

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE HYDE PARK
INSCRIPCIÓN DE ESTUDIANTES
 11 Boice Road, P.O. Box 2033, Hyde Park, NY 12538
 Teléfono (845) 229-4000 Ext. 1606 Fax (845) 229-4056
 Correo electrónico: hpcsdregistrar@hpcsd.org

LISTA DE VERIFICACIÓN PARA LA INSCRIPCIÓN

Nombre del estudiante: _____ Fecha de inscripción: ___/___/___

Nombre de la persona que inscribe al estudiante: _____

Relación con el estudiante: _____ N. ° de teléfono: _____

DOCUMENTOS QUE DEBEN SER PROPORCIONADOS POR EL PADRE O MADRE/TUTOR PARA COMPLETAR LA INSCRIPCIÓN:	INICIALES DEL MIEMBRO DEL PERSONAL
COMPROBANTE DE DOMICILIO: Propietario de vivienda: El recibo de impuestos escolares o de propiedad más reciente Y una factura actual y recurrente con su nombre y dirección por los servicios que recibe en esta dirección (por ejemplo, factura de electricidad, cable, teléfono, etc.). Alquiler en un complejo de apartamentos: Su contrato de arrendamiento actual firmado Y una factura actual y recurrente con su nombre y dirección por los servicios que recibe en esta dirección (por ejemplo, factura de electricidad, cable, teléfono, etc.). Alquiler a un propietario privado: Su contrato de arrendamiento actual Y el recibo de impuestos escolares o de propiedad del propietario Y una factura actual y recurrente con su nombre y dirección por los servicios que recibe en esta dirección (por ejemplo, factura de electricidad, cable, teléfono, etc.). Si no tiene un contrato de arrendamiento formal, su arrendador deberá completar la Declaración Jurada de Residencia adjunta. Esta declaración debe ser otorgada ante un notario. Si los servicios públicos están incluidos en su contrato de arrendamiento, deberá proporcionar una forma adicional de comprobante de domicilio.	
Comprobante de Nacimiento: Certificado de nacimiento original O Pasaporte O Cédula de identidad del Estado de Nueva York	
Identificación con fotografía del padre/tutor que inscribe al estudiante, que debe incluir: Licencia de conducir O Pasaporte (debe ser actual) O Documento de identidad del Estado de Nueva York	
Comprobante de vacunación	
Informe del examen físico (debe ser dentro de 1 año de la fecha de inicio en la escuela)	
IEP o Plan 504 actual, si corresponde: por favor, proporcione una copia al registrarse	
Formulario DS2999 (para niños en cuidado de acogida), si corresponde	
Documentos judiciales: como orden de custodia, orden de protección, tutela, etc., si corresponde	
STAC 202, si corresponde	

FORMULARIOS ADJUNTOS QUE DEBEN COMPLETARSE:	
Formulario de inscripción	
Cuestionario de matrícula/residencia	
FERPA	
Cuestionario sobre el Idioma que se habla en el hogar (HLQ)	
Formulario de información de contacto de emergencia	
Formulario de servicios alimenticios	
Declaración jurada de residencia: ÚNICAMENTE si es necesaria para comprobar el domicilio	
Formulario de Medicaid: completar ÚNICAMENTE si su hijo/a recibe Servicios de Educación Especial	
Kindergarten: Formulario de salud <input type="checkbox"/> HMS – Formulario de música/lenguaje <input type="checkbox"/> FDR – Formulario de salud <input type="checkbox"/>	
Formulario deportivo <input type="checkbox"/>	

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA	
Escuela local: <input type="checkbox"/> NES <input type="checkbox"/> NPE <input type="checkbox"/> RRS <input type="checkbox"/> VAS <input type="checkbox"/> HMS <input type="checkbox"/> FDR	Escuela a la que asiste: <input type="checkbox"/> NES <input type="checkbox"/> NPE <input type="checkbox"/> RRS <input type="checkbox"/> VAS <input type="checkbox"/> HMS <input type="checkbox"/> FDR
Motivo por el que no asiste a la escuela local: <input type="checkbox"/> ENL <input type="checkbox"/> Ed. Especial <input type="checkbox"/> Sin cupo disponible	Otro: _____

