

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**

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 de la ciudad de Glen Cove.
(Fecha)

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 inmigratorio.

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/Islas 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.

GLEN
COVE
SCHOOLS

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 ("HLO" 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
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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?	<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	_____
			<i>especifique</i>
	<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

**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 _____ Telefono _____

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:

- Edad de la madre cuando nació el niño(a) _____
- 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 _____
- Señale aquellas medicaciones que se tomaron durante el embarazo:

Pastillas de Agua _____	Nausea _____	Dolor _____	Dormir _____	Alcohol _____	o otra droga _____
-------------------------	--------------	-------------	--------------	---------------	--------------------

Historia de Nacimiento:

- Peso del niño(a) _____ libras _____ Onzas _____
- Tiempo completo _____ Prematuro _____ ultimo mes 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ Incubadora _____
- 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 _____
- 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:

- Tuvo el niño(a) algún problema en comer _____ cólico _____ alergias _____ mal nutrido _____
 Comía demasiado _____
- A que edad se sentó el niño(a) _____ camino _____ hablo _____
- A que edad aprendió a ir al baño _____
- Es el habla de su hijo(a) difícil de entender _____ cecea _____ tartamudo _____ error en el habla _____
 Duro en hablar _____
- Es su hijo(a) derecho _____ zurdo _____ o usa las dos manos _____

Sociable/Emoción:

- 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 _____
 Vomitar _____ Exceso de historia (mentiras o fantasías) _____ Se niega a hablar _____
- Tiene conciencia 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

- Ha tenido su hijo(a) dificultades en: Lectura _____ Deletreo _____ Escritura _____
 Matemáticas _____ Dificultades en aprender _____ Por favor elabore _____
- 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: <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	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
Asthma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other : <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
Seizures <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: _____ Date of last seizure: _____ <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <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 Not Done **Hypertension:** No Yes Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	List Other Pertinent Medical Concerns (e.g. concussion, mental health, one functioning organ)
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lead Level Required Grades Pre- K & K			Date	
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g/dL}$				
<input type="checkbox"/> System Review and Abnormal Findings Listed Below				
<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*
<input type="checkbox"/> 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/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity		20/	20/		<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening		<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail			<input type="checkbox"/>
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 <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Referral <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/>
Notes					
Scoliosis Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7		Negative	Positive	Referral	Not Done
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK					
<input type="checkbox"/> Student may participate in all activities without restrictions. <input type="checkbox"/> Student is restricted from participation in: <input type="checkbox"/> Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling. <input type="checkbox"/> Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball. <input type="checkbox"/> Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field. <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V Age of First Menses (if applicable) : _____					
<input type="checkbox"/> 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					
<input type="checkbox"/> Order Form for Medication(s) Needed at School Attached					
IMMUNIZATIONS					
		<input type="checkbox"/> Record Attached	<input type="checkbox"/> 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 concierne:

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 concierne:

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	Sin ingresos
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.

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 artes de las deducciones Cantidad/Frecuencia	La manutención de menores, pensión alimenticia Cantidad/Frecuencia	Pensiones, los pagos de jubilación Cantidad/Frecuencia	Otros ingresos, Seguridad Social Cantidad/Frecuencia	Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	<input type="checkbox"/>

4. Firmar: 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 delibadamente 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)

SNAP/TANF/Foster Income: **Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12**

Total Household Income/Flow Offer:

Household Size:

Free Eligibility Signature of Reviewing Official

Reduced Eligibility Denied Eligibility

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 en 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 cuidado infantil provisto o arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por dicho cuidado infantil o reembolso por los costos incurridos por tal cuidado bajo el Subsidio en Bloque de Cuidado y Desarrollo Infantil, TANF y Programas de Cuidado 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 reprisal or retaliation for prior civil rights activity 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.

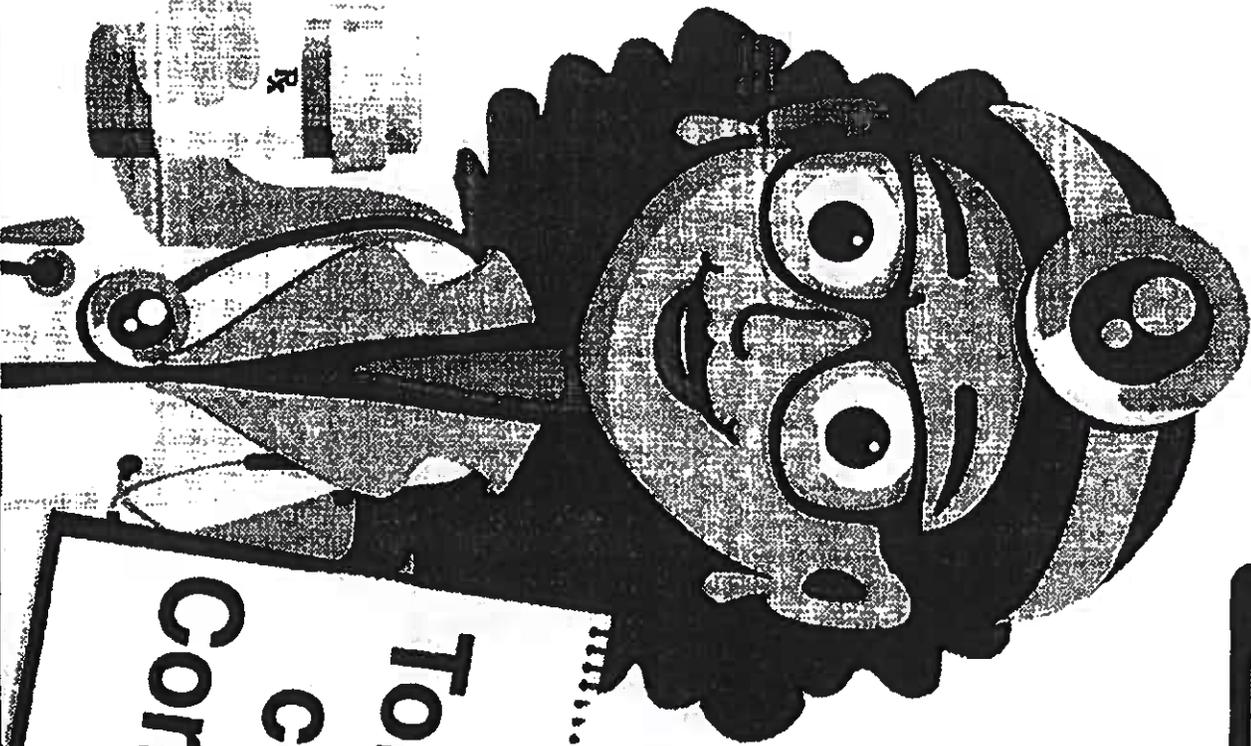
To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) found online at http://www.aspc.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested 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?

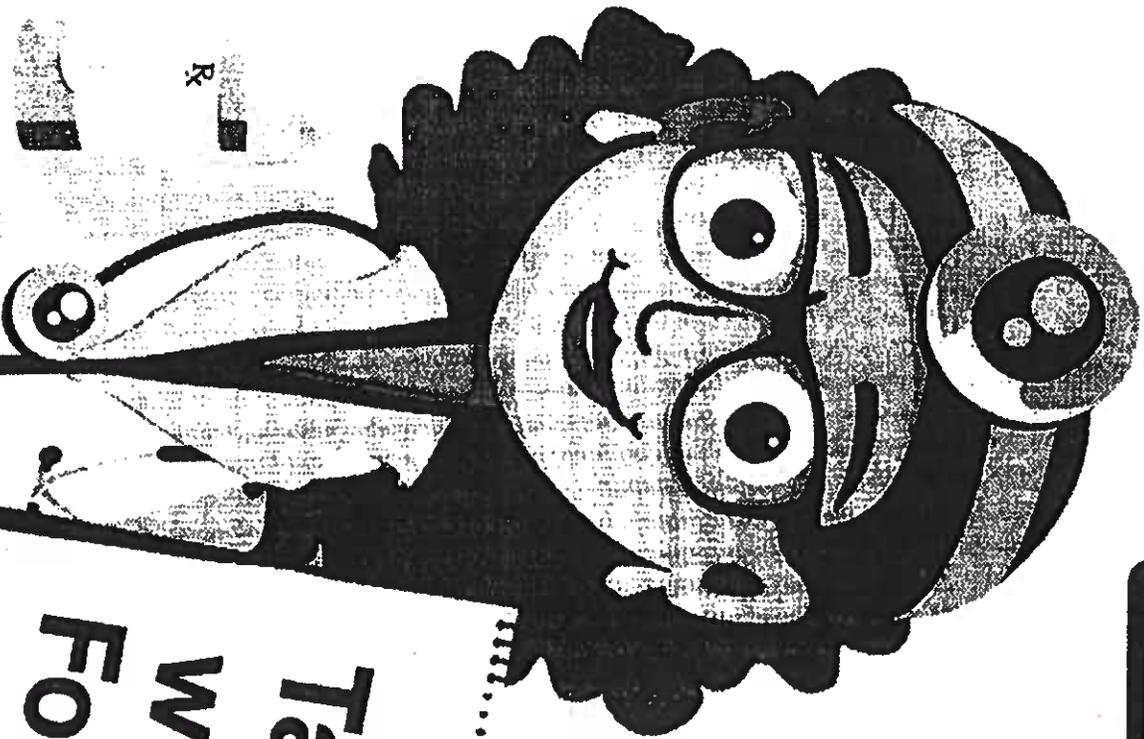
Anteriormente conocido como estampillas de comida. Puedes obtener mas dinero para alimentos saludables que necesitas

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

Llamanos hoy al
516-805-1642
snapp@islandharvest.org



Island Harvest
A FOOD BANK FOR LONG ISLAND



**Take
With
Food**



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