Public Schools of the Tarrytowns

Pupil Personnel Services- *District Registration Office K-12*
Arlene Lloréns-Sosa- *District Registrar*
Scott Dorn- *Assistant Superintendent for Pupil* Services

Solicitudes de Informacion y Documentacion de Inscripcion

Para registrar a un estudiante en las Escuelas Publicas de los Tarrytowns, lea y siga las pautas a continuacion. Todos los registros requieren una cita en persona*, y no es necesario que se presente el estudiante. Comuniquese con la registradora del distrito al 914-332-6272 o envie un correo electronico a: allorenssosa@tufsd.org para programar una cita. El horario de la oficina de inscripcion es de lunes a viernes de 8:00 am a 4:00 pm. (En verano puede variar).***Por lo general, hay 2 fechas programadas para las inscripciones masivas de Kindergarten, tipicamente en enero/marzo para la clase del año siguiente. Si se perdió las fechas para las inscripciones masivas, se requerirá una cita en persona con la registradora del distrito a partir de abril. Si se está registrando para la clase de Kindergarten del año escolar actual, se requiere una cita con la registradora del distrito. Visite el sitio web de TUFSD de John Paulding para obtener más información sobre las fechas o llame a la oficina al 914-631-5526. Tenga en cuenta: para los registros masivos TODOS los documentos, incluidos los físicos/vacunas son requeridos. Tenga en cuenta: las inscripciones de PreK se procesan en la Escuela Primaria John Paulding comuníquese al 914-332-6232.**

Comprobante de Residencia:
Para registrarse, se deben presentar tres (3) comprobaciones actuales de los formularios de residencia (no mayores de dos meses). Para ejemplos de documentos aceptables, por favor revise la lista "Pruebas de Residencia Aceptables". • Es posible que se requieran documentos notariales adicionales.

Prueba de Nacimiento: Todos los estudiantes que se inscriban por primera vez (o los estudiantes anteriores que vuelvan al distrito) deben presentar como prueba uno de los siguientes: (Deben ser originales}.- Acta de nacimiento, pasaportes o certificados bautismales.

Evidencia de inmunizaciones actualizadas:

Grado	Vacuna Requerida/Dosis:
PreK	*DTaP-4, Polio-3 MMR-1, HepB-3, Varicella-1, Hib- (1-4), PCV (1-4)*
K-5	*DTaP (up to 5), Polio-(3-4),MMR-2, HepB-3,Varicella-2*
6-11	*DTaP-3, Tdap-1, Polio(3-4), MMR-2, HepB- 3, Varicella 2, MenACWY (meningococcal) 1*
12	*DTaP- Tdap-1, Polio-3, MMR-2, HepB-3, Varicella-1,MenACWY (1-2)*

Documentaci6n de Salud: **
El certificado de un examen fisico realizado dentro del año anterior al primer dia del año escolar en curso es para todos los estudiantes nuevos, PreK-12 grado. La documentacion de un examen fisico debe proporcionarse dentro de los 14 dias posteriores a la entrada a la esuela. Una vez que el periodo de gracia de 14 dias haya terminado, los estudiantes no podran participar en actividades de educacion fisica o de juegos infantiles hasta que se reciba un formulario de fisico medico. **Registracion masiva de Kinder requiere todos los documentos incluyendo el record del fisico/ vacuna actual.**

Documentacion del Programa de Educacion Anterior:
Registros escolares, transcripciones y /u otros informes de experiencia escolar se deben incluir.

Evaluacin de CSE/CPSE: Completar la aplicacion de registro y adjunte todos los documentos necesarios al igual que una registracion escolar.

Public Schools of the Tarrytowns

Pupil Personnel Services, *District Registration Office K-12*
Arlene Lloréns-Sosa- *District Registrar*
Scott Dorn- *Assistant Superintendent of Pupil Services*

Pruebas de Residencia Aceptables

Propietarios- se solicita a los propietarios que presenten un formulario de la categoría A y dos formas de prueba de la categoría B.
Prueba de categoría A

a) Declaración hipotecaria que contiene nombres y direcciones coincidentes en los últimos 60 días **o,**
b) Escritura de la casa
Si esta en proceso de comprar su casa un contrato firmado NO ES acceptable, pero los documentos oficiales de cierre si lo son.

