



# ESCUELAS PÚBLICAS DE DOVER

## DOVER, NEW JERSEY

### REGISTRACIÓN PARA ESTUDIANTES NUEVOS

Para registrar un estudiante por favor asegúrese de completar todos los formularios y provea los siguientes documentos requeridos:

1. Certificado de Nacimiento (prueba de edad del estudiante)
2. Formulario de Salud Universal y Registro de Inmunización (records médicos)
3. Reportes Escolares, Transcripciones, Calificaciones o Puntaje Oficial de Pruebas (records escolares)
4. Tarjeta de Transferencia (si viene transferido de otra escuela dentro de los Estados Unidos)
5. Identificación con Foto del Padre o Tutor Legal.
6. Dos Pruebas de Dirección (evidencias de la actual dirección)  
Opciones de prueba de dirección:
  - Declaración de Renta/Hipoteca
  - Declaración de Impuestos
  - Libreta de Pagos
  - Declaración del Propietario (notarizada)
  - Contrato de Arrendamiento
  - Declaración Juramentada
  - Licencia de Conducir Valida
  - Factura de Recibos Públicos (agua, gas, electricidad, etc)
  - Extracto Bancario/Cheque Cancelado
  - Título de Propiedad
  - Contrato de Venta
  - Registro para Votar
  - Informes Médicos
  - Declaración de Beneficios

Oficina de Registración Contactenos para una cita	
José Cruz (973) 989 2000 Ext. 5023 <a href="mailto:jcruz@dover-nj.org">jcruz@dover-nj.org</a>	Doris Johanna Marulanda (973) 989 2000 Ext. 5024 <a href="mailto:dmarulanda@dover-nj.org">dmarulanda@dover-nj.org</a>

**DISTRITO ESCOLAR DE DOVER**  
**21 Belmont Ave**  
**Dover, NJ 07801**

**¡Las Escuelas Públicas de Dover le dan la bienvenida!**



**FORMULARIO DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE/RÉCORD PERMANENTE DE INFORMACIÓN**

Por favor complete todos los espacios con letra clara y legible. Por favor use bolígrafo de tinta negra o azul.

**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Grado de entrada: \_\_\_\_\_ Edad del estudiante: \_\_\_\_\_ Género: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes Dia Año

Nombre legal del estudiante: \_\_\_\_\_  
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Mes Dia Año Ciudad Estado País

Dirección: \_\_\_\_\_  
Número Calle Apto. Ciudad Estado Código Postal

Distrito de Dover: \_\_\_\_\_ Mine Hill: \_\_\_\_\_ Victory Gardens: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Tipo de Vivienda Residencial: Cuarto (casa compartida): \_\_\_\_\_ Apartamento: \_\_\_\_\_ Casa Rentada: \_\_\_\_\_ Casa Propia: \_\_\_\_\_

Teléfono de la Casa: \_\_\_\_\_ Teléfono Celular: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Orígenes raciales o étnicos: Hispano: \_\_\_\_\_ Blanco: \_\_\_\_\_ Afro-Américo: \_\_\_\_\_ Indio Américo: \_\_\_\_\_ Asiático: \_\_\_\_\_ Otro: \_\_\_\_\_

Fecha de entrada a Estados Unidos (si no nació aquí): \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Certificado de Nacimiento #: \_\_\_\_\_  
Mes Dia Año

¿El/la estudiante tiene hermanos en alguna de las escuelas públicas de Dover? YES \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ ¿Cuál escuela? \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LOS PADRES O TUTOR**

El estudiante vive con: Ambos Padres \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_ Guardian Legal \_\_\_\_\_

**Madre:** \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Nombres Apellidos Número Calle Ciudad Estado Cód. Postal

Celular #: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Padre:** \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Nombres Apellidos Número Calle Ciudad Estado Cód. Postal

Celular #: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**Guardian Legal:** \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
Nombres Apellidos Número Calle Ciudad Estado Cód. Postal

Celular #: \_\_\_\_\_ Teléfono 2: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

**COMPLETE SOLO SI HAY ALGÚN PROBLEMA DE CUSTODIA**

¿Hay algún problema de custodia? SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Guardian Legal es: Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Orden judicial en archivo: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_ Número de orden judicial: \_\_\_\_\_

