

Solicitud Para Pre-Kindergarten Universal (UPK)

Por favor lea esta página completa antes de llenar la solicitud de UPK

Universal de Pre-Kínder (UPK) es un programa especial de la primera infancia, que fue establecido por el Estado de Nueva York Departamento de Educación (NYSED) y contrato a los distritos escolares a proporcionar una experiencia de aprendizaje temprano para los niños de las familias elegibles. Las familias elegibles se definen como aquellos que viven en un Distrito Escolar contratada y tienen hijos que serán de cuatro años de edad el 1 de diciembre de 2025 (el niño debe haber nacido entre el 2 de diciembre 2020 y 1 de Diciembre de 2021). Universal de Pre-Kindergarten está aceptando solicitudes para los años 2024-2025 de la escuela. (Pendiente de aprobación de los fondos en el presupuesto del Estado de Nueva York). Este es un programa de intervención temprano con un profesor cualificado y un asistente en cada clase. Los niños asisten a cinco (5) días y medio por 2 ½ hora al día, durante 180 días por año escolar, **SIN COSTO PARA USTED.**

También puede haber ranuras en el programa de Pre-K (5-horas) día completo. Solo algunos sitios ofrecen el programa de día completo. La última página de la aplicación enumerará esos sitios de día completo.

ELEGIBILIDAD: Los estudiantes que no pueden asistir a UPK 5 días a la semana, para todo el año escolar pueden ser inelegibles.

LO SENTIMOS ESTOS PROGRAMAS NO OFRECEN EL TRANSPORTE

Cuando regrese la solicitud completa, por favor incluya copias de los siguientes para que podamos seguir:

- Una copia de certificado de nacimiento del niño original. (Si el acta de nacimiento no se encuentra en inglés, necesitamos una copia de pasaporte de su hijo).
- Un formulario firmado o sellado registro de vacunas al día y la forma de evaluación de la salud con el nombre del médico y la dirección incluida. (El ejemplo adjunto Salud formulario de evaluación puede ser utilizado o puede usar un formulario en la oficina del médico).
- Prueba de residencia en el distrito (documentación que indique su nombre y dirección Ex: Factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento, recibo de la hipoteca, o declaración jurada de residencia documentos inaceptables de la prueba de residencia son la licencia de conducir y la revista).
- Un número de teléfono donde se puede llegar entre las 8:00am- 4:00pm.
- Se incluyen en esta solicitud es importante llevar la información y evaluación dental para su revisión.

ES IMPORTANTE DELVOLVER LA SOLICITUD COMPLETA ANTES DEL 01 DE Mayo 2024 A:

Universal Pre-Kindergarten of East Ramapo Central School District

105 South Madison Ave, Spring Valley, NY 10977

Entrada Por el Centro de Familia

Tel: 845-577-6251 / Fax: 845-577-6255

Atención: Jacquelin Contreras correo electrónico: jcontreras@ercsd.org

Atención: Joely Ferreras correo electrónico: jferreras@ercsd.org

Si la solicitud se recibe después de Mayo 09, y la ranura están todavía disponibles, el solicitante será considerado para la colocación. Cuando envíe, envíe por correo electrónico o envíe por fax una solicitud, llame a nuestra oficina para asegurarse de que fue recibida.

DECLARACION DE PROCEDIMIENTO PARA LA SELECCIÓN DE LOS NINOS

El programa Pre-Kindergarten universal se encargará de supervisar el proceso de registro. UPK aceptaran las solicitudes y verificar la elegibilidad. Si, antes de la fecha límite, se realizan más solicitudes por parte del NYSED para el Distrito Escolar Central de East Ramapo, se utilizará una lotería para seleccionar a los niños para que participen en los programas UPK de medio día y de día completo. Los niños no seleccionados en la lotería serán colocados en una lista de espera. Después de la fecha límite del 9 de Mayo de 2025, la oficina de la UPK continuará aceptando solicitudes y admitirá a estudiantes elegibles si hay plazas disponibles. Sin embargo, si la inscripción ha alcanzado su capacidad máxima, las solicitudes se agregan a una lista de espera.

EAST RAMAPO CENTRAL SCHOOL DISTRICT

UNIVERSAL PRE-K

2025-2026

DATE RECEIVED:

____/____/____

- BIRTH CERTIFICATE
- PROOF OF RESIDENCY
- IMMUNIZATIONS
- HEALTH APPRAISAL
- VISION Y HEARING
- PARENT IDENTIFICATION
- HOME LANGUAGE QUESTIONNAIRE

SITE ATTENDING:

MISSING DOCUMENTS:

- IMMUNIZATIONS
- HEALTH APPRAISAL
- VISION Y HEARING
- PARENT IDENTIFICATION
- HOME LANGUAGE QUESTIONNAIRE

Nombre del niño: _____ Apellido: _____

Fecha de nacimiento: _____ Masculino Femenina

Idioma hablado en casa (Si no es inglés) _____

Etnicidad Afro-Americano Americano Nativo Asiático Indio Nativo Caucáseo Hispano

Por favor, describa las necesidades especiales: _____

Nombre de la Madre: _____ Apellido de la Madre: _____

Nombre del Padre: _____ Apellido del Padre: _____

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: NY Código de Correo: _____

