDADO DE _____)

Fecha: _____

A quien concierna:

Yo, _____, certifico que
(Nombre del Dueno)

_____ y
(Nombre del Padre/Tutor)

_____ residen en:
(Nombre de los Ninos que buscan inscribirse)

(Direccion)

(Ciudad, Estado, Codigo Postal)

Firma del Dueno

Jurado ante mi el _____ dia de _____, 20

Notario Publico

DECLARACION JURADA DE TERCEROS

ESTADO DE NEW YORK)

)ss.

CONDADO DE _____)

Fecha: _____

A quien concierna:

Yo, _____, certifico que
(Firma de Terceros)

_____ y
(Nombre del Padre/Tutor)

_____ residen en:
(Nombre de los Ninos que buscan inscribirse)

(Direccion)

(Ciudad, Estado, Codigo Postal)

Firma de Terceros

Jurado ante mi _____ el dia de _____, 20

Notario Publico

**Disposición de elegibilidad de la comunidad (CEP) / Provisión 2 año no base
Formulario de Elegibilidad de Ingresos Domésticos**

Las escuelas primarias del Distrito Escolar de la Ciudad de Glen Cove están participando en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP, por sus siglas en inglés) o en la Disposición 2 en un año fuera de la base. Todos los niños en la escuela recibirán comidas / leche sin cargo, independientemente de los ingresos del hogar o la finalización de este formulario. Este formulario es para determinar la elegibilidad para beneficios adicionales del programa estatal y federal para los que su (s) hijo (s) pueden calificar. Lea las instrucciones al dorso, complete solo un formulario para su hogar, firme su nombre y devuélvalo a la escuela mencionada arriba. Llame a la escuela si necesita ayuda.

1. Haga una lista de todos los niños en su hogar que asisten a la escuela

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Profesor(a)	Hijo/a de crianza	Sim ingresos
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

2. Beneficios de SNAP / TANF / FDIPIR:

Si alguien en su hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDIPIR, enumere su nombre y CASO # aquí. Pase a la Parte 5 y firme la aplicación.

Nombre: _____

CASO # _____

3. Ingreso bruto del hogar: enumere a todas las personas que viven en su hogar, la cantidad y la frecuencia con que se les paga (semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes, mensualmente). No deje ingresos en blanco. Si no hay ingresos, marque la casilla. Si ha incluido a un niño de crianza en la parte superior, debe informar sus ingresos personales.

Nombre del miembro del hogar	Ganancias del trabajo antes de las deducciones <i>Cantidad/Frecuencia</i>	La manutención de menores, pensión alimenticia <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Pensiones, los pagos de jubilación <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Otros ingresos, Seguridad Social <i>Cantidad/Frecuencia</i>	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐

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

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es verdadera y que se informan todos los ingresos. Entiendo que la información se está dando para que la escuela pueda recibir fondos federales. Los funcionarios de la escuela pueden verificar la información y si deliberadamente proporciono información falsa, es posible que me procesen según las leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder los beneficios de comida.

Firma: _____

Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de la casa _____

Teléfono del trabajo _____

Dirección de la casa _____

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – FOR SCHOOL USE ONLY

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)

Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster Income Total Household Income/Flow Other:

Household Size: _____

Free Eligibility Reduced Eligibility Denied Eligibility

Signature of Reviewing Official

Formulario CEP / Provisión 2 Ingresos de las familias fuera del año base INSTRUCCIONES

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

(1) Imprima los nombres de los niños, incluidos los niños de crianza, para quienes está solicitando un formulario

(2) Haga una lista de su grado y escuela.

(3) Marque la casilla para indicar que un niño de crianza temporal vive en su hogar, y marque la casilla para cada niño sin ingresos.

PARTE 2 LOS HOGARES QUE OBTENEN SNAP, TANF O FDPPIR DEBEN COMPLETAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.

(1) Enumere un número de caso actual de SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria), TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o FDPPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas) de cualquier persona que viva en su hogar. No use el número de 16 dígitos en su tarjeta de beneficios. El número de caso se proporciona en su carta de beneficios.

(2) Un miembro adulto del hogar debe firmar el formulario en la PARTE 4, PASE A LA PARTE 3 - No liste los nombres de los miembros del hogar o los ingresos si menciona un número de SNAP, TANF o FDPPIR.

PARTES 3 Y 4 TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN COMPLETAR TODAS LAS PARTES 3 Y 4.

(1) Escriba los nombres de todas las personas de su hogar, ya sea que obtengan o no ingresos. Incluya a usted mismo, a los niños para quienes está completando el formulario, a todos los demás niños, a su cónyuge, a sus abuelos y a otras personas relacionadas y no relacionadas que vivan en su hogar. Use otra hoja de papel si necesita más espacio.