Estatus de la custodia: \_\_\_\_\_ Inicio de la custodia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Finalización de la custodia: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Mes Dia Año Mes Dia Año

**CONTACTOS DE EMERGENCIA EN CASO DE QUE USTED NO PUEDA SER LOCALIZADO**

**Contacto 1:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido(s) Parentezco con el estudiante

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Número Calle Apto. Ciudad Estado Cód. Postal

**Teléfono Celular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono 2:** \_\_\_\_\_ **Teléfono 3:** \_\_\_\_\_

**Contacto 2:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido(s) Parentezco con el estudiante

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Número Calle Apto. Ciudad Estado Cód. Postal

**Teléfono Celular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono 2:** \_\_\_\_\_ **Teléfono 3:** \_\_\_\_\_

**Contacto 3:** \_\_\_\_\_ **Relación:** \_\_\_\_\_  
Nombre(s) Apellido(s) Parentezco con el estudiante

**Dirección:** \_\_\_\_\_  
Número Calle Apto. Ciudad Estado Cód. Postal

**Teléfono Celular:** \_\_\_\_\_ **Teléfono 2:** \_\_\_\_\_ **Teléfono 3:** \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR**

¿El estudiante ha asistido a alguna de las escuelas públicas de Dover? Si  NO  ¿Cuál Escuela? \_\_\_\_\_

Si el/la estudiante viene de otra escuela fuera de Dover por favor provea la siguiente información: Grado: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Última fecha que asistió: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes Día Año

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
Número Calle Ciudad Estado Cód. Postal

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_ **Fax:** \_\_\_\_\_

**EDUCACIÓN ESPECIAL**

Programa de educación regular: Si  No  Programa de educación especial: Si  No

Clases extra: Habla  Matemáticas  Lectura  Escritura  ESL  Otra

¿El/la estudiante ha estado envuelto en el Child Study Team (CST) Equipo de Estudio Infantil o tiene algún IEP?

Si  NO  Si es afirmativo por favor explique: \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA ESTUDIANTES DE KINDERGARTEN:**

¿El/la niño/niña atendió Preescolar? Si  NO  ¿Cuánto tiempo asistió a Preescolar? \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_  
Número Calle Ciudad Estado Cód. Postal

Yo, quien firma, autorizo a través de la presente a los oficiales de las Escuelas Públicas de Dover New Jersey a ponerse en contacto directamente con las personas nombradas en este formulario y autorizo a los médicos nombrados que hagan el tratamiento que consideren necesario en caso de emergencia para la salud del mencionado estudiante. En caso de no poder contactar a los médicos, otras personas nombradas en este formulario, el padre, la madre o el guardian; los oficiales de la escuela están autorizados a tomar las medidas que considere necesarias a su juicio para la salud del estudiante. Yo no hare responsable al Distrito Escolar financieramente por la atención de emergencia y/o transporte del menor.

Firma del padre o guardian: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

# DOVER PUBLIC SCHOOLS

## Paso 1: Encuesta sobre el idioma que se habla en casa (versión para padres/familiares)

**Objetivo:** la encuesta sobre el idioma que se habla en casa se utiliza únicamente con el fin de ofrecer servicios educativos adecuados (de acuerdo con el capítulo 1 de la Herramienta EL del Departamento de Educación de EE. UU.). Esta encuesta es el primero de los tres pasos para determinar si un estudiante es elegible para ser identificado como estudiante de inglés (ELL, por sus siglas en inglés). En este sentido, se entiende por "Casa" el lugar de residencia actual del estudiante.

### Información del estudiante:

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD): \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

### Preguntas de la encuesta:

1.) Liste todos los idiomas que se hablan en la casa del estudiante.

\_\_\_\_\_

2.) ¿El primer idioma hablado por el estudiante fue un idioma distinto del inglés?

\_\_\_\_\_ **No**                      \_\_\_\_\_ **Sí**

3.) ¿El estudiante habla o entiende un idioma distinto del inglés?

\_\_\_\_\_ **No**                      \_\_\_\_\_ **Sí**

4.) Cuando se relaciona con otras personas en casa (por ejemplo: padres, encargados, hermanos), ¿el estudiante entiende o habla en un idioma distinto del inglés **la mayor parte del tiempo**?

\_\_\_\_\_ **No**                      \_\_\_\_\_ **Sí**

5.) Cuando se relaciona con otras personas fuera de casa (por ejemplo, amigos, cuidadores), ¿el estudiante entiende o habla en un idioma distinto del inglés **la mayor parte del tiempo**?

\_\_\_\_\_ **No**                      \_\_\_\_\_ **Sí**

**Dover Public School District**  
**Cuestionario sobre la residencia de los alumnos**

Nombre del/la alumno(a): \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
(mm/dd/aaaa)

Persona que completa el formulario:

- Padre/madre o tutor     Joven sin compañía (alguien que no vive con su madre/padre/tutor)  
 Joven     Otro: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Responda estas preguntas sobre la residencia del/la alumno(a). La información que usted brinde es confidencial y está protegida por la Ley Federal de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (Family Educational Rights and Privacy Act). Utilizamos esta información para decidir a qué escuelas deberían asistir los alumnos. También utilizamos esta información para garantizar que se cumplan los derechos de un/una niño(a), joven o joven sin compañía de conformidad con la Ley McKinney-Vento de Asistencia a Personas Sin Hogar (McKinney-Vento Homeless Assistance Act).**

1. ¿La dirección particular del/la alumno(a) corresponde a una vivienda temporal?     Sí     No  
2. ¿El/la alumno(a) reside en esta vivienda debido a la pérdida de su hogar o a dificultades económicas?     Sí     No

**Si la respuesta a cualquiera de las preguntas anteriores es SÍ, complete lo siguiente:**

¿Dónde vive actualmente el/la alumno(a) antes identificado(a)? (Marque una opción).

- En un motel u hotel debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas  
 En un albergue de emergencia, centro de acogida de transición o se encuentra abandonado en un hospital  
 Comparte la casa o departamento de otra familia  
 En un automóvil, un estacionamiento, un estacionamiento de casas remolque (esto no hace referencia al estacionamiento de casas móviles (remolques), sino que se refiere a un tipo de campamento para remolques de cinco ruedas u otros tipos de casas móviles), un campamento, la calle, un espacio público, una vivienda por debajo del estándar (que no cumple con los estándares de vida modernos) o en un edificio abandonado  
 En una estación de autobús o de tren  
 Se traslada de un lugar a otro (se vale de la hospitalidad de conocidos)  
 En un espacio público o privado que no está equipado como lugar regular en el que se pueda dormir  
 Otro: \_\_\_\_\_

Última escuela a la que asistió el/la alumno(a):

Escuela: \_\_\_\_\_ Distrito: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre, tutor o persona responsable de la decisión educativa:

Nombre \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

O

Alumno(a) (si se trata de un/una joven sin compañía ni hogar):

Nombre \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Si un/una niño(a), joven o joven sin compañía NO vive en una residencia permanente, NO se requieren pruebas de residencia ni otros documentos que normalmente se solicitan para la inscripción (información de salud, registros escolares, etc.). El/la niño(a), joven o joven sin compañía debe inscribirse de inmediato en su escuela de origen, la escuela a la que otros alumnos asisten y que se encuentra en el área en la que vive actualmente, u otra escuela a la que pueda asistir según lo que sea de su conveniencia.

**OFFICE USE ONLY**

Date Completed:	Eligible: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	District Representative:	Comments:
-----------------	---	--------------------------	-----------



### Encuesta ocupacional de los padres

Con el fin de servir mejor a su hijo, nuestro distrito escolar quiere identificar a los estudiantes que pueden calificar para recibir servicios educativos adicionales, tales como tutoría, materiales escolares, almuerzo gratis o a precio reducido, campamentos de verano y otros servicios. La información proporcionada a continuación será confidencial. Por favor, responda a las siguientes preguntas y devuelva este formulario a la escuela de su hijo.