Teléfono de la Madre (casa): _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Teléfono del Padre (casa): _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Correo electrónico de la Madre: _____

Correo electrónico del Padre: _____

INDIQUE SUS OPCIONES DE ESCUELA:

1ST ELECCION _____ 2ND ELECCION _____ 3RD ELECCION _____

*Si cualquiera de su información de contacto cambia durante el año escolar, nuestra oficina necesita ser notificado apropiadamente.

PRUEBA DE LAS VACUNAS:

Usted tiene **14 días** desde el comienzo del año escolar para presentar sus vacunas o una cita médica para la terminación de vacunas. Lista de las vacunas requeridas para UPK incluida en el paquete.

Yo he completado la solicitud y presentado la documentación requerida. He recibido información acerca del plomo y Revisión Dental con esta solicitud. ENTIENDO QUE MI SOLICITUD NO SERÁ CONSIDERADA PARA LA SELECCIÓN menos que toda la siguiente documentación ha sido sometida:

- CERTIFICADO DE NACIMIENTO
- PRUEBA DE RESIDENCIA
- EXAMEN AUDITIVO
- REGISTRO DE VACUNAS
- EVALUACIÓN DE LA SALUD
- EXAMEN VISUAL
- CUESTIONARIO LINGÜE DE CASA
- IDENTIFICACIÓN DE LOS PADRES

FIRMA DEL PADRE / GUARDIAN _____ FECHA _____

EAST RAMAPO UNIVERSAL PRE-KINDERGARTEN (UPK)

INFORMACION IMPORTANTE

CURRICULO

UPK es un programa de desarrollo apropiado educativo centrado en el alumno para los de cuatro años. La meta del programa UPK es para proporcionar a su niño con una instrucción de alta calidad y actividades estructuradas diseñada para facilitar el crecimiento social y emocional, así como desarrollar el lenguaje y la comunicación, el pensamiento crítico creativo y las habilidades motoras gruesas y finas.

La importancia de la obra también se hizo hincapié en que los maestros planean las experiencias apropiadas para el desarrollo de su hijo. A través del juego, los niños exploran y construyen entendimiento sobre el mundo y ellos mismo. En que interactúan con sus compañeros y adultos, y crecer socialmente a través del contexto de juego. El programa UPK les ofrece la oportunidad de jugar para aprender y aprender a jugar.

CURRICULO CREATIVA

El Currículo Creativo para educación Pre-Escolar fue elegido para el programa de UPK por que se alinea directamente con los Estándares Aprendizaje Temprano del Estado de Nueva York y el NYS Pre-kindergarten Fundación para el básico común, y porque hace hincapié en las practicas apropiadas para el desarrollo. El Currículo Creativo anima a los niños a experimentar, explorar y perseguir su propio interés.

El Currículo:

- Ofrece los niños opciones
- Les da a los niños muchas oportunidades para la expresión creativa
- Permite a los niños libertad para explorar el medio ambiente
- Permite que los niños NO sean desordenados durante el juego
- Estimula a los niños para trabajar independientemente
- Valorar las ideas de los niños
- Promueve la solución de problemas y apropiada la sunción de riesgos

PREPARACION ACADEMICA

• LA PROYECCION BRIGANCE

Una proyección de desarrollo de diagnóstico de administrar a su hijo en su sito UPK antes de Diciembre 1en el año escolar de 2025-2026 como parte 117 del Reglamento de Educación del Estado de Nueva York. En el Estado de Nueva York, se requiere que los niños que se proyectaran en el primer punto de entrada en el distrito escolar. La herramienta de evaluación de diagnóstico utilizada es la pantalla Brigance Early Childhood II. Esta herramienta estandarizada a nivel nacional cubre una amplia muestra de las habilidades de un niño en las aéreas claves de desarrollo, como el lenguaje, la alfabetización, matemáticas, y habilidades físicas. Los datos de esta prueba ayudaran el distrito a identificar todos los niños que pueden necesitar asistencia técnica o apoyo adicional, así como los niños que pueden parecer dotado, o avanzado.

• EVALUACIONES CONTINUAS

Evaluaciones Continuas son también ingrediente importante para el programa de UPK/Pre-K. Evaluaciones ayudan a los profesores a planificar su instrucción, y monitorear el crecimiento y desarrollo de sus hijos. Las evaluaciones están alineadas con los objetivos y metas del plan de estudios, los estándares para Pre-K del Estado de Nueva York, y la Fundación del Estado de Nueva York Pre-K para en Núcleo Común.