Inquilinos- se solicita a los inquilinos (los que alquilan) que presenten un formulario de la categoría A y dos formas de prueba de la categoría B:
Prueba de categoría A (cualquiera que corresponda)

a) Contrato residencial actual firmado por el arrendatario y el inquilino **o,**
b) Si no hay contrato de arrendamiento**- Formulario de Declaración Jurada del Propietario**: Completado y Notariado adjunto con una copia de la factura del impuesto sobre la propiedad, factura de agua con el nombre del Propietario o escritura **o,**
c) El **"Formulario de Verificación de 3a Persona"** o una declaración notariada de una tercera persona propietario o arrendatario de quien los padres o tutore legales conviven. **El propietario o arrendatario registrado debe incluir su contrato de renta, declaración jurada del propietario, hipoteca o escritura con el Formulario de Verificación de Tercera Persona.**

Prueba de categoría B- debe presentar 2 pruebas de la lista con la dirección actual indicada, no mayor de 2 meses.
Prueba de categoría B
- Utilidad u otra factura (no mayor de 60 días) **No se acepta factura de celular**
- Póliza de seguro del propietario/arrendatario
- Tarjeta de seguro de automóvil/póliza
- Registro de vehículos
- Extracto bancario o de tarjeta de crédito
- TANF o Declaración de Beneficios Públicos de DSS
- Licencia de conducir, permiso de aprendizaje o identificación emitida por el gobierno
- Talón de pago (no mayor de 60 días)

Formularios de impuesto sobre la renta
- Documentos de membresía basados en la residencia
- Documentos de registro de votantes

200 N. Broadway, Sleepy Hollow, NY 10591 | T: 914-332-6272 | F: 914-332-6267 | E: allorenssosa@tufsd.org

Lista de Verificación de Documentos Requeridos

___ Aplicacion de registro completo: uno para cada estudiante.

___ Comprobante de residencia (uno de la categoría A que se aplica a su arreglo de vivienda y 2 de la categoría B, consulte la segunda página del paquete de registro titulado "Pruebas de Residencia Aceptables").

___ Certificado de nacimiento / pasaporte / certificado de bautismo (solo uno).

___ Físico actual y vacunas.

SI ES APLICABLE

___ **IEP/Plan 504**

___ **Notas/Calificaciones de la ultima escuela asistida**

___ **Carta de escuela privada reconociendo la inscripción**

Arlene Llorens-Sosa- District Registrar
P. 914.332.6272
E. allorenssosa@tufsd.org

Entered by District
Student ID#: _____
School: _____
Grade: _____
Enrollment Date: _____

PUBLIC SCHOOLS OF THE TARRYTOWNS

200 N BROADWAY, SLEEPY HOLLOW, NY10591

Arlene Llorens-Sosa- *District Registrar* **Scott Dorn**- *Asst. Superintendent. of PS*

DISTRICT REGISTRATION OFFICE

TELEPHONE: 914-332-6272 EMAIL allorenssosa@tufsd.org

FAX: 914-332-6267 HTTP://WWW.TUFSD.ORG

Registrar Initial:_____
Proof of Residency
□ **Deed**
□ **MortgageStatement**
□ **NotarizedLetter**
□ **OriginalLease**
□ **STAC-202**
□ **UtilityBill**
□ **Other**_____
□ _____
□ **Birthday Verif:**_____
□ **Free/Red. Lunch**_____
□ **Medical Alerts** _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

Informacion Del Estudiante – (Por favor imprima)

Nombre legal del Estudiante:_____

Apodo: _____ **Genero: M□ F□ Fecha de Nacimiento:**_____
Mes /Dia/Año

Grado: _____

Direccion Residencial:_____ Apt./Bldg.:_____

Ciudad:_____ **Estado:**_____ **Codigo Postal:** _____

Hermanos:

Nombre	F.D.N.	Grado	**Nombre**	F.D.N.	Grado	**Nombre**	F.D.N.	Grado
Nombre	F.D.N.	Grado	**Nombre**	F.D.N.	Grado	**Nombre**	F.D.N.	Grado

Ciudad/Pueblo de Nacimiento: _____ **Pais de Nacimiento** _____

Lenguaje Dominante del Estudiante: _____ **Idioma principal del hogar**_____

Etnicidad(Opcional – pero si esta sección no es completada por un padre/tutor, la escuela puede tomar una determinación para el cumplimiento de NYS)

Al personal de la escuela: Este formulario se presentará en el registro permanente del estudiante como información confidencial.
Para el Padre/Tutor: la información que usted ha proporcionado en este formulario es confidencial. Está protegido por el Reglamento de Confidencialidad. La Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (1974) prohíbe el acceso no autorizado a los registros de los estudiantes y la divulgación no autorizada de cualquier información de registro de estudiante identificable por nombre de estudiante.