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Nombre y apellidos del padre/tutor \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Apellido del estudiante \_\_\_\_\_

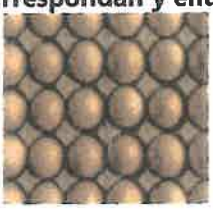
Nombre de la escuela \_\_\_\_\_ Grado del estudiante \_\_\_\_\_

**1. ¿Ha desempeñado usted o un familiar directo alguno de los trabajos que se indican a continuación de forma temporal o estacional, en cualquier parte de Estados Unidos, en los últimos tres años?**

- No
- Sí **Marque todos los que correspondan y enumere el número total de meses trabajados:**



**Agricultura/Trabajo de campo**  
 (plantar, recoger, clasificar cultivos;  
 preparar el suelo; regar; fumigar)  
 Total de meses trabajados: \_\_\_\_\_



**Procesamiento y envasado** (frutas,  
 verduras, pollo, huevos, cerdo,  
 carne de vacuno)  
 Total de meses trabajados: \_\_\_\_\_



**Lechería/Crianza de ganado** (alimentación,  
 ordeño, redondeo)  
 Total de meses trabajados: \_\_\_\_\_



**Vivero/Invernadero** (plantar,  
 plantar, podar, regar, cosechar)  
 Total de meses trabajados: \_\_\_\_\_



**Silvicultura** (preparación del suelo,  
 plantación, corte de árboles;  
 paisajismo no incluido)  
 Total de meses trabajados: \_\_\_\_\_



**Pesca comercial y procesamiento**  
 (captura, clasificación, embalaje,  
 transporte)  
 Total de meses trabajados: \_\_\_\_\_

**2. En los últimos tres años, ¿se ha mudado su familia a otro estado, ciudad, distrito escolar y/o condado?**

- No
- Sí. **¿Cuánto tiempo ha residido en su dirección actual?**  
 \_\_\_\_\_ años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ semanas

**Si ha respondido "Sí" a las preguntas 1 y 2, complete la información que figura a continuación.**

Dirección de la casa \_\_\_\_\_ Apto. \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono

Mejor día de la semana y hora del día para llamar

Para uso exclusivo de la escuela: Por favor, envíe la encuesta con dos respuestas Sí a su enlace distrital de migrantes.

Identificación del estado de los  
estudiantes:

Fecha de inscripción:

Identificación del distrito:

--	--	--



**Dover Public Schools**  
21 Belmont Ave Dover, NJ 07801

**FORMATO DE INFORMACIÓN DE SALUD:** COMPLETE LA INFORMACIÓN A CONTINUACIÓN. Si es nuevo en el Distrito de Escuelas Públicas de Dover, por favor proporcione los registros de salud, médico y de vacunas y examen físico de ingreso a la enfermera de la escuela.

**Nombre del estudiante** - escribe el nombre tal como aparece en el certificado de nacimiento del estudiante.

Apellido:	Primer Nombre:	Inicial de Segundo nombre:
Fecha de Nacimiento: ( mes/día/año) ____/____/____	Genero ____ M ____ F	Nivel de Grado:

¿Está el estudiante tomando medicamentos actualmente? ____ S ____ N	En caso afirmativo, enumere cualquier medicamento y condición. :
¿El estudiante tiene alguna alergia? ____ S ____ N ¿Ha habido una reacción alérgica en él? ____ S ____ N	En caso afirmativo, enumere cualquier alergia: Fecha de la última reacción alérgica:
¿Ha estado el estudiante alguna vez en el hospital? ____ S ____ N	En caso afirmativo, explicar:
¿El estudiante tiene alguna enfermedad crónica? (por ejemplo: Diabetes, Asma, Convulsiones) ____ S ____ N	
Ha habido alguna actualización de las vacunas/ tétano del estudiante? ____ S ____ N	En caso afirmativo, indique la fecha y el tipo de vacunación::
El estudiante tiene ( marque todo lo que corresponda): ____ Brackets ____ Lentes ____ Lentes de contacto	En caso afirmativo, explicar:
¿Cualquier otra información médica que le gustaría que la escuela tenga en cuenta ? ____ N	
Tiene este estudiante algún Seguro médico incluso NJ Familycare/Medicaid, Medicare privado u otro? ____ No, mi hijo no tiene Seguro de salud. Puede divulgar mi nombre y dirección a NJ Familycare Program para comunicarse conmigo sobre el Seguro médico. ____ Si, mi hijo tiene seguro médico	El consentimiento por escrito requerido de conformidad proporciona a 20 U.S.C 1232g(b)(1) y 34 C.F.R 99.30 (b). NJFamilycare es seguro de salud gratuito o de bajo costo para niños sin seguro y ciertos padres de bajos ingresos. Para obtener más información para aplicar en línea visite <a href="http://www.njfamilycare.org">www.njfamilycare.org</a> o llame 1800-701-0710.