(2) Escriba la cantidad de ingresos actuales que cada miembro del hogar recibe, antes de deducir los impuestos o cualquier otra cosa, e indique de dónde proviene, como ganancias, asistencia social, pensiones y otros ingresos. Si el ingreso actual fue más o menos de lo habitual, escriba los ingresos habituales de esa persona. Especifique con qué frecuencia se recibe esta cantidad de ingresos: semanalmente, cada dos semanas (quincenal), 2 veces al mes, mensualmente. Si no tiene ingresos, marque la casilla. El valor de cualquier ciudadano infantil provisto o arrendado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho ciudadano infantil o reembolso por los costos incurridos por tal cuidado bajo el Subsidio en Bloque de Ciudadano y Desarrollo Infantil, TANF y Programas de Ciudadano Infantil en Riesgo no debe considerarse como ingreso para este programa

PRIVACY ACT STATEMENT

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or marital status in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

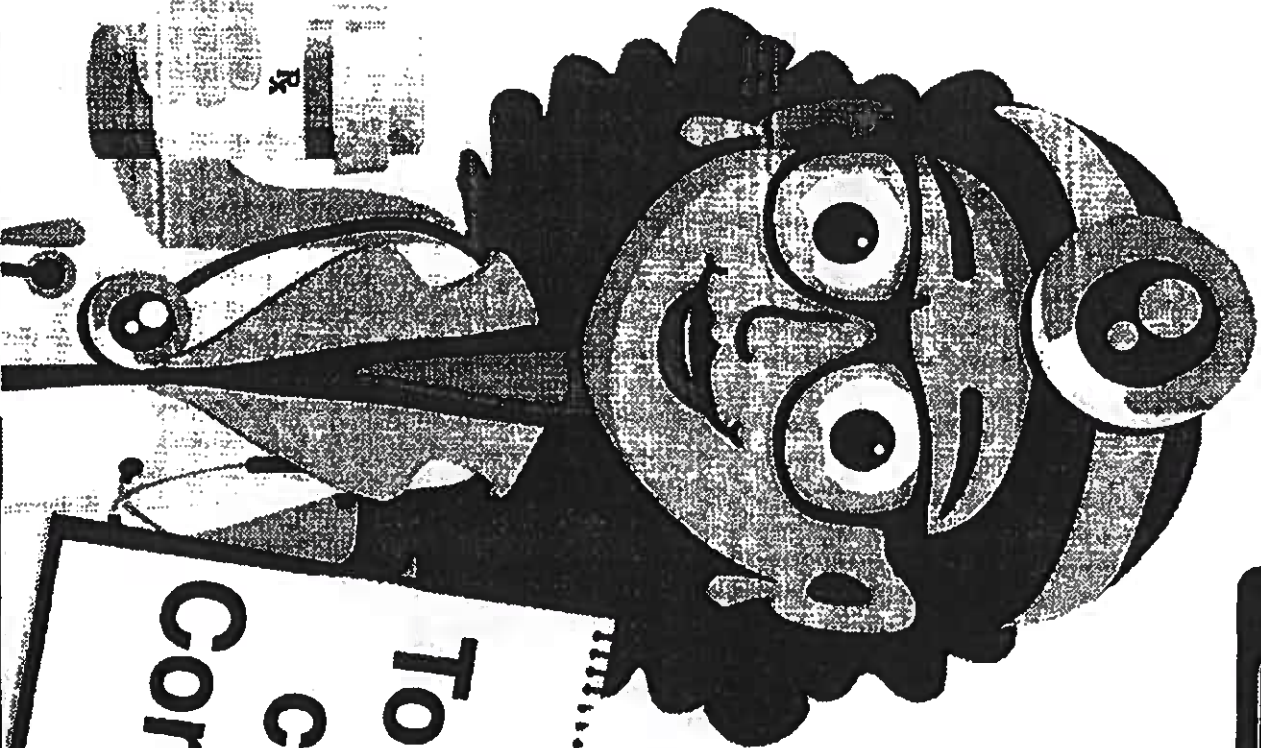
To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at http://www.assr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider



Island Harvest
A FOOD BANK FOR LONG ISLAND



**Tomen
con
Comida**



¿Qué es SNAP?

Anteriormente conocido como estampillas de comida. Puedes obtener mas dinero para alimentos saludables que necesitas

**Podemos ayudarte
a conseguir mas
dinero para comida**

Llámanos hoy al

516-805-1642

snap@islandharvest.org



Island Harvest
A FOOD BANK FOR LONG ISLAND



What is SNAP?

Formerly known as Food Stamps. You can get more money for the healthy foods you need.

**We can help
you get money
for food.**

**Call us today at
516-805-1642
snap@islandharvest.org**

**Take
With
Food**