Es el niño de raza hispana? (Origen Hispano, Latino o Español significa personas de origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Sur/Centro Americano u otro origen Español independiente de su raza.

□Si, Hispano □ No, no Hispano

Selecciona una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales. (Marque todos los grupos que se apliquen a su hijo; marque al menos una casilla.)

□ **Indio Americano/ Nativo de Alaska** *Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur, y que mantiene la identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento.*

□ **Asiatico** *Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio,* incluyendo por *ejemplo, Camboya,China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán,* Islas *Filipinas, Tailandia y Vietnam.*

□ **Negro o afroamericano** *Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de Africa.*

□ **Nativo hawaiano/otro isleño del Pacífico** *Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras* islas del *Pacífico.*

□ **Blanco** *Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, el norte de Africa o el Medio Oriente.*

Información previa de la escuela

¿El estudiante ha asistido previamente a la escuela en las Escuelas Públicas de los Tarrytowns? Si ☐ No ☐

Escuela _____ Grado:_____ Año escolar:_____

La última escuela asistida fuera de las escuelas públicas de los Tarrytowns:

Escuela:_____ Grado:_____ Año Esc:____

Ciudad: _____ Estado: ___

__ Número de años de escuela fuera de **los EE. UU.** _____ Ultimo grado completado: _____

Información de Servicios Especiales *(Adjunte los documentos si contesta Si) *

¿Su hijo ha recibido servicios de educación especial y/o es el egible para los servicios? Si ☐ No ☐

¿Su hijo tiene un **Plan de Educación Individualizado IEP o un Plan de Alojamiento 504**? Si ☐ No☐

Estudiante Vive Con: (Por favor, circule uno) **Solo llene abajo la informacion de los padres que viven con el estudiante.**

Ambos Padres☐ Madre Soltera☐ Padre Soltero☐ Madre/Padrastro☐ Padre/Madrastra☐
Tutor Legal☐

Si está en la colocación de crianza, el origen de crianza: _____ Otro☐ _____

Nota: Cuando un estudiante no reside con ambos padres, la información adicional debe estar en el archivo para que el personal de la escuela sea consciente de quién es responsable de los estudiantes. Si hay documentos legales aplicables, como documentos de custodia, se debe proporcionar una copia a la escuela. Cuando el acuerdo es menos formal, no se presume que ninguno de los padres naturales tenga derecho a la custodia o a la toma de decisiones sobre el otro padre, a menos que haya una orden judicial.

Nombre:_____ Relación con el estudiante:_____ Tutor Legal Si ☐No☐

Dirección de residencia:_____

Teléfono del hogar:_____ Celular:_____

Teléfono de trabajo:_____ Ocupación: _____

Nombre del empleador:_____ Dirección del empleador:_____

Correo electrónico (REQUERIDO): _____ ***Se require al menos un correo electronico***

Nombre:_____ Relación con el estudiante:_____ Tutor Legal Si ☐ No ☐

Teléfono del hogar:_____ Celular:_____

Teléfono de trabajo:_____ Ocupación: _____

Nombre del empleador:_____ Dirección del empleador:_____

Correo electrónico: _____

Padre(s) que no viven con el estudiante en su residencia primaria (Solo llene si le aplica)

Nombre:_____ Relación con el estudiante:_____ Tutor Legal Si☐ No☐ Recibir correo Si ☐ No☐

Dirección:_____

Teléfono del hogar:_____Celular: _____

Teléfono de trabajo:_____Ocupación: _____

Nombre del empleador:_____Dirección del empleador:_____

Correo electrónico: _____

En caso de enfermedad o lesión, el personal de la escuela es legalmente responsable de los primeros auxilios solamente. Es la política de la escuela notificar a los padres cuando se indica atención médica inmediata o atención médica en el hogar. Con frecuencia, no se puede llegar a los padres. Por favor, ayúdenos a brindarle a su hijo el cuidado adecuado proporcionando la información solicitada a continuación.