PARTICIPACION DE LOS PADRES

El papel que los padres juegan en la educación de sus hijos es muy importante. Hay muchos niveles de participación de los padres y les animamos a participar en la medida en que su agenda se lo permite. Aquí hay algunas maneras que puede involucrarse en la experiencia UPK de su hijo:

- Leerle a su hijo todos los días
- Poner en práctica las sugerencias de los maestros para ayudar a reforzar el aprendizaje
- Leer boletines de noticias y boletines de padres de la escuela de su hijo
- Asistir a la conferencia de padre y maestros
- Asistir a eventos especiales de la escuela
- Comunicarse con el maestro de su hijo
- Mantener a la maestra de su hijo informado so debe haber eventos en la vida de su hijo que pueden afectar los cambios de humor o de la participación en el programa

CUESTIONARIO DE LA LENGUA MATERNA

Con el fin de proporcionar a su hijo la mejor educación posible, será necesario determinar que también él/ella entiende, hable, lee y escribe Ingles. Por lo tanto, un cuestionario de la lengua materna, escrito en su idioma es parte del paquete de solicitud UPK.

*REQUISITO DE SALUD

Como lo exige el Departamento de Educación del Estado de Nueva York, usted tendrá que presentar una prueba de que su hijo ha tenido un examen fisico completo antes del inicio del año escolar. También animamos fuertemente a su hijo a tener un examen dental completo por el dentista pediátrico.

LOS REQUISITOS DE IMMUNIZACION

Cada niño es requerido por el NYSED para tener un resumen de salud en el archivo, que incluye un registro de las vacunas hasta la fecha, bajo la firma de fuente de atención medica del niño. La cartilla de vacunación de todos los estudiantes matriculados en UPK será revisado para asegurar el cumplimiento con las regulaciones del Estado de Nueva York. Los padres tienen 14 días a partir de inicio del año escolar para presentar el expediente completo de inmunizaciones. (30 días a partir del inicio del año escolar para los niños que se mudaron al distrito de fuera del estado).

Notas De Salud Para Padres De Preescolar Universales

El Requisito

Vacunación: La solicitud de su niño no será registrado en la escuela sin prueba de las siguientes vacunas:

4 DTAP, 3 Hepatitis B, 3 IPV, 3 HIB (o 1 HIB administrado después de 15 meses de edad), 1 MMR, 1 Varicela, 3 Prevnar (Neumonía) (solamente 2 si administrado entre 12-23 meses de edad, solamente 1 si administrado después de los 23 meses de edad)

(<http://www.health.state.ny.us/publications/2370.pdf>)

Por favor consulte a su proveedor de atención médica.

*Hay solo tres pruebas de exención para las vacunas completa: 1) Prueba de un programa para recibir las vacunas faltantes. 2) Una carta de exención religiosa) Documentación por un medico de una exención medica.

Evaluación de Salud / Medicina Declaración: Usted puede utilizar el formulario proporcionado en esta solicitud u otra forma, sin embargo, toda la información requerida debe ser completado como se muestra. *Asegúrese de que su médico incluye los exámenes de visión y audición, BMI y BMI %, así como cualquier alergia o condiciones específicas.* Si no se hace una prueba PPD, Pregunte al doctor que escribir no se indica o otro comentario. En ciertos grados, Percentil de BMI es reportado al Departamento de estado de Nueva York de la salud. NINGUN nombre se envía en el informe, sin embargo si usted decide tener información de su hijo excluida de este informe, por favor marque la casilla correspondiente en el formulario de evaluación de la salud.

*Tenga en cuenta que nuestros sitios deberán seguir las pautas de los CDC y los requisitos del Departamento de Salud de Nueva York durante tiempos de emergencia.

Recomendación

Exámenes de Plomo

Los niños pueden obtener 'Plomo' de pintura con plomo en las casas Viejas, Contaminado Suelos, Juguetes Importados, Platos de Cerámica, agua que fluye de tuberías antiguas, etc. Los síntomas pueden parecer enfermedades menores, pero el daño potencial es enorme, y puede causa menor IQ, lento crecimiento de cuerpo, problemas de audición, comportamiento, problemas de atención o daño riñón. Hable con su médico acerca de hacerse la prueba de sangre de su hijo para el plomo.

Examen Dental:

La Academia Americana de odontología pediátrica recomienda un chequeo dental por lo menos dos veces al año para la mayoría de los niños. Algunos niños necesitan más frecuentes visitas dentales debido a unos mayores riesgos de caries, patrones de crecimiento inusuales o mala higiene bucal.



East Ramapo Central School District

105 South Madison Avenue, Spring Valley, NY 10977

A Unified Community Educating the Whole Child ...

Dr. Clarence G. Ellis
Superintendent of Schools
845.577.6011

Dr. Daniel H. Shanahan
Executive Director of Funded Programs
845.577.6031

Office of Funded Programs
845-577-6031
845-577-6068 - Fax

VERIFICACIÓN DE VACUNAS (Para ser completado por el Administrador de la escuela)

ESCUELA

FECHA

ESTUDIANTE

FECHA DE ENTREGO 9/22/25

El personal del programa de Pre-Kindergarten Universal ha examinado la prueba de vacunas para su hijo. El sito administrador completara el reviso final para confirmar que este completo y valido.

Su hijo será admitido al programa UPK bajo **admisión temporaria de 14 días**. Esto le dará tiempo para completar el repaso final y verificar que las vacunas estén al día. (Si se ha mudado de otro estado o país, usted tienes 30 días para completar las vacunas de su niño.)

La oficina de la escuela se pondrá en contacto con usted si necesitara más información o documentación De no ser así su hijo puede ser impulsado del programa de UPK.

He leído la declaración anterior, entiendo lo que eso significa para mí y para mi hijo, y estoy de acuerdo en cumplir con los requisitos de inmunización.

FIRMA DE PADRES O GUARDIANTES

ESCRIBA EN LETRA DE MONDE

FECHA DE FIRMA Y RECIBO

UPK STAFF

PREBA DE VACUNAS _____ INCLUIDO _____ NO INCLUIDO

Child's Name: _____

Date of Birth: _____

TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER
REQUIRED INFORMATION FOR ADMISSION

Life Threatening Allergies or Conditions: Y N (specify) _____
 Is medication regularly taken? Y N (Specify drug(s) and condition(s)) _____

Is a special diet required? Y N (Specify diet and condition) _____

Are there any medical or developmental conditions requiring special attention? Y N

If yes, specify: _____

(Please attach an Individual Health Care Plan for a child with special Health Care Needs)

Immunization record attached Schedule of appointments to receive missing immunizations attached

This child is free from communicable diseases and is fit for preschool activities Y N

Body Mass Index: _____	Vision- without glasses/contact lenses			
Weight Status Category (BMI Percentile)	Vision- with glasses/contact lenses			
<input type="checkbox"/> less than 5 th <input type="checkbox"/> 5 th through 49 th <input type="checkbox"/> 50 th through 84 th	Vision- Near Point			
<input type="checkbox"/> 85 th through 94 th <input type="checkbox"/> 95 th through 98 th <input type="checkbox"/> 99 th and higher	Hearing <input type="checkbox"/> pass 20 db sc both ears or:			
	Vision <input type="checkbox"/> Subjectively Normal <input type="checkbox"/> Unable to cooperate			
	Hearing <input type="checkbox"/> Subjectively Normal <input type="checkbox"/> Unable to cooperate			

I am opting out of including my child's BMI information in the NYS Obesity Report. YES NO

RECOMMENDED INFORMATION FOR PERMANENT SCHOOL RECORDS

Height: _____ Weight: _____ Blood Pressure: _____ Normal Condition Indicated Above

Sickle Cell Screen: Positive Negative Date: _____ Not Done

PPD: Positive Negative Date: _____ Not Done

Lead Level: _____ Date: _____ Not Done

Dental: Referred to Dental Dental Certificate Attached

PLEASE COMPLETE THE ENTIRE FORM

FAX to: (845) 577-6255

Dr. Signature: _____

Date _____

DR. STAMP:

2024-25 School Year New York State Immunization Requirements for School Entrance/Attendance¹

NOTES:

All children must be age-appropriately immunized to attend school in New York State. The number of doses depends on the schedule recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Intervals between doses of vaccine must be in accordance with the "ACIP-Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule." Doses received before the minimum age or intervals are not valid and do not count toward the number of doses listed below. See footnotes for specific information for each vaccine. Children who are enrolling in grade-less classes must meet the immunization requirements of the grades for which they are age equivalent.

Dose requirements MUST be read with the footnotes of this schedule

Vaccines	Pre-Kindergarten (Day Care, Head Start, Nursery or Pre-K)	Kindergarten and Grades 1, 2, 3, 4 and 5	Grades 6, 7, 8, 9, 10 and 11	Grade 12
Diphtheria and Tetanus toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine (DTaP/DTP/Tdap/Td)²	4 doses	5 doses or 4 doses if the 4th dose was received at 4 years or older or 3 doses if 7 years or older and the series was started at 1 year or older		3 doses
Tetanus and Diphtheria toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine adolescent booster (Tdap)³		Not applicable		1 dose
Polio vaccine (IPV/OPV)⁴	3 doses		4 doses or 3 doses if the 3rd dose was received at 4 years or older	
Measles, Mumps and Rubella vaccine (MMR)⁵	1 dose		2 doses	
Hepatitis B vaccine⁶	3 doses		3 doses or 2 doses of adult hepatitis B vaccine (Recombivax) for children who received the doses at least 4 months apart between the ages of 11 through 15 years	
Varicella (Chickenpox) vaccine⁷	1 dose		2 doses	
Meningococcal conjugate vaccine (MenACWY)⁸		Not applicable	Grades 7, 8, 9, 10 and 11: 1 dose	2 doses or 1 dose if the dose was received at 16 years or older
Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine (Hib)⁹	1 to 4 doses		Not applicable	
Pneumococcal Conjugate vaccine (PCV)¹⁰	1 to 4 doses		Not applicable	

