

**HALDANE CENTRAL SCHOOL DISTRICT**  
**COLD SPRING, NEW YORK 10516**  
Lista de verificación de educación especial preescolar

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Utilice esta lista de verificación para asegurarse de tener todos los materiales necesarios para el registro. Toda la documentación debe devolverse al Departamento de PPS en la Oficina de Distrito en el CSD de Haldane. Puede comunicarse con el Departamento de PPS al 845 265-9254 ext. 142

- \_\_\_\_\_ Formulario de información de registro completado
- \_\_\_\_\_ Certificado de nacimiento
- \_\_\_\_\_ Verificación de residencia
  - Propietario de vivienda (se requieren 3 documentos)
  - Inquilinos - Consulte **los requisitos para verificar el formulario de residencia para obtener más instrucciones** (4 documentos requeridos)
- \_\_\_\_\_ Cuestionario: Lengua materna (si procede)
- \_\_\_\_\_ Informe de examen físico (incluido el registro de vacunación)
- \_\_\_\_\_ Plan de Educación Individualizado o 504  
(proporcionar documentación, si corresponde)
- \_\_\_\_\_ Cuestionario de vivienda (si corresponde)

-----  
*Solo para uso oficial*

Added to Power School \_\_\_\_\_ Email to Enrollment Group \_\_\_\_\_  
(Date) (Date)

Medical Information has been reviewed and is complete \_\_\_\_\_



¿Alguna vez su hijo ha asistido a la escuela en otros distritos? Sí  No

En caso afirmativo, sírvase enumerar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo está actualmente suspendido de otro distrito escolar? Sí  No

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Su hijo ha repetido un grado? Sí  No

¿Alguna vez su hijo ha sido referido para una evaluación de educación especial en el pasado?

Sí  No

Si es referido para una evaluación, ¿su hijo alguna vez ha recibido algún servicio de educación especial en el pasado? IEP 504 Otros

Tipo de servicio recibido: \_\_\_\_\_

**(Proporcione una copia del plan con este registro).**

Edad a la que se recibieron los servicios (verifique todo lo que corresponda):

Nacimiento a 3 años (intervención temprana)  3 a 5 años (educación especial)  6 años o más (educación especial)

¿Alguna vez su hijo ha recibido matemáticas correctivas? Sí  No

¿Alguna vez su hijo ha recibido servicios de recuperación de lectura y/o escritura? Sí  No

¿Alguna vez su hijo ha recibido servicios del habla o del lenguaje? Sí  No  En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha recibido servicios de inglés como nuevo idioma (ENL)? Sí  No

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Alguna vez su hijo ha tenido dificultades en la escuela (asistencia, comportamiento, académico, etc.)?

Sí  No

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

¿Hay circunstancias o experiencias en la vida de su hijo que puedan afectar el rendimiento de su hijo en la escuela? Sí  No

En caso afirmativo, sírvase explicar: \_\_\_\_\_

En un esfuerzo por conocer mejor a su hijo, utilice el área a continuación para ofrecer información adicional que desee compartir con nosotros.


**Por la presente doy fe de que toda la información de registro proporcionada al Distrito Escolar Central de Haldane para el niño nombrado en este formulario es precisa. Entiendo que proporcionar cualquier información falsa prohibirá que este niño ingrese a nuestras escuelas y puede resultar en otras sanciones.**

Fecha de firma del padre o tutor: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## VERIFICACIÓN DE REQUISITOS DE RESIDENCIA

El Distrito Escolar Central de Haldane requiere prueba de residencia y puede hacer una investigación razonable para verificar la residencia y la elegibilidad para la admisión a sus escuelas.

*Para verificar la residencia al momento de la inscripción se requiere lo siguiente:*

### **A. Para propietarios de viviendas: debe presentar tres (3) documentos, como sigue:**

Recibo de impuestos sobre bienes inmuebles o declaración de cierre firmada por el abogado y escritura (incluida la portada del registro del condado de Westchester o del condado de Putnam)

Y

Dos (2) de los siguientes documentos vigentes a nombre del Propietario:

Estado hipotecario	Certificado de seguro de propiedad
Factura de servicios públicos	Factura de gasoil
Formulario W2 reciente de no conductor	Licencia de conducir, permiso de aprendizaje, N° de identificación
Factura de televisión por cable	<i>(con la nueva dirección)</i>

**Noten: No se aceptarán los documentos con sólo la dirección de casilla postal.**

### **B. Para Arrendatarios - Deben presentar cuatro (4) documentos, de la siguiente manera:**

Una declaración jurada completa, firmada y notariada del propietario/propietario de la propiedad (formulario LCSD)

Y

Un contrato de arrendamiento válido y completamente ejecutado para la vivienda alquilada y un recibo de alquiler firmado por el arrendador, que incluya la dirección y el número de teléfono del arrendador y la dirección de la propiedad (dentro de los últimos 30 días).