Médico de Cabecera:	Numero:	Fecha del último examen:
Nombre del Dentista:	Numero:	Fecha del último examen:
Nombre del Oculista:	Numero:	Fecha del último examen:

Yo abajo firmante, doy permiso para que mi hijo reciba la siguiente atención médica como parte del programa de salud escolar en las Escuelas públicas de Dover durante el tiempo que mi hijo esté inscrito en el Distrito de Escuelas Públicas de Dover: recibir primeros auxilios; recibir exámenes de presión arterial, altura y peso, vision y audicion por parte de la enfermera de la escuela; y recibir un examen de detección de escoliosis por parte de la enfermera de la escuela si mi hijo tiene entre 10 y 18 años.

También por la presente autorice a los funcionarios de Dover Public Schools District para contactar directamente los nombres de las personas en el formulario de contacto de emergencia y autorizo a la enfermera de la escuela a brindar el tratamiento que se considere necesario en caso de emergencia por la salud de dicho niño. En caso de que los médicos, otras personas nombradas en este formulario, o los padres o tutores no pueden ser contactados, los funcionarios de la escuela están autorizados a tomar cualquier acción se considera necesaria en su juicio por la salud del niño mencionado, incluyendo el transporte del niño al hospital. No responsabilizarse financieramente al distrito escolar por la atención de emergencia y el transporte de dicho niño.

Nombre de Padres/Guardian (Imprimir): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Solo para uso escolar: Recibida por (nombre/fecha): \_\_\_\_\_

Entre en genesis por(nombre/fecha): \_\_\_\_\_



# UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter  
New Jersey Academy of Family Physicians  
New Jersey Department of Health

<b>SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)</b>					
Child's Name (Last) _____ (First) _____		Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		Date of Birth /      /	
Does Child Have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier _____			
Parent/Guardian Name _____		Home Telephone Number (    )    -		Work Telephone/Cell Phone Number (    )    -	
Parent/Guardian Name _____		Home Telephone Number (    )    -		Work Telephone/Cell Phone Number (    )    -	
<b>I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.</b>					
Signature/Date _____				This form may be released to WIC. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
<b>SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER</b>					
<b>Date of Physical Examination:</b> _____			Results of physical examination normal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Abnormalities Noted:			Weight (must be taken within 30 days for WIC)		
			Height (must be taken within 30 days for WIC)		
			Head Circumference (if <2 Years)		
			Blood Pressure (if ≥3 Years)		
<b>IMMUNIZATIONS</b>		<input type="checkbox"/> Immunization Record Attached <input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due: _____			
<b>MEDICAL CONDITIONS</b>					
Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Medications/Treatments • List medications/treatments:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Allergies/Sensitivities • List allergies:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
<b>PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS</b>					
Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		
<input type="checkbox"/> <b>I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.</b>					
Name of Health Care Provider (Print) _____			<b>Health Care Provider Stamp:</b>		
Signature/Date _____					

Application #:

### Modelo de solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido para hogares

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz). SY 2023-2024

PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA: [payschoolscentral.com](http://payschoolscentral.com)  
DEVUÉLVALA A (nombre de la escuela o del distrito): Dover Public Schools  
DIRECCIÓN: 21 Belmont Ave. Dover NJ, 07801

#### PASO 1 Enumere a TODOS los niño/as, bebés y estudiantes de hasta 12º grado. Adjunte otra hoja si necesita espacio para más nombres.

Enumere a TODOS los niño/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niño/as que asisten a otras escuelas, los niño/as que no asisten a la escuela y los niño/as que no tienen parentesco con usted y viven en su hogar. El primer nombre del niño/a

MI	Apellido(s) del niño/a	Grado	Nombre de la escuela	Foster child	Migrante	Huyo del hogar	Sin hogar	Trabajador(a)	Si marcó alguna de estas casillas, consulte las instrucciones de la solicitud, Paso 1: Parte C y Parte D.

#### PASO 2 ¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)?

NO → Continúe al PASO 3.  SÍ → Escriba el número de caso aquí y continúe al PASO 4.

NÚMERO DE CASO (NO EL NÚMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT, por sus siglas en inglés)).

Escriba solo un número de caso en este espacio.

#### PASO 3 Enumere a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de impuestos y deducciones)

A. Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona, aunque no sea pariente, que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluyendo usted mismo). Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, si recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba '0'. Si escribe '0' o deja algún campo en blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.

Nombre de los miembros adultos del hogar (nombre y apellido)	¿Con qué frecuencia se reciben?		Asistencia pública, atención alimentaria, nutrición		¿Con qué frecuencia se reciben?		¿Con qué frecuencia se reciben?	
	Semanalmente	2 veces al mes	Semanalmente	2 veces al mes	Semanalmente	2 veces al mes	Semanalmente	2 veces al mes
Ingresos del trabajo								
\$								
\$								
\$								
\$								
\$								

Total de miembros del hogar (niño/as y adultos)  Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social de la persona que tenga el salario principal u otro miembro adulto del hogar (si corresponde)  Marque si no tiene número de Seguro Social

B. Ingresos de los niño/as A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES (antes de impuestos y deducciones) recibidos por TODOS los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1.  \$  Ingresos de los niño/as ¿Con qué frecuencia se reciben?  Semanalmente  2 veces al mes  Mensualmente  Inmensurable

Consulte la lista de las fuentes de ingresos al reverso de la solicitud.

#### PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A: Escriba aquí la dirección de la escuela

"Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables".

Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario  Firma del adulto  Fecha de hoy

Dirección postal (si está disponible)  Ciudad  Estado  Código postal  Teléfono (opcional)  Correo electrónico (opcional)

Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.

## FUENTES Y EJEMPLOS DE INGRESOS

Para obtener información adicional sobre ingresos, consulte las instrucciones que acompañan esta solicitud.

### Fuentes de Ingresos

#### Ingresos del trabajo

- sueldos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones
  - Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial)
- Si forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.:**
- pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia [FSSA, por sus siglas en inglés] ni subsidios para vivienda privada)
  - subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta

#### Asistencia pública/manutención/pensión alimenticia

- beneficios por desempleo
- compensación para los trabajadores
- Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- asistencia en efectivo del estado o el gobierno local
- pagos de manutención
- pagos de pensión alimenticia
- beneficios para veteranos
- beneficios por huelga

#### Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos

- seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón)
- pensiones privadas o beneficios por discapacidad
- ingresos provenientes de fideicomisos o herencias
- anualidades
- ingresos por inversiones
- intereses devengados
- ingresos por arrendamiento
- pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas

### Ejemplos de ingresos de los niño/as

- Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario.
- Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social. El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a recibe beneficios del Seguro Social.
- Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos.
- Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.

## OPCIONAL

**Identidades étnicas y raciales de los niño/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida por la Ley de Privacidad de 1974.**

**Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niño/as. Esta información es importante y ayuda a garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niño/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.**

**Origen étnico (marque una opción):**  Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza)  Ni hispano ni latino

**Raza (marque una o más opciones):**  Indígena americano o nativo de Alaska  Asiático  Negro o afroamericano  Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  Blanco

**Devuelva este formulario completado a la escuela de su niño/a. \*No envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.**

## NO LLENAR

Solo para uso de la escuela.

**Annual Income Conversion:** Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income

How often?  Weekly  Every 2 Weeks  Monthly  Annual

Federal Income Eligibility

Free  Reduced  Denied

If Federal Denied: Eligible for NJIEE?

Yes  No

Household size

Categorical Eligibility

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date

## Declaración sobre el uso de la información

**La Ley Nacional de Almorzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar qué personas reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos.** Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarles a proporcionar los beneficios del programa para su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa.

Asegúrese de proporcionar los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene este número, seleccione la caja al lado de "Marque si no tiene número de Seguro Social". Las solicitudes para un niño/a de acogida temporal no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para los niño/as de hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPRI) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niño/as reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para recibir comidas sin costo para un *foster child* y para niño/as sin hogar, migrante o que huyó del hogar.

## La información de contacto que aparece más adelante es únicamente para presentar una queja por discriminación.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar el formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

\*Correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442, o Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

\*No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.

## Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.