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO

ESCRIBA TODA LA INFORMACIÓN EN LETRA DE IMPRENTA

ESTE RECUADRO ES ÚNICAMENTE PARA EL PERSONAL DEL DISTRITO

Nombre del niño/a: _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> Apellido Primer nombre Inicial del segundo nombre </small>			TIPO DE INSCRIPCIÓN: <input type="checkbox"/> Nuevo inscrito <input type="checkbox"/> Reinscrito <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Cambio de tutor <input type="checkbox"/> Eval. CPSE <input type="checkbox"/> Traslado CPSE <input type="checkbox"/> Eval. CSE		
Dirección del niño/a: _____			N. de identificación del alumno: _____		
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____			Escuela local: _____		
N. ° de teléfono del hogar: _____ <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular			Escuela a la que asiste: _____		
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M Grado: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____			Fecha de inscripción: ____/____/____		
Ciudad de nacimiento: _____ Estado de nacimiento: _____			¿Durante cuántos años el/la niño/a ha asistido a la escuela en los Estados Unidos? _____ ¿Fuera de los Estados Unidos? _____		
¿Su hijo/a alguna vez estuvo inscrito/a en HPCSD? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		ORIGEN ÉTNICO: <input type="checkbox"/> Sí, Hispano <input type="checkbox"/> NO, no es Hispano			
RAZA (requerido por el Estado de Nueva York; por favor, marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Indígena Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> De color <input type="checkbox"/> Blanco					
TUTOR LEGAL DEL NIÑO/A: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre/madre de acogida <input type="checkbox"/> Otro: _____					
EL/LA NIÑO/A VIVE CON: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre/madre de acogida <input type="checkbox"/> Otro: _____					
¿Existe una orden de custodia para el/la niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Existe una Orden de Protección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					

Padre/tutor n. ° 1	Este será el PRIMER padre/tutor contactado				
Nombre: _____					
Correo electrónico: _____		Dirección residencial: _____		Relación con el estudiante: _____	
Dirección postal: _____					
Teléfono de contacto n. ° 1 del tutor n. ° 1: _____					
Teléfono de contacto n. ° 2 del tutor n. ° 1: _____				<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Teléfono de contacto n. ° 3 del tutor n. ° 1: _____				<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
¿El padre o tutor necesita adaptaciones debido a dificultades auditivas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo: _____					
¿Este padre o tutor se encuentra en servicio militar activo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de ingreso: ____/____/____ Fecha de salida: ____/____/____					

Padre/tutor n. ° 2	Este será el SEGUNDO padre/tutor contactado				
Nombre: _____					
Correo electrónico: _____		Dirección residencial: _____		Relación con el estudiante: _____	
Dirección postal: _____					
Teléfono de contacto n. ° 1 del tutor n. ° 2: _____					
Teléfono de contacto n. ° 2 del tutor n. ° 2: _____				<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
Teléfono de contacto n. ° 3 del tutor n. ° 2: _____				<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo	
¿El padre o tutor necesita adaptaciones debido a dificultades auditivas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo: _____					
¿Este padre o tutor se encuentra en servicio militar activo?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de ingreso: ____/____/____ Fecha de salida: ____/____/____					

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DEL ALUMNO (Página 2)

Si su hijo/a recibió servicios de Educación Especial antes de inscribirse en este distrito, complete lo siguiente:

Nombre del distrito escolar al que asistió: _____ N. ° de teléfono: _____
 Los servicios fueron proporcionados por: _____

MARQUE TODOS LOS SERVICIOS DE APOYO QUE SU HIJO/A RECIBE ACTUALMENTE	
<input type="checkbox"/> LECTURA	<input type="checkbox"/> MATEMÁTICA
<input type="checkbox"/> HABLA	<input type="checkbox"/> TERAPIA OCUPACIONAL
<input type="checkbox"/> FISIOTERAPIA	<input type="checkbox"/> ASESORAMIENTO
<input type="checkbox"/> PROGRAMA DE EDUCACIÓN ESPECIAL	
<input type="checkbox"/> INGLÉS COMO NUEVO IDIOMA	

INFORMACIÓN CENSAL				
LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ES NECESARIA PARA MANTENER EL CENSO DE LA ESCUELA ACTUALIZADO.				
POR FAVOR, INCLUYA TODOS LOS NIÑOS/AS DESDE NACIMIENTO A LOS 18 AÑOS DE EDAD, INCLUIDO EL NIÑO/A INSCRITO/A.				
Nombre del niño/a	Lugar de nacimiento	Fecha de nacimiento	Grado	Escuela
		//___		
		//___		
		//___		
		//___		
		//___		

Entiendo los requisitos para la inscripción y solicito que mi/s hijo/s sea/n admitido/s en las escuelas del Distrito Escolar Central de Hyde Park. Esta es mi dirección actual y única permanente.