Y

Dos (2) de los siguientes documentos vigentes a nombre del inquilino:

Factura de servicios públicos	Certificado de seguro de propiedad
Factura de gasoil	Tarjeta de Registro de votantes
Factura de televisión por cable	Formulario W2 reciente
Hoja de presupuesto del Dpto. Servicios Sociales (DSS)	Cartas de agencias o trabajadores sociales
Sección 8 o Vivienda Municipal	Licencia de conducir, permiso para aprender a conducir, N° de identificación de no conductor
	<i>(con la nueva dirección)</i>

**Noten: No se aceptarán los documentos con sólo la dirección de casilla postal.**

**C. Para padres/estudiantes que residen con un familiar/amigos, deben presentar cinco (5) documentos, de la siguiente manera:**

Una declaración jurada completa, firmada y notariada del propietario/propietario de la propiedad (formulario LCSD)

**Y**

Dos (2) documentos que verifiquen la residencia del familiar/amigos (ver arriba para Propietarios e Inquilinos).

**Y**

Dos (2) de los siguientes documentos a nombre de los Padres:

Factura de servicios públicos	Certificado de seguro de propiedad
Factura de gasoil	Tarjeta de Registro de votantes
Factura de televisión por cable	Formulario W2
Sección 8 o Vivienda Municipal	Hoja de presupuesto del Departamento de Servicios Sociales (DSS)
Declaración	Cartas de agencias o trabajadores sociales
Talonario de cheques, extracto de cuenta bancaria,	
Extracto de tarjeta de crédito	
Informe del seguro de automóvil/ tarjeta	
Documentos de agencias gubernamentales (cupones de alimentos, tarjetas médicas, cambio de dirección del DMV)	

**Prueba de tutela si un/a estudiante vive con un individuo que no sean sus padres.**

**Noten: No se aceptarán los documentos con sólo la dirección de casilla postal.**



**DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO/ARRENDADOR  
EN APOYO DE LA ADMISIÓN A  
DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE HALDANE**

ESTADO DE NUEVA YORK)

CONDADO OF ) SS.:  
)

Yo, \_\_\_\_\_  
(Nombre del propietario/arrendador o administrador de la propiedad)

o gerente/agente de la vivienda ubicada en:

\_\_\_\_\_  
(Calle #, Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal)  
\_\_\_\_\_

por la presente certifico que estoy alquilando espacio en esta vivienda en una base \_\_\_\_\_  
(Semana/Mes/Año)

a \_\_\_\_\_ comenzando en \_\_\_\_\_.  
(Fecha)

Se identifican como inquilinos con derecho a ser ocupantes de la vivienda las siguientes personas:

- Padre/tutor materno: \_\_\_\_\_
- Padre/tutor paterno: \_\_\_\_\_

Nombre del niño (s) en la solicitud de admisión:

Último: \_\_\_\_\_ Primero: \_\_\_\_\_  
Último: \_\_\_\_\_ Primero: \_\_\_\_\_

Enumere todas las demás personas que residen en la vivienda:

Apellido	Nombre
_____	_____
_____	_____
_____	_____

¿Es esta una vivienda múltiple? Sí  No

¿El pago de la factura de la empresa de electricidad está incluido en el alquiler: Sí  No

**En caso afirmativo, se debe presentar una copia del "acuerdo escrito mutuamente aceptable" para el uso compartido del medidor de acuerdo con la Ley de Servicio Público §52, Parte 2(b)(i).**

**NOTA: EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE PONERSE EN CONTACTO CON EL MUNICIPIO CORRESPONDIENTE PARA VERIFICAR QUE EL USO DE LAS INSTALACIONES CUMPLE CON LAS LEYES Y CÓDIGOS LOCALES.**

Como propietario / arrendador, **CERTIFICO** que notificaré a la Oficina del Superintendente del Distrito Escolar Central de Haldane, 15 Craigside Drive, Cold Spring, NY 10516 dentro de los 30 días posteriores a la terminación de este arrendamiento. **CERTIFICO** que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta y que las declaraciones hechas en este documento se están haciendo bajo las penas de perjurio, sabiendo que el Distrito Escolar Central de Haldane confiará en ellos para determinar si los niños mencionados anteriormente serán admitidos en su sistema escolar. Entiendo que en el caso de que se determine que la información contenida en esta declaración jurada es inexacta o falsa, en su totalidad o en parte, el Distrito puede iniciar procedimientos legales contra mí personalmente para cobrar los costos de educar a dichos niños y / o buscar acciones penales contra mí por falsificar registros comerciales y / o presentar un instrumento falso. <sup>1</sup>

\_\_\_\_\_  
(Firma del propietario/arrendador)

\_\_\_\_\_  
(Imprimir nombre y título)

\_\_\_\_\_  
Dirección y teléfono del propietario/arrendador #

Juró ante mí este \_\_\_\_ día de \_\_\_\_, 20\_\_ \_\_

\_\_\_\_\_  
Notary Public

<sup>1</sup> Ley Penal §175.05 (Falsificación de registros comerciales en segundo grado - Delito menor de clase A.

Ley Penal §175.20 (Manipulación de registros públicos en segundo grado - Clase A. Delito menor.

Ley Penal §175.25 (Manipulación de registros públicos en primer grado - Delito grave de clase D.

Ley Penal §175.30 (Ofreciendo un instrumento falso para presentar en segundo grado) - Delito menor de clase A.

Ley Penal §175.35 (Ofrecer un instrumento falso para presentar en primer grado) - Delito grave de clase E.



Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594  
Brooklyn, New York 11217  
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB  
Albany, New York 12234  
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire - HLQ)

Estimados padres o persona en relación parental:  
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él o ella, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>GÉNERO:</b>
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
<b>INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL</b>		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

HOME LANGUAGE CODE

<b>Conocimientos de idiomas</b> (Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)			
1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Padre 1	_____ <i>especifique</i>	<input type="checkbox"/> Padre 2
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____ <i>especifique</i>	_____ <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	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe escribir

<b>THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:</b>	
<b>SCHOOL DISTRICT INFORMATION:</b>	<b>STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:</b>
_____	_____
District Name (Number) & School	Address



## 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 (Individualized Education Program - IEP)?     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 de un padre o de la persona en relación paternal*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

Relación con el estudiante:     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: \_\_\_\_\_ PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:     ENTERING     EMERGING     TRANSITIONING     EXPANDING     COMMANDING  
Mo.          DAY          YR.

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

**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM**  
**TO BE COMPLETED IN ENTIRETY BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR**

**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**

<b>Allergies</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Insects <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Medication	<input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached <input type="checkbox"/> Environmental
---	---	---

<b>Asthma</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other : _____	<input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
--	--	--

<b>Seizures</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Type: _____	<input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached Date of last seizure: _____
--	--	--

<b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> HbA1c results: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached Date Drawn: _____
--	---	--

**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):  <5<sup>th</sup>  5<sup>th</sup>-49<sup>th</sup>  50<sup>th</sup>-84<sup>th</sup>  85<sup>th</sup>-94<sup>th</sup>  95<sup>th</sup>-98<sup>th</sup>  99<sup>th</sup> and >

**Hyperlipidemia:**  No  Yes      **Hypertension:**  No  Yes

**PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT**

<b>Height:</b>	<b>Weight:</b>	<b>BP:</b>	<b>Pulse:</b>	<b>Respirations:</b>
<b>TESTS</b>	<b>Positive</b>	<b>Negative</b>	<b>Date</b>	<b>Other Pertinent Medical Concerns</b>
PPD/ PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		One Functioning: <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Testicle
Sickle Cell Screen/PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Concussion – Last Occurrence: _____
<b>Lead Level Required Grades Pre- K &amp; K</b>			<b>Date</b>	<input type="checkbox"/> Mental Health: _____
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 10$ $\mu\text{g/dL}$				<input type="checkbox"/> Other: _____

**System Review and Exam Entirely Normal**

**Check Any Assessment Boxes Outside Normal Limits And Note Below Under Abnormalities**

<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
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____

Additional Information Attached

Name:			DOB:	
<b>SCREENINGS</b>				
<b>Vision</b>	<b>Right</b>	<b>Left</b>	<b>Referral</b>	<b>Notes</b>
Distance Acuity	20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Distance Acuity With Lenses	20/	20/		
Vision – Near Vision	20/	20/		
Vision – Color <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				
<b>Hearing</b>	<b>Right dB</b>	<b>Left dB</b>	<b>Referral</b>	
Pure Tone Screening			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<b>Scoliosis</b> Required for boys grade 9 And girls grades 5 & 7	<b>Negative</b>	<b>Positive</b>	<b>Referral</b>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Deviation Degree:		Trunk Rotation Angle:		
<b>Recommendations:</b>				
<b>RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Full Activity</b> without restrictions including Physical Education and Athletics. <input type="checkbox"/> <b>Restrictions/Adaptations</b> Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications <input type="checkbox"/> <b>No Contact Sports</b> <b>Includes:</b> baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling <input type="checkbox"/> <b>No Non-Contact Sports</b> <b>Includes:</b> archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, Skiing, swimming and diving, tennis, and track & field <input type="checkbox"/> <b>Other Restrictions:</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY</b> Grades 7 & 8 to play at high school level <b>OR</b> Grades 9-12 to play middle school level sports Student is at <b>Tanner Stage:</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V				
<input type="checkbox"/> <b>Accommodations:</b> Use additional space below to explain <input type="checkbox"/> Brace*/Orthotic <input type="checkbox"/> Colostomy Appliance* <input type="checkbox"/> Hearing Aids <input type="checkbox"/> Insulin Pump/Insulin Sensor* <input type="checkbox"/> Medical/Prosthetic Device* <input type="checkbox"/> Pacemaker/Defibrillator* <input type="checkbox"/> Protective Equipment <input type="checkbox"/> Sport Safety Goggles <input type="checkbox"/> Other:				
*Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.				
Explain: _____				
<b>MEDICATIONS</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Order Form for Medication(s) Needed at School attached</b>				
List medications taken at home:				
<b>IMMUNIZATIONS</b>				
<input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS Received Today: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
<b>HEALTH CARE PROVIDER</b>				
Medical Provider Signature:				<b>Date:</b>
Provider Name: <i>(please print)</i>				Stamp:
Provider Address:				
Phone:				
Fax:				
<b>Please Return This Form To Your Child's School When Entirely Completed.</b>				



## INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE HOUSING QUESTIONNAIRE

### Purpose of the Housing Questionnaire

All Local Education Agencies (LEAs) are required to identify students experiencing homelessness. LEAs include school districts, charter schools and BOCES. Additionally, all LEAs that receive Title I funds must ask enrolling students about their housing status. The New York State Education Department (NYSED) encourages all LEAs regardless of whether they receive Title I funds to do the same. To collect this information, LEAs may:

1. Use the Housing Questionnaire attached here,
2. Update/modify the Model Enrollment Form – Housing Questionnaire to address the needs of the LEA, or
3. Incorporate the housing status question from the Model Enrollment Form - Residency Questionnaire into the LEA's Enrollment Form or other documents already used by the LEA during the enrollment process.

If an LEA elects the third option and incorporates the housing status question into the LEA's Enrollment Form, the LEA should take steps to ensure that a student's housing status does not become a part of the student's permanent record, because of the sensitive nature of this information. Please see the section titled "Confidentiality" (below) for information about how and when housing information may be shared within the LEA.

### Who should fill out the Housing Questionnaire?

A Housing Questionnaire should be filled out for all students enrolling in school and for all students who have a change of address in grades preschool-12. "Preschool" includes any LEA administered or funded preschool program, such as a pre-k or Head Start program administered by an LEA. The Housing Questionnaire should be completed by the student's parent, person in parental relation, or in the case of an unaccompanied youth, by the student directly.

### Confidentiality

**Student housing information should be kept confidential to the maximum extent possible. This information should only be shared with LEA/school staff members who need information about housing status to ensure that the student's educational needs are met.** To this end, LEAs may share a student's Housing Questionnaire with LEA personnel such as:

1. the LEA liaison,
2. the registrar,
3. the student's teachers, and/or guidance counselor, and
4. the LEA staff member responsible for reporting data to SED

**However, this information should only be shared with the above staff members to the extent that it will enable them to better meet the educational needs of the student in question and to fulfill reporting requirements mandated by SED.**

Other than the above uses, housing information **should be kept confidential and should not be shared** with other LEA/school personnel due to its sensitive nature and the stigma attached to being labeled homeless. LEAs are also encouraged to seek out ways of preventing Housing Questionnaires and housing information from becoming a part of a student's permanent record.