Información de contacto de emergencia– Si el niño necesita atención médica inmediata y no se puede contactar con los padres/tutores

Nombre del doctor:_____ Teléfono:_____

Información adicional:_____

Nombre del dentista:_____ Teléfono:_____

Información adicional:_____

Información de contacto de emergencia no familiar– Si el niño está enfermo o lesionado y no se puede contactar con el padre/tutor,

Nombre:_____Relación con el estudiante:_____

Teléfono del hogar:_____Teléfono de trabajo:_____Teléfono celular:_____

Información adicional:_____

Nombre:_____Relación con el estudiante:_____

Teléfono del hogar:_____Teléfono de trabajo:_____Teléfono celular:_____

Información adicional:_____

Cuido después de la escuela (si corresponde)

Persona a cargo de la Atención Estudiantil después de la escuela: _____

Relación: _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Alertas Médicas

Alergias médicas: _____

Medicamentos: _____

Problemas de salud crónicos/alertas médicas: _____

Otro

Almuerzo gratis/reducido _____ **Si o No**

****Si cree que su hijo(a) puede ser elegible para el almuerzo gratuito o reducido, comuníquese con Amada Reimundez al (914) 366-5803 o: amolinareimundez@tufsd.org para determinar la elegibilidad****

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Public Schools of the Tarrytowns
Pupil Personnel Services, *District Registration Office K-12*
Arlene Lloréns-Sosa- *District Registrar*
Scott Dorn- *Assistant Superintendent of Pupil* Services

CUESTIONARIO RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE

LEA: TUFSD

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Genero: Masculino _____ Femenino _____ Fecha de nacimiento:_____Grado: _____

Dirección:_____

La respuesta que proporcione a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios puede recibir usted o su hijo en virtud de la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney-Vento tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, incluso si no tienen los documentos que normalmente se necesitan, como prueba de residencia, registros escolares, registros de vacunas o certificado de nacimiento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley McKinney Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.El distrito le asistira en forma de darle tiempo despues de la matricula, a localizar los documentos necesarios.

¿Dónde vive actualmente el estudiante? (Marque una casilla.)

☐ En Vivienda permanente

☐ En un refugio/albergue

☐ En un hotel/motel

☐ En un carro, parquet, autobus, tren o campamento

☐ Con otra familia u otra persona debido a la Perdida de vivienda o como resultado de dificultades economicas

☐ Otra situacion de Vivienda temporal (Describa): _____

¿Fue desplazado por un desastre natural? (Círcule uno) Sí No

_____ _____

Imprime nombre de Padre/Tutor (Fecha) **Firme** nombre de Padre/Tutor

Public Schools of the Tarrytowns
Pupil Personnel Services- *District Registration Office K-12*
Arlene Lloréns-Sosa- *District Registrar*
Scott Dorn- *Assistant Superintendent of Pupil* Services

AUTORIZACIÓN DE LIBERACIÓN DE REGISTROS

Yo, _____ de _____
Nombre del padre/tutor legal Nombre del estudiante y fecha de nacimiento

Doy mi consentimiento a, _____
Escuela, agencia o clinica liberando la informacion

_____ , _____
Numero de telefono Numero de fax

Para liberar cualquier registro e informacion que pida o requiera el personal de los Public Schools of the Tarrytowns.

Registros Solicitados:

___ **Medico**

___ **Educacional**

___ **Psicologico/ Psiquiatrico**

___ **Educacion Especial**

___ **Notas/Calificaciones**

___ **Otros Registros pertinentes de la escuela/agencia**

_____ _____
Firma del Padre/Tutor Legal **Fecha**

200 N. Broadway, Sleepy Hollow, NY 10591 T: 914-332-6272 F: 914-332-6267 E:allorenssosa@tufsd.org

Public Schools of the Tarrytowns
Pupil Personnel Services- *District Registration Office K-12*
Arlene Lloréns-Sosa- *District Registrar*
Scott Dorn- *Assistant Superintendent of Pupil* Services

CUESTIONARIO MILITAR

¿Alguno de los padres en ACTIVE DUTY está en el ejército o en alguna rama de las Fuerzas Armadas?

____ Sí Nombre del padre: _____

____ No

En caso afirmativo, compruebe la rama de las Fuerzas Armadas a continuación:

____ Army

____ Marina

____ Fuerza Aérea

____ Cuerpo Marino

____ Guardia Costera

____ Guardia Nacional

Fecha de entrada: _____ Fecha de salida: _____

** ***Tenga en cuenta:*** Servicio activo significa servicio a tiempo completo en el servicio militar activo de los Estados Unidos. Dicho término incluye el deber de capacitación a tiempo completo, el deber de capacitación anual y la asistencia, mientras esté en el servicio militar activo, en una escuela designada como escuela de servicio por ley o por el secretario del departamento militar.

200 N. Broadway, Sleepy Hollow, NY 10591 | T: 914-332-6272 | F: 914-332-6267 | E: allorenssosa@tufsd.org

STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234
Office of P-12

Lissette 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: *Mes* *Día* *Año*

GÉNERO: ❑ 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 *especifique*	❑ 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 *especifique*	❑ No sabe hablar	
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro *especifique*	❑ No sabe leer	
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro *especifique*	❑ No sabe escribir	

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

District Name (Number) & School *Address*

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

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 — *Date*

Relación con el estudiante: ❑ Madre ❑ Padre ❑ Otra:_____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ❑ NO ❑ YES

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ (MO DAY YR.)

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:
❑ ADMINISTER NYSITELL
❑ ENGLISH PROFICIENT
❑ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ (MO. DAY YR.)

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ❑ ENTERING ❑ EMERGING ❑ TRANSITIONING ❑ EXPANDING ❑ COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA MIGRANTES DEL ESTADO DE NEW YORK

OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, **sin importar su nacionalidad o estado legal**. Este programa **es gratuito** para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de envolvimiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.

¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?

- ☐ Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- ☐ Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- ☐ Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.

Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: (_____)-_____-_____ Mejor tiempo para ser contactado _____ AM/PM

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad_____ Grado_____

Nombre del estudiante: _____ Edad_____ Grado_____

Para someter este referido, por favor envíelo por fax a 607-436-3606, o por correo a NYS Migrant Education Program- Identification & Recruitment Office: 100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY 12020

Public Schools of the Tarrytowns

PUPIL PERSONNEL SERVICES, 200 North Broadway, Sleepy Hollow, NY 10591
Scott Dorn, Director of Pupil Personnel Services

Tel: 914-332-6253
Fax: 914-332-6267

In an amendment to NYS Education Law, pursuant to Chapter 434 of the Laws of 2014; Section 4402 of the Education Law has been amended to require public schools to notify every parent of their rights regarding referral and evaluation of their child for the purposes of special education services or programs upon their child's enrollment in public school.

This notice shall serve as The Public Schools of the Tarrytowns notice of this amendment and your rights. To further understand your rights under this amendment, please navigate to the following web page link: http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentguide.htm or to the districts home page at http://www.tufsd.org and navigate to the special education department and click on *A parent's Guide to Special Education.*

En una enmienda a la ley de Educación del estado de Nueva York, en conformidad con el Capítulo 434 de las legislaciones del 2014; La sección 4402 de la ley de Educación se ha modificado para requerir a las escuelas públicas informar a todos los padres de sus derechos con respecto a la referencia y la evaluación de su niño/a para los propósitos de servicios de educación especial o programas sobre la inscripción de su hijo en la escuela pública.

Esta notificación deberá servir como aviso de que Las Escuelas Públicas de los Tarrytowns anuncio esta enmienda y sus derechos. Para entender aún más sus derechos bajo esta enmienda, por favor vaya al siguiente enlace de la página web:

[http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentguide.htm] http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentguide.htm o a la pagina del districto [http://www.tufsd.org] http://www.tufsd.org] y desplácese hasta el departamento de educación especial y haga clic en Guía de los padres de educación especial.

Escuela Secundaria Sleepy Hollow
Formulario de Inscripción
Participación Atlética

Complete este formulario si planea participar en atletismo durante el año escolar.

Fecha: _____ Número Estudiantial: _____

Grado de Entrada: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____
Apellido, Nombre, inicial del segundo nombre

Nueva Dirección: _____
(Residencia en el Distrito Escolar)

¿Con quién vives en este distrito? _____

Nombre del padre/tutor: _____Teléfono: _____

*******INFORMACIÓN SOBRE LA ESCUELA ANTERIOR******

Escuela Previa: _____

Deportes Practicados en la Escuela Anterior:

Otoño Deporte _____ Nivel ____ Modified ____ JV ____ Varsity

Invierno Deporte _____ Nivel ____ Modified ____ JV ____ Varsity

Primavera Deporte _____ Nivel ____Modified ____ JV ____ Varsity

Dirección anterior: _____

¿Con quién vivías? _____

¿Motivo por dejar la escuela anterior: _____

****** *INFORMACIÓN ACADÉMICA******

Año de ingreso al 9º Grado: _____ Verificación: _____
(Iniciales del Consejero)

¿Has repetido un grado en la escuela secundaria? _____ Sí _____No
Si la respuesta es sí, ¿en qué grado _____?

Envíe este formulario al Director de Atletismo cuando los estudiantes hayan sido aceptados para la inscripción.

Nota: Todos los estudiantes que tengan la intención de participar en atletismo deben inscribirse cada temporada a través de Family Id.