1. Demonstrated serologic evidence of measles, mumps or rubella antibodies or laboratory confirmation of these diseases is acceptable proof of immunity to these diseases. Serologic tests for polio are acceptable proof of immunity only if the test was performed before September 1, 2019, and all three serotypes were positive. A positive blood test for hepatitis B surface antibody is acceptable proof of immunity to hepatitis B. Demonstrated serologic evidence of varicella antibodies, laboratory confirmation of varicella disease or diagnosis by a physician, physician assistant or nurse practitioner that a child has had varicella disease is acceptable proof of immunity to varicella.
2. Diphtheria and tetanus toxoids and acellular pertussis (DTaP) vaccine. (Minimum age: 6 weeks)
 - a. Children starting the series on time should receive a 5-dose series of DTaP vaccine at 2 months, 4 months, 6 months and at 15 through 18 months and at 4 years or older. The fourth dose may be received as early as age 12 months, provided at least 6 months have elapsed since the third dose. However, the fourth dose of DTaP need not be repeated if it was administered at least 4 months after the third dose of DTaP. The final dose in the series must be received on or after the fourth birthday and at least 6 months after the previous dose.
 - b. If the fourth dose of DTaP was administered at 4 years or older, and at least 6 months after dose 3, the fifth (booster) dose of DTaP vaccine is not required.
 - c. Children 7 years and older who are not fully immunized with the childhood DTaP vaccine series should receive Tdap vaccine as the first dose in the catch-up series; if additional doses are needed, use Td or Tdap vaccine. If the first dose was received before their first birthday, then 4 doses are required, as long as the final dose was received at 4 years or older. If the first dose was received on or after the first birthday, then 3 doses are required, as long as the final dose was received at 4 years or older.
3. Tetanus and diphtheria toxoids and acellular pertussis (Tdap) adolescent booster vaccine. (Minimum age for grades 6 through 10: 10 years; minimum age for grades 11 and 12: 7 years)
 - a. Students 11 years or older entering grades 6 through 12 are required to have one dose of Tdap.
 - b. In addition to the grade 6 through 12 requirement, Tdap may also be given as part of the catch-up series for students 7 years of age and older who are not fully immunized with the childhood DTaP series, as described above. In school year 2024-25, only doses of Tdap given at age 10 years or older will satisfy the Tdap requirement for students in grades 6 through 10; however, doses of Tdap given at age 7 years or older will satisfy the requirement for students in grades 11 and 12.
 - c. Students who are 10 years old in grade 6 and who have not yet received a Tdap vaccine are in compliance until they turn 11 years old.
4. Inactivated polio vaccine (IPV) or oral polio vaccine (OPV). (Minimum age: 6 weeks)
 - a. Children starting the series on time should receive a series of IPV at 2 months, 4 months and at 6 through 18 months, and at 4 years or older. The final dose in the series must be received on or after the fourth birthday and at least 6 months after the previous dose.
 - b. For students who received their fourth dose before age 4 and prior to August 7, 2010, 4 doses separated by at least 4 weeks is sufficient.
 - c. If the third dose of polio vaccine was received at 4 years or older and at least 6 months after the previous dose, the fourth dose of polio vaccine is not required.
 - d. For children with a record of OPV, only trivalent OPV (tOPV) counts toward New York State school polio vaccine requirements. Doses of OPV given before April 1, 2016, should be counted unless specifically noted as monovalent, bivalent or as given during a poliovirus immunization campaign. Doses of OPV given on or after April 1, 2016, must not be counted.
5. Measles, mumps, and rubella (MMR) vaccine. (Minimum age: 12 months)
 - a. The first dose of MMR vaccine must have been received on or after the first birthday. The second dose must have been received at least 28 days (4 weeks) after the first dose to be considered valid.
 - b. Measles: One dose is required for pre-kindergarten. Two doses are required for grades kindergarten through 12.
 - c. Mumps: One dose is required for pre-kindergarten. Two doses are required for grades kindergarten through 12.
 - d. Rubella: At least one dose is required for all grades (pre-kindergarten through 12).
6. Hepatitis B vaccine
 - a. Dose 1 may be given at birth or anytime thereafter. Dose 2 must be given at least 4 weeks (28 days) after dose 1. Dose 3 must be at least 8 weeks after dose 2 AND at least 16 weeks after dose 1 AND no earlier than age 24 weeks (when 4 doses are given, substitute "dose 4" for "dose 3" in these calculations).
 - b. Two doses of adult hepatitis B vaccine (Recombivax) received at least 4 months apart at age 11 through 15 years will meet the requirement.
7. Varicella (chickenpox) vaccine. (Minimum age: 12 months)
 - a. The first dose of varicella vaccine must have been received on or after the first birthday. The second dose must have been received at least 28 days (4 weeks) after the first dose to be considered valid.
 - b. For children younger than 13 years, the recommended minimum interval between doses is 3 months (if the second dose was administered at least 4 weeks after the first dose, it can be accepted as valid); for persons 13 years and older, the minimum interval between doses is 4 weeks.
8. Meningococcal conjugate ACWY vaccine (MenACWY). (Minimum age for grades 7 through 11: 10 years; minimum age for grade 12: 6 weeks)
 - a. One dose of meningococcal conjugate vaccine (Menactra, Menveo or MenQuadfi) is required for students entering grades 7, 8, 9, 10 and 11.
 - b. For students in grade 12, if the first dose of meningococcal conjugate vaccine was received at 16 years or older, the second (booster) dose is not required.
 - c. The second dose must have been received at 16 years or older. The minimum interval between doses is 8 weeks.
9. Haemophilus influenzae type b (Hib) conjugate vaccine. (Minimum age: 6 weeks)
 - a. Children starting the series on time should receive Hib vaccine at 2 months, 4 months, 6 months and at 12 through 15 months. Children older than 15 months must get caught up according to the ACIP catch-up schedule. The final dose must be received on or after 12 months.
 - b. If 2 doses of vaccine were received before age 12 months, only 3 doses are required with dose 3 at 12 through 15 months and at least 8 weeks after dose 2.
 - c. If dose 1 was received at age 12 through 14 months, only 2 doses are required with dose 2 at least 8 weeks after dose 1.
 - d. If dose 1 was received at 15 months or older, only 1 dose is required.
 - e. Hib vaccine is not required for children 5 years or older.
 - f. [For further information, refer to the CDC Catch-Up Guidance for Healthy Children 4 Months through 4 Years of Age.](#)
10. Pneumococcal conjugate vaccine (PCV). (Minimum age: 6 weeks)
 - a. Children starting the series on time should receive PCV vaccine at 2 months, 4 months, 6 months and at 12 through 15 months. Children older than 15 months must get caught up according to the ACIP catch-up schedule. The final dose must be received on or after 12 months.
 - b. Unvaccinated children ages 7 through 11 months are required to receive 2 doses, at least 4 weeks apart, followed by a third dose at 12 through 15 months.
 - c. Unvaccinated children ages 12 through 23 months are required to receive 2 doses of vaccine at least 8 weeks apart.
 - d. If one dose of vaccine was received at 24 months or older, no further doses are required.
 - e. PCV is not required for children 5 years or older.
 - f. [For further information, refer to the CDC Catch-Up Guidance for Healthy Children 4 Months through 4 Years of Age.](#)

For further information, contact:

**New York State Department of Health
Division of Vaccine Excellence
Room 649, Corning Tower ESP
Albany, NY 12237
(518) 473-4437**

**New York City Department of Health and Mental Hygiene
School Compliance Unit, Bureau of Immunization
42-09 28th Street, 5th floor
Long Island City, NY 11101
(347) 396-2433**

New York State Department of Health/Division of Vaccine Excellence
health.ny.gov/immunization



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

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

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

Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)

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

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

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

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	_____
			especifique
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			especifique
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	_____	<input type="checkbox"/> Padre
		especifique	especifique
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____	especifique
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			especifique
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe hablar
			especifique
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe leer
			especifique
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No sabe escribir
			especifique

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

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Sí* **No** **No se sabe**
 * En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? Poca gravedad Algo grave Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? No Sí* * Por favor, llene 10b.

10b. *Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

No Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) 3 a 5 años (Educación Especial) 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? No Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?
 (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal _____ 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: _____ 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:

LISTA DE PROGRAMAS DE PRE-KINDERGARTEN UNIVERSAL

¿ESTÁ SU NIÑO ACTUALMENTE MATRICULADO EN UN PROGRAMA DE PRE-K EN CASO AFIRMATIVO, EL NOMBRE DEL PROGRAMA?

(SI SU NIÑO ES SELECCIONADO PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA DE PRE-K SE TOMARAN TODAS LAS MEDIDAS NECESARIAS PARA MANTENER A SU HIJO EN SU PROGRAMA ACTUAL DE PRE-K DEPENDE DE LA DISPONIBILIDAD EN CASO DE QUE EL PROGRAMA ES UN PROGRAMA UPK).

TODOS LOS SOLICITANTES UNIVERSAL PREKINDERGARTEN ELEGIBLES SE LES PERMITE INSCRIBIR A SUS HIJO (S) EN CUALQUIERA DE LOS PROGRAMAS DE PRE-K EN LA LISTA, INDEPENDIENTEMENTE DE SU DISTRITO ESCOLAR, CON SUJECCIÓN A LA DISPONIBILIDAD Y AUTORIZACIÓN POR EL DISTRITO ESCOLAR. PARA SIMPLIFICAR, LA ADJUNTA LISTA DE PROGRAMAS DE PRE-K HA SIDO DISEÑADO ALFABÉTICAMENTE POR EL PUEBLO CON LOS PROGRAMAS DISPONIBLES DE PRE-K.

POR FAVOR, CON UN NÚMERO DE 1, 2 Y 3 PARA MOSTRAR EL RESULTADO DE SU PRIMERA, SEGUNDA Y TERCERA OPCIONES DE PROGRAMAS DE PRE-K QUE USTED QUIERE QUE SU HIJO ASISTA PARA EL PROGRAMA DE PRE-KINDER.

***LOS SITIOS QUE OFRECEN PROGRAMAS DE DÍA COMPLETO SE ENUMERAN EN LA ÚLTIMA PÁGINA.**

****SE RECOMIENDA QUE LOS PADRES EN CONTACTO CON SITIOS INDIVIDUALES PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE EL PROGRAMA Y SU TIEMPO DE OPERACIÓN Y VISITAR EL PROGRAMA DE UPK ANTES DE LA SELECCIÓN.**

PRE-KINDER DE EAST RAMAPO SÓLO SE PUEDE COLOCAR A SU HIJO EN UN PROGRAMA, NO ES UN SALÓN DE CLASES. ASIGNACIÓN DE CLASE Y EL TIEMPO DE OPERACIÓN SE HACE A DISCRECIÓN DE CADA PROGRAMA DE LA PRIMERA INFANCIA.

<u>Village</u>	<u>Site Name</u>	<u>Address</u>	<u>Contact Person & Number</u>
<u>Chestnut Ridge</u>	Bais Yaakov Elementary of Rockland County ***	681 Chestnut Ridge Road Chestnut Ridge, NY	Leeba Rabinowitz (845)368-2247 x105
	Ohr Hatorah	681 Chestnut Ridge Road Chestnut Ridge, NY 10977	Chaim Itzkowitz (845)729-5555
<u>Monsey</u>	Cong. Bais Malka ***	48 Grandview Ave Spring Valley, NY 10977	Mrs. Moskowitz (845)354-9500
	Cong. Beth Rochel ***	145 Saddle River Road Monsey, NY 10952	Yechezkel Shimon (845)352-5000 x1110
	Cong. Bobover Yeshiva - Bnei Zion ***	230 Viola Road Monsey, NY 10952	Shraga Blum (845)356-5001
	Bnos Zion of Bobov Monsey (Bobover Girls)	230 Viola Road Monsey, NY 10952	Usher Leser (845)406-4996
	Cong. Talmud Torah D'Chasidei Bobov - Girls ***	116 College Rd Monsey, NY 10940	Mr. Kleinman (845)517-3935
	Cong. Vien of Monsey - Bnos ***	70 Highview Road Monsey, NY 10952	Mr. Brody (845)547-7272
	Cong. Yeshuos Moshe Viznitz ***	49 South Main St. Spring Valley, NY 10977	Mr. Lowy (845)579-6363
	Cong. Yetev Lev - Central UTA Girls ***	236 Cherry Lane Monsey, NY 10952	Mr. Rottenberg (845)371-3400
	Mosdos Sanz Klausenberg Boys ***	8 Eckerson Lane, Spring Valley, NY 10977	Ben Sompolinsky (845)578-9807
	Mosdos Sanz Klausenberg Girls ***	5 Gibbs Court Monsey, NY 10952	Ben Sompolinsky (845)578-9807
	Talmud Torah Darkei Avos ***	235 N Pascack Rd. Spring Valley, NY 10952	David Mashinsky (845) 371-2476
	Yeshiva Bais Mikroh ***	221 Viola Road Monsey, NY 10952	Rabbi Chaim Bodenheimer (845)425-4880
	Yeshiva Beth David ***	22 W. Maple Avenue Monsey, NY 10952	David Pilchick (845)352-3100
	Yeshiva Darkei Emunah ***	201 Route 306 Monsey, NY 10952	Abraham Felberbaum (845)356-2761
	Yeshiva of Spring Valley ***	142 Grandview Avenue Monsey, NY 10952	Chanie Jacobs (845)356-1400 x242
	Zichron Shmuel	261 Route 306 Monsey, NY 10952	Yoel Muller (845) 237-2006
<u>New City</u>	ASHAR	360 New Hempstead Rd New City, NY 10956	Jacqueline Borgen (845)357-1515
	Kesser Bais Yakov ***	175 West Clarkstown RD, New City, NY 10956	Michael Kraus (845)474-2424
	Cheder Chabad of Monsey ***	228 New Hempstead New City, NY 10956	Chaya Light (845)356-1213
<u>New Square</u>	CIC Boys	103 Clinton Lane Spring Valley, NY 10977	Brenda Weisz (845)354-4100

<u>Village</u>	<u>Site Name</u>	<u>Address</u>	<u>Contact Person & Number</u>
	CIC Girls	15 Roosevelt Ave. New Square, NY 10977	Avigayil Kravetz (845)364-5389
<u>Pomona</u>	Bais Yaakov Chofetz Chaim of Pomona ***	44 Camp Hill Road Pomona, NY 10970	Leah D. Zaks (845)362-3166
<u>Spring Valley</u>	Congregation Yeshiva of Greater Monsey ***	677 New Hempstead Road Spring Valley, NY 10977	Jordan Most (845) 362-7700 Ext 106
	Bais Trany of Monsey ***	185 North Main Street Spring Valley, NY 10977	Moishe Silberman (845)371-6900 x102
	Bnei Yakov Yosef of Monsey ***	23 Union Road Spring Valley, NY 10977	Mrs. T. Lauber (845)573-9400 x102
	Bas Mikroh Girls' School ***	381 Viola Road Spring Valley, NY 10977	Serena Weinberger (845)352-5296
	Bnos Borov, Inc. - Bnos Derech Yisroel ***	246 N. Main Street Spring Valley, NY 10977	Mr. Schreiber (845)354-1002
	Bnos Esther Pupa ***	246 N. Main Street Spring Valley, NY 10977	Rabbi Schmidt (845)371-1220 x102
	Cong. Machzikei Hadas of Belz ***	3 N. Cole Avenue Spring Valley, NY 10977	Rabbi Wolkenfeld (845)425-0909 x111
	Cong. Yetev Lev - Central UTA Boys ***	766 North Main Street Spring Valley, NY 10977	Mr. Rottenberg (845)371-3400
	Cong. Talmud Torah D'Chasidei Bobov - Boys ***	49 S. Main Street Spring Valley, NY 10977	Mr. Kleinman (845)352-2644 x107
	HASC	46 Grandview Ave. Spring Valley, NY 10977	Rivky Reich (845)356-0191
	Mosdos Sanz ***	50 Slinn Avenue Spring Valley, NY 10977	Miriam Eisenberger (845)459-8128
	Talmud Torah Adas Yereim ***	33 Union Road Spring Valley, NY 10977	Lazar Katz (845)425-5678 x101
	Yeshiva Degel Hatorah ***	111 Maple Avenue Spring Valley, NY 10977	Rabbi Moshe Schwab (845)356-4610
	Yeshiva Ketana Toras Chaim ***	681 Chestnut Ridge Bldg #14 Spring Valley, NY 10977	Yosef Dov Perlstein (845)352- 8470
	Cong. Talmud Torah Imrei Bina	4 North Main St. Spring Valley, NY 10977	Shimon Moses (845)356- 4138
	Yeshiva Tzoin Yosef Pupa ***	15 Widman Court Spring Valley, NY 10977	Rabbi Schmidt (845)371-1220 x102
<u>Suffern</u>			
	Cong. Kollel Chasidei Rachmistrivka ***	93 Highview Road Suffern, NY 10901	David Kalisch (845) 357-5550 x101
	Congregation Ramapo Cheder ***	344 Spook Rock Road Suffern, NY 10901	Jordan Most (845) 362-7700 Ext 106
	Tiferes Bais Yaakov ***	344 Spook Rock Road Suffern, NY 10901	Jordan Most (845) 362-7700 Ext 106
	Yeshivas Ohr Reuven ***	257 Grandview Avenue Suffern, NY 10901	Rina Weisman (845)352-7100

*** Members of the Yeshiva Association of Rockland County (YARC)

ERCSD UPK FULL DAY CHOICES

Please choose 3 schools from this list of Full-Day (5-hour) Programs

<u>Choices</u> <u>1, 2, 3</u>	<u>Village</u>	<u>Site Name</u>	<u>Schedule</u>	<u>Address</u>	<u>Contact Person & Number</u>
	<u>Garnerville</u>	St. Gregory Barbarigo School	8:00-1:00	29 Cinder Rd. Garnerville, NY 10923	Noreen Clark (845) 947-1330
		Head Start of Rockland Haverstraw	8:30-2:30	117 Route 9W Haverstraw, NY 10927	Tanya Soto (845) 429-2225
	<u>Nanuet</u>	The Playhouse Preschool of Rockland	9:00-3:00	121 West Nyack Rd. Ste.6 Nanuet, NY 10954	Holly Allen (845) 215-9430
		St. Anthony's School	8:00-1:00	34 West Nyack Rd. Nanuet, NY 10954	Woodrow Hallaway (845) 268-2311
	<u>New City</u>	Jawonio, Inc.	9:00 - 2:30	155 Phillips Hill Road New City, NY 10956	Heidi McCarthy (845) 708-2001
		Smarty Pants Daycare	8:30 - 1:30	484 New Hempstead Rd. New City, NY 10956	Hisha Ewing (845)678-3809
		Sonshine Community Nursery & Daycare	9:15 - 2:15	384 New Hempstead Rd. New City, NY 10956	Donisia Decicco (845) 634-7828
	<u>Pomona</u>	Rockland Childcare & Daycare	9:30 - 3:00	50 Sanatorium Road (Bldgr) Pomona, NY 10970	Maria Lane (845)364-2697