### Discussing the Housing Questionnaire with Students and Families

In reviewing the Housing Questionnaire with parents, persons in parental relation, and unaccompanied youth, LEAs should emphasize that the purpose of gathering the information is to ensure that students in temporary housing arrangements are provided with the rights and services to which they are entitled under the McKinney-Vento Act. These rights and services include:

1. The right to stay in the same school the student had been attending before losing his/her housing or the last school attended (both known as the school of origin),
2. The right to immediate enrollment for students who decide to transfer schools, even if the student does not have all of the documents normally for enrollment,
3. Transportation services if the student continues to attend the school of origin,
4. Categorical eligibility for Title I services if offered in the LEA,
5. Categorical eligibility for free meals if offered in the LEA, and
6. Access to services provided with McKinney-Vento funds if available in the LEA.

The LEA should also ensure that the parent, person in parental relation, unaccompanied youth is aware that the student's housing status will be kept confidential and will only be shared with those LEA staff who are responsible for providing services to

the student and those responsible for keeping track of how many students are identified as living in temporary housing in the LEA.

LEAs are advised to explain to parents that if a parent claims that her/his child is living in temporary housing, and the LEA wishes to conduct an investigation to verify this information, the LEA may conduct a home visit. However LEAs **cannot contact a landlord or building superintendent** to verify a student's housing status without prior parental consent. Contacting a landlord or building superintendent without the parent's express prior written permission is a violation of FERPA, a federal law.

#### **If the Parent, Person in Parental Relation, or Unaccompanied Youth Declines to Fill Out the Housing Questionnaire**

If the parent, person in parental relation, or unaccompanied youth declines to complete the Housing Questionnaire, the LEA should note on the form that the parent, person in parental relation, or unaccompanied youth declined to provide the information requested.

#### **Completing the Form**

If a parent, person in parental relation, or unaccompanied youth enrolling in school indicates that a student is living in one of the five temporary housing arrangements, the school may not require proof to verify where the student is living before enrolling the student. The five temporary housing arrangements are listed below:

1. In a shelter,
2. With another family or other person (sometimes referred to as "doubled-up"),
3. In a hotel/motel,
4. In a car, park, bus, train, or campsite, or
5. Other temporary living situation.

After the student is enrolled and attending classes, the school or LEA is permitted to verify the student's housing arrangements. However, the student must first be enrolled in school. Again, LEAs **cannot not contact a landlord or building superintendent** to verify a student's housing status. (See above for more information.)

#### **Definitions of Temporary Housing Arrangements**

*"With another family or other person" (also referred to as "doubled-up")*

LEAs should be aware that students who are sharing the housing of others are eligible for services under the McKinney-Vento Act and State law, if sharing housing is due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason.

*"Other temporary living situation"*

In addition to the four examples of temporary housing, students who lack a "fixed, adequate, and regular" nighttime residence are also covered as homeless under the McKinney-Vento Act and State law. This may include unaccompanied youth who have fled their homes or were forced to leave their homes and who do not otherwise meet the definition of "doubled-up."

*"In permanent housing"*

Permanent housing means that the student's living arrangements are "fixed, regular, and adequate."

#### **Next Steps for LEAs with Students Living in Temporary Housing Arrangements**

**If the parent, person in parental relation, or unaccompanied youth indicates that a student is living in temporary housing, the LEA must complete a Designation Form.** If the LEA believes additional information is needed before reaching a final decision on the student's eligibility under McKinney-Vento, enrollment should not be delayed and a Designation Form should still be filled out. For more information about determining eligibility see the National Center on Homeless Education's Determining Eligibility Brief, available at: [http://nche.ed.gov/downloads/briefs/det\\_elig.pdf](http://nche.ed.gov/downloads/briefs/det_elig.pdf).

If a student who is identified as homeless was last permanently housed in a different school district, the district of attendance/local district will be eligible for tuition reimbursement from SED for the cost of educating the student. School districts should complete a STAC-202 form if eligible for tuition reimbursement. For more information about STAC-202 forms contact the STAC Office at 518-474-7116 or NYS-TEACHS at 800-388-2014.