

LINDA RIVERA BRADT, DIRECTOR OF ENL, BILINGUAL & WORLD LANGUAGES
LINDA.BRADT@ECSDM.ORG

ELIZABETH RODRIGUEZ, ELEMENTARY BILINGUAL INSTRUCTIONAL LEADER
ELIZABETH.RODRIGUEZ@ECSDM.ORG

IVELISSE SANCHEZ, ELEMENTARY BILINGUAL INSTRUCTIONAL LEADER
IVELISSE.SANCHEZ@ECSDM.ORG

DEYMISS CARABALLO, SECONDARY BILINGUAL INSTRUCTIONAL LEADER
DEYMISS.CARABALLO@ECSDM.ORG



Office of ENL, Bilingual & World Language Education
53 Bedford Avenue
Middletown, NY 10940
Phone (845) 326-1302
Fax (845) 326 1310

www.middletowncityschools.org

ONE-WAY BILINGUAL / DUAL LANGUAGE PROGRAM APPLICATION 2024-25

IEP

Sibling in One-Way Bilingual/Dual

Student: _____
Last Name First Name DOB ID#

Gender: Female Male Birth Country: _____ Student's Dominant Language _____

Address: _____

Attended Preschool: Yes No If yes, where? _____

Assigned School for Kindergarten: Presidential William A. Carter Maple Hill MH Annex

Student resides with: Mother Father Both

Other: _____

Custody information (if applicable): _____

Mother's Name: _____ *Email: _____

Address: _____

Contact Number: Home: _____ Cell#: _____ Work: _____

Father's Name: _____ *Email: _____

Address (if different): _____

Contact Number: Home: _____ Cell#: _____ Work: _____

Kindly Complete and Sign:

- I understand that my child must meet certain language requirements to qualify for the program.
- If my child is accepted into the program, I understand that this is a commitment to participate throughout the elementary school years (K-5th)
- I understand that the Dual program is currently located at Maple Hill Elementary School.
- I understand that I/we as the parents/legal guardians are committed to attend meetings, participate in and support the One-Way Bilingual/Dual Program.
- I understand that transportation will be ONLY provided from home residency to Maple Hill and from Maple Hill to home residency.

Please mail, scan or drop off this application at
Maple Hill Annex Truman Moon 53 Bedford Avenue, Middletown, NY 10940
Attention to: Maria C. Tejada - maria.tejada@ecsdm.org - (845)326-1309 or
Bibian Lopez - bibian.lopez@ecsdm.org - (845)326-1308

DEADLINE TO SUBMIT THIS APPLICATION IS: **FRIDAY, JULY 19, 2024**

LINDA RIVERA BRADT, DIRECTOR OF ENL, BILINGUAL & WORLD LANGUAGES
LINDA.BRADT@ECSDM.ORG

ELIZABETH RODRIGUEZ, ELEMENTARY BILINGUAL INSTRUCTIONAL LEADER
ELIZABETH.RODRIGUEZ@ECSDM.ORG

IVELISSE SANCHEZ, ELEMENTARY BILINGUAL INSTRUCTIONAL LEADER
IVELISSE.SANCHEZ@ECSDM.ORG

DEYMISS CARABALLO, SECONDARY BILINGUAL INSTRUCTIONAL LEADER
DEYMISS.CARABALLO@ECSDM.ORG



Office of ENL, Bilingual & World Language Education
53 Bedford Avenue
Middletown, NY 10940
Phone (845) 326-1302
Fax (845) 326 1310

www.middletowncityschools.org

PROGRAMA BILINGÜE UNIDIRECCIONAL / IDIOMA DUAL SOLICITUD 2024-25

IEP

Hermano (a) en Programa Bilingüe Unidireccional/Dual

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

Alumno: _____, _____, _____, _____
Apellido Primer Nombre F.D.N Número Estudiantil

Género: Femenino Masculino País de nacimiento: _____ Idioma dominante del Estudiante _____

Dirección: _____

¿El estudiante, asistió a un programa PreEscolar?: Sí No ¿Si, donde? _____

Escuela asignada para Kindergarten: Presidencial William A. Carter Maple Hill Anexo MH

El estudiante reside con: Madre Padre Ambos Otro: _____

Información de custodia (si es aplicable): _____

Nombre de la Madre: _____ *Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Número de Contacto: Hogar: _____ Celular#: _____ Trabajo: _____

Nombre del padre: _____ *Correo electrónico: _____

Dirección (si es diferente): _____

Número de Contacto: Hogar: _____ Celular#: _____ Trabajo: _____

Por favor complete y firme:

- Entiendo que mi hijo(a) debe cumplir con ciertos requisitos lingüísticos para cualificar para el programa.
- Entiendo que si mi hijo(a) es aceptado en el programa, este es un compromiso de participar durante todo el transcurso de los años de escuela primaria (K-5^{to})
- Tengo conocimiento que el Programa Dual está ubicado actualmente en la Escuela Elemental de Maple Hill.
- Entiendo que como padres/tutores legales, estamos comprometidos a asistir a las reuniones, participar y apoyar el Programa Bilingüe Unidireccional/ Programa Dual.
- Entiendo que SÓLO se proporcionará transporte desde mi hogar hasta Maple Hill y desde Maple Hill a mi hogar.

Envíe por correo, escanee o entregue esta solicitud a
Anexo Maple Hill Truman Moon 53 Bedford Avenue, Middletown, NY 10940
Atención a: María C. Tejada - maria.tejada@ecsdm.org - (845)326-1309 o
Bibian López- bibian.lopez@ecsdm.org - (845)326-1308

LA FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR ESTA SOLICITUD ES: **VIERNES, 19 DE JULIO DE 2024**

LINDA RIVERA BRADT, DIRECTOR OF ENL, BILINGUAL & WORLD LANGUAGES
LINDA.BRADT@ECSDM.ORG

ELIZABETH RODRIGUEZ, ELEMENTARY BILINGUAL INSTRUCTIONAL LEADER
ELIZABETH.RODRIGUEZ@ECSDM.ORG

IVELISSE SANCHEZ, ELEMENTARY BILINGUAL INSTRUCTIONAL LEADER
IVELISSE.SANCHEZ@ECSDM.ORG

DEYMISS CARABALLO, SECONDARY BILINGUAL INSTRUCTIONAL LEADER
DEYMISS.CARABALLO@ECSDM.ORG



Office of ENL, Bilingual &
World Language Education
53 Bedford Avenue
Middletown, NY 10940
Phone (845) 326-1302
Fax (845) 326 1310

www.middletowncityschools.org

ONE-WAY BILINGUAL / DUAL LANGUAGE PROGRAM APPLICATION 2024-25

IEP

Sibling in One-Way Bilingual/Dual

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____

Please mail, scan or drop off this application at
Maple Hill Annex Truman Moon 53 Bedford Avenue, Middletown, NY 10940
Attention to: Maria C. Tejada - maria.tejada@ecsdm.org - (845)326-1309 or
Bibian Lopez - bibian.lopez@ecsdm.org - (845)326-1308

DEADLINE TO SUBMIT THIS APPLICATION IS: **FRIDAY, JULY 19, 2024**