

Cuestionario de Registración

Baldwin Union Free School District

Escuela: _____

Grado: _____

Fecha de comienzo: _____

Inversor de corriente. 5/12

Fecha de hoy: _____ Apellido de la Familia: _____

Información del Estudiante

Nombre del estudiante: _____
Primero Medio Apellido

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: Varón Hembra
Mes/Día/Año

¿Este estudiante ha atendido antes las escuelas de Baldwin? No Sí

Por favor indique todos que le apliquen al estudiante:

Blanco _____ AfroAmericano _____ Nativo de Hawái/Isleño pacífico _____
American Nativo/de Alaska _____ Asiático _____

Idiomas primario hablado en casa: _____

¿Recibe este estudiante servicios de la educación especial (IEP/504)? No Sí,

Si recibe, describa por favor: _____

¿Ha estado este estudiante en un ESL, un CODO o un programa bilingüe? No Sí (indique grado/s) _____

de Celular del Estudiante: _____ Correo Electrónico del Estudiante: _____

Información de Residencia

Tipo de residencia: Dueño Alquiler Fecha de expiración del contrato: _____ Otro: _____

Dirección _____ # de Apartamento _____

Cuando comenzó la ocupación de esta residencia? _____

Teléfono _____

Dirección Anterior _____

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: Hombre
 Mujer

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Mes Día Año

Grado: ____ ID#: ____
(jardín de infantes - 12) (opcional)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.

¿Dónde está el estudiante viviendo actualmente? (Por favor marque una caja.)

- En un refugio
- Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
- En un hotel/motel
- En un carro, parque, autobús, tren, o camping
- Otra vivienda temporal (Por favor describa): _____

En un hogar permanente

Nombre de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Firma de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Fecha

Si CUALQUIER caja que no sea "En un hogar permanente" está marcada, **no se requieren prueba de domicilio** u otros documentos normalmente requeridos para inscripción y el estudiante debe ser matriculado **inmediatamente**. Después de que el estudiante sea matriculado, el distrito o la escuela debe pedir los documentos escolares, incluyendo los documentos de inmunización, al distrito o la escuela anterior. El enlace del distrito debe ayudar al estudiante conseguir cualquier otro documento necesario o inmunización.

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Si el estudiante **NO** vive en un hogar permanente, favor de asegurarse que una Formulario de Designación sea completado.

Información de Padres/Guardián

Nombre de la Madre/Guardián: _____
Primero *Segundo* *Apellido*

Idioma preferido de comunicación para el Padre / Guardián _____

Relación al Estudiante _____ Estado Marital: Casado Soltero Divorciado Fallecidos (fecha: _____)

Dirección (si diferente del Hogar de registración) _____

Teléfono _____ Celular _____ Otro _____

Correo Electrónico: _____

Información de Auto: _____
Marca *Modelo* *Año* *Color* *Número de Placa*

Información de Trabajo:
 Lugar de Empleo _____ Teléfono de Empleo _____ # de Extensión _____

Dirección del Empleo _____

Nombre del Padre/Guardián: _____
Primero *Segundo* *Apellido*

Idioma preferido de comunicación para el Padre / Guardián _____

Relación al Estudiante _____ Estado Marital: Casado Soltero Divorciado Fallecidos (fecha: _____)

Dirección (si diferente del Hogar de registración) _____

Teléfono _____ Celular _____ Otro _____

Correo Electrónico: _____

Información de Auto: _____
Marca *Modelo* *Año* *Color* *Número de Placa*

Información de Trabajo:
 Lugar de Empleo _____ Teléfono de Empleo _____ # de Extensión _____

Dirección del Empleo _____

Hermanos:

Nombre	Reside en el Hogar (sí o no)

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DEL HOGAR

(Complete si usted es un padre/madre soltero y/o el guardián legal)

Si separados o divorciados, el otro padre tendrá el derecho de visitar el estudiante en la escuela y tendrá acceso a los registros del estudiante, a menos que tengamos documentos legales que indican lo contrario. Indique cualquier restricción en la zona debajo y proporcione una copia de los documentos legales, si posible.

La Custodia Legal de este niño(nina) es con: _____

Hay un acuerdo de custodia compartida? Si No

Detalle cualquier restricción el otro padre tiene el relación con este estudiante:

Liste el tipo y fecha del documento legal proporcionado _____

Si usted es un guardián por favor complete lo siguiente:

Nombre de los padres biológicos del estudiante _____

Dirección o localización de los padres biológicos del estudiante _____

CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES DEL HOGAR

(Complete si usted es un padre de guarda o agente de guarda)

Si usted es un padre de guarda/Agencia de Cuidado de Guarda, debe llenar lo siguiente o el registro será sostenido hasta que se proporcione toda la información que falta. También, un Formulario 2999-DSS y una carta verificando la información son necesarios para que la registración se llevará a cabo.

Nombre de padre(s) de guarda _____

Nombre de Agencia _____ # de Código de Agencia _____

Dirección de Agencia _____

Tipo de Agencia _____

Trabajador(a) del Caso y/o Trabajador(a) Social _____ Numero de Teléfono _____

de Caso DSS _____ CIN# _____ BC# _____

Información de Escuela

La escuela más reciente atendida:

Distrito Escolar Anterior: _____

Escuela Anterior: _____ Nombre de Consejero: _____

Dirección de la escuela Anterior: _____

Dirección Ciudad Estado Código Postal

Teléfono _____ # de Fax _____

Información de Salud

Parece este estudiante: *Asma* *Alergias* *Desmayos* *ADHD/ADD*
 Problemas de la visión *Problemas de audición* *Depresión*
 Infecciones del oído *tubos de drenaje* *Usa lentes*
 Otro (_____)

Describe por favor: _____

¿Está el estudiante tomando alguna medicación?: *No* *Sí, si es sí, indique por favor el tipo/razón* _____

Médico del estudiante:

Nombre: _____ Número de teléfono _____

Dirección: _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Información de la Casa

Apellido de la Familia: _____

Liste a CADA PERSONA (adultos y niños) que viva en el hogar.

Nombre	Género M/F	Fecha de nacimiento	Grado	Ocupación/escuela	Relación con el estudiante

Información de Contactos de Emergencia

NOMBRE: _____

Primero

Segundo

Apellido

Género: Masculino Femenino

Dirección: _____

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono de Casa _____ Celular _____ Email _____

Relación con el estudiante: _____

NOMBRE: _____

Primero

Segundo

Apellido

Género: Masculino Femenino

Dirección: _____

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Teléfono de Casa _____ Celular _____ Email _____

Relación con el estudiante: _____

FIRMAS

Yo, _____ digo que yo soy el padre / guardián de _____, y que he leído la solicitud anterior y conozco lo contenido; que lo mismo son verdaderos según mi propio conocimiento y que le he dado las respuestas establecidas anteriormente sabiendo que el Distrito Escolar de Baldwin confiara en ellos para determinar si el estudiante será admitido a su sistema escolar.

Firma del padre/ guardián

*Firma de la persona que complete el formulario**

Por favor escriba su nombre

Relación al estudiante

Fecha

Si el distrito escolar determina en cualquier momento que usted no es un residente del distrito escolar, su hijo / hijos será excluido del Distrito Escolar. Además, usted será responsable al Distrito Escolar para el pago de la matrícula de su fecha de inscripción a través de su fecha de exclusión, también los gastos de colección.

Firma del padre/guardián

Cualquier declaraciones falsas hechas en este cuestionario de registración y los formularios de registro presentada al Distrito Escolar Baldwin pueden ser castigada como un delito menor Clase A en conformidad con la Sección 210.45 de la Ley Penal

Solo Para Uso de la Escuela

Prueba de residencia sometido: _____

Hoja medica y de inmunización incluido?: No Sí Omitido

Firma de la Escuela _____ Fecha de matriculación _____



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

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

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

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

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

Por favor, escriba con claridad al completar esta sección.		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		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
	<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
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No sabe escribir

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 MÁS INFORMACIÓN, CONTACTE AL OFICIO DE ESTADÍSTICAS Y EVALUACIÓN

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

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

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

Sí* No No se sabe

* En caso afirmativo, por favor explique: _____

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

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

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

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

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

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

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

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?

(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

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

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

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

Date

Relación con el estudiante: Madre Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

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

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

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: No Yes

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

Mo. DAY YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

- ADMINISTER NYSITELL
 ENGLISH PROFICIENT
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

Mo. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

- ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING

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