Soy el tutor legal del/os niño/s mencionado/s anteriormente. Estos niños residen conmigo en esta dirección.

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta, y que las declaraciones hechas aquí se realizan bajo pena de condena por falso testimonio, sabiendo que el Distrito Escolar Central de Hyde Park confiará en ellas para determinar si el/os niño/s mencionado/s anteriormente será/n admitido/s en sus escuelas.

Comprendo que, en caso de que se determine que la información contenida en esta declaración jurada es inexacta o falsa, en su totalidad o en parte, el distrito podrá iniciar acciones legales en mi contra para cobrar la tarifa anual de matrícula, determinada por el Departamento de Educación del Estado de Nueva York, retroactiva a la primera fecha de admisión para cada niño, y podrá emprender acciones legales contra mí por presentar un documento falso.

Comprendo que el distrito se reserva el derecho de investigar la residencia de cualquier estudiante por cualquier medio legal disponible, incluidos, entre otros, registros públicos, visitas al sitio y cualquier otro método legal de investigación.

Comprendo que cualquier declaración falsa realizada aquí es sancionable como un delito menor de Clase A de acuerdo con la Sección 210.45 de la ley penal del Estado de Nueva York y puede ser remitida a la oficina del Fiscal del Distrito.

Firma del padre o madre/ tutor

//___
Fecha

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



El Distrito Escolar Central de Hyde Park Central capacita a nuestra comunidad para buscar la excelencia y aprovechar las oportunidades de nuestro mundo globalmente conectado.

Hyde Park Central School District • Administration Offices • PO Box 2033, Hyde Park, NY 12538

Teléfono: (845) 229-4000 Fax: (845) 229-4056 www.hpcsd.org

Dr. Pedro Roman

Superintendente de Escuelas

Dr. Gregory S. Brown

Superintendente Adjunto

Melissa Lawson

*Superintendente Adjunto
de Servicios Estudiantiles*

Linda Steinberg

*Superintendente Adjunto
de Finanzas y Operaciones*

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN EN VIRTUD DE LA FERPA

El propósito de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) es proteger la privacidad de la información relacionada con estudiantes individuales mediante la imposición de determinadas restricciones a la divulgación de "información que no es del directorio" contenida en los expedientes educativos de un estudiante. Comprendo que tengo el derecho a no dar mi consentimiento para la divulgación de mis expedientes educativos y tengo el derecho de recibir una copia de dichos expedientes previa solicitud.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____

(en letra de imprenta)

Yo, quien suscribe, por la presente autorizo al Distrito Escolar Central de Hyde Park (el "Distrito") a solicitar lo siguiente:

Registros educativos	Registros de salud	IEP (enviar por fax y transferir en IEP Direct)
Evaluaciones psicológicas e informes de servicios relacionados (cualquier evaluación adicional)	Expediente académico, último boletín de calificaciones y calificaciones de salida	Registros de disciplina
Laboratorios de ciencia	Otro:	

De la siguiente Persona y/o Agencia:

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

TELÉFONO: _____

Comprendo que esta autorización permanecerá en vigencia desde hoy hasta que envíe una solicitud por escrito al Distrito para revocar la autorización. También entiendo que revocar la autorización no afectará las divulgaciones realizadas previamente por el Distrito antes de recibir dicha autorización.

Firma del padre/tutor y/o estudiante elegible: _____ Fecha: ____/____/____

ÚNICAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

Netherwood Elem. – Tel. 845-229-4055 - Fax 845-229-2797	North Park Elem. – Tel. 845-229-4040 - Fax 845-229-5655
Ralph R. Smith Elem. – Tel. 845-229-4060 - Fax 845-229-2828	Violet Avenue Elem. – Tel. 845-486-4499 - Fax 845-486-7796
Haviland Middle School – Tel. 845-229-4030 - Fax 845-229-4038	Depto. de Ed. Especial - Tel. 845-229-4050 - Fax 845-229-2933
FDR High School Guidance Dpt. – Fax 845-229-2181 – Correo electrónico: Jillfuller@hpcsd.org	

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

CUESTIONARIO SOBRE EL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR (HLQ) – PÁGINA 2

HISTORIAL EDUCATIVO:	
8. Indique el número total de años que su hijo/a ha estado inscrito/a en la escuela. _____	
9. ¿Considera que su hijo/a puede tener alguna dificultad o condición que afecte su capacidad para comprender, hablar, leer o escribir en Inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, descríbalas. Sí No No estoy seguro En caso afirmativo, explique: _____	
¿Cuán graves considera que son estas dificultades? Leves Algo graves Graves	
10a. ¿Su hijo/a ha sido derivado para una evaluación de educación especial en el pasado? No Sí *Por favor, complete 10b a continuación	
10b. Si fue derivado para una evaluación, ¿su hijo/a alguna vez ha recibido algún servicio de educación especial en el pasado? No Sí – Tipo de servicio recibido: _____ Edad a la que se recibieron los servicios (marque todas las que correspondan) Nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) 3 a 5 años (Educación Especial) 6 años o más (Educación Especial)	
10c. ¿Su hijo/a tiene un Programa de Educación Individualizado (IEP)? No Sí	
11. ¿Hay algo más que considere que es importante que la escuela sepa sobre su hijo/a? (por ejemplo, talentos especiales, afecciones de salud, etc.) _____	
12. ¿En qué idioma le gustaría recibir información de la escuela? Inglés Español Otro (especifique) _____	

Fecha: ___/___/___

_____ *Firma del padre/madre o tutor*

Relación con el estudiante: Madre Padre Otro (especifique): _____

ENTRADA OFICIAL ÚNICAMENTE – NOMBRE/CARGO DEL MIEMBRO DEL PERSONAL QUE ADMINISTRA EL HLQ	
NOMBRE: _____ CARGO: _____	
SI SE PROPORCIONA UN INTÉRPRETE, INDIQUE EL NOMBRE, CARGO Y CREDENCIALES:	
NOMBRE/CARGO DEL MIEMBRO DEL PERSONAL CUALIFICADO QUE REvisa EL HLQ Y LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL	
NOMBRE: _____ CARGO: _____	
Entrevista oral necesaria No Sí	
Fecha de la entrevista individual: ___/___/___	
Resultado de la entrevista individual: Administrar NYSITELL Domina el inglés Derivar al Equipo de Dominio del Idioma	
NOMBRE/CARGO DEL MIEMBRO DEL PERSONAL QUE ADMINISTRA EL EXAMEN NYSITELL	
NOMBRE: _____ CARGO: _____	
FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE NYSITELL: ___/___/___	NIVEL DE DOMINIO ALCANZADO EN EL EXAMEN NYSITELL: Principiante Emergente En transición En expansión Competente
PARA LOS ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES, INDICAR LAS ADAPTACIONES, SI CORRESPONDE, ADMINISTRADAS DE CONFORMIDAD CON EL IEP SEGÚN LA RECOMENDACIÓN DEL CSE.	

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: __/__/__
 DIRECCIÓN: _____
 Escuela: _____ Maestro/a: _____ Grado: _____ Ruta del autobús (emitida por el departamento de Transporte)

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

El estudiante reside con (marque todas las que correspondan) Madre Padre Otro: _____

Padre/Tutor # 1 (PRIMER padre/tutor que debe ser contactado)

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
 Dirección: _____
 N. ° de teléfono al que se debe llamar en primer lugar: _____ Hogar Trabajo Celular
 N. ° de teléfono al que se debe llamar en segundo lugar: _____ Hogar Trabajo Celular
 N. ° de teléfono al que se debe llamar en tercer lugar: _____ Hogar Trabajo Celular
 Correo electrónico: _____ Hogar Trabajo

Padre/Tutor # 2 (SEGUNDO padre/tutor que debe ser contactado)

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
 Dirección: _____
 N. ° de teléfono al que se debe llamar en primer lugar: _____ Hogar Trabajo Celular
 N. ° de teléfono al que se debe llamar en segundo lugar: _____ Hogar Trabajo Celular
 N. ° de teléfono al que se debe llamar en tercer lugar: _____ Hogar Trabajo Celular
 Correo electrónico: _____ Hogar Trabajo

PERSONAS A LAS QUE SE DEBE LLAMAR SI EL PADRE/TUTOR NO ESTÁ DISPONIBLE:

1. **NOMBRE:** _____ Relación con el estudiante: _____

¿Esta persona tiene permitido retirar al estudiante de la escuela? Sí No

N. ° DE TELÉFONO CELULAR: _____ OTRO N. ° DE TELÉFONO: _____ Hogar Trabajo

2. **NOMBRE:** _____ Relación con el estudiante: _____

¿Esta persona tiene permitido retirar al estudiante de la escuela? Sí No

N. ° DE TELÉFONO CELULAR: _____ OTRO N. ° DE TELÉFONO: _____ Hogar Trabajo

INFORMACIÓN MÉDICA:

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Preferencia de hospital: _____

¿Algún problema de salud especial (es decir, alergias, etc.)? Sí No

En caso afirmativo, explique: _____

Enumere los medicamentos actuales:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

SALIDA DE EMERGENCIA:

En caso de una salida de emergencia durante el día escolar, ¿a dónde debería ser transportado su hijo/a?

HOGAR UBICACIÓN ALTERNATIVA - *NOTA: La ubicación alternativa debe estar dentro de la zona de asistencia de la escuela.*

INFORMACIÓN SOBRE EL LUGAR ALTERNATIVO:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR EN LETRA DE IMPRENTA: _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

FECHA



El Distrito Escolar Central de Hyde Park Central capacita a nuestra comunidad para buscar la excelencia y aprovechar las oportunidades de nuestro mundo globalmente conectado.

Hyde Park Central School District · Administration Offices · PO Box 2033, Hyde Park, NY 12538

Teléfono: (845) 229-4000 · Fax: (845) 229-4056 · www.hpcsd.org

Dr. Pedro Roman

Superintendente de Escuelas

Dr. Gregory S. Brown

Superintendente Adjunto

Melissa Lawson

*Superintendente Adjunto
de Servicios Estudiantiles*

Linda Steinberg

*Superintendente Adjunto
de Finanzas y Operaciones*

Historial de beneficios en el precio de las comidas escolares

Nombre del estudiante: _____

Distrito anterior: _____

Escuela anterior: _____

¿Estaba recibiendo beneficios en el precio de las comidas? (marque una opción)

- SÍ, COMIDAS GRATUITAS** (Usted no pagó ninguna comida escolar)
- SÍ, COMIDAS CON PRECIO REDUCIDO** (Usted pagó \$0.25 por todas las comidas escolares)
- NO, COMIDAS A PRECIO COMPLETO** (Usted pagó el precio completo por todas las comidas)
- NO CORRESPONDE**

ESTA INFORMACIÓN ES NECESARIA PARA AYUDAR AL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS ALIMENTICIOS A ESTABLECER UN PERÍODO DE GRACIA DE 30 DÍAS DE BENEFICIOS CONTINUOS QUE USTED RECIBIÓ EN SU ESCUELA ANTERIOR.

DURANTE ESTOS 30 DÍAS, SEGUIRÁ RECIBIENDO SUS BENEFICIOS EXISTENTES MIENTRAS CONFIRMAMOS SI SUS BENEFICIOS PUEDE SER CERTIFICADOS NUEVAMENTE PARA TODO EL AÑO ESCOLAR.

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



El Distrito Escolar Central de Hyde Park capacita a nuestra comunidad para buscar la excelencia y aprovechar las oportunidades de nuestro mundo globalmente conectado.

Hyde Park Central School District · Administration Offices · PO Box 2033, Hyde Park, NY 12538

Teléfono: (845) 229-4000 Fax: (845) 229-4056 www.hpcsd.org

Dr. Pedro Roman

Dr. Gregory S. Brown

Melissa Lawson

Linda Steinberg

Superintendente de Escuelas

Superintendente Adjunto

Superintendente Adjunto

Superintendente Adjunto

de Servicios Estudiantiles

de Finanzas y Operaciones

DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA

Nota: Esta declaración jurada debe ser completada por el propietario o arrendatario cuando una persona alquila un apartamento o habitación(es) dentro de una vivienda o apartamento de propiedad privada, incluida su propia vivienda, o comparte una casa o apartamento con otra familia donde no hay un contrato formal de arrendamiento.

ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA toda la información:

Mi nombre es _____ y soy el propietario legal
o arrendatario de este domicilio:

Adjunte una copia de su factura de impuestos escolares o de propiedad, escritura, estado de cuenta de la hipoteca o contrato de arrendamiento

¿Qué parte de su hogar ocupan estos inquilinos? (Ejemplo: apartamento en el sótano, primer piso, número de apartamento, número de habitaciones en la vivienda, etc.): _____

Los términos y condiciones de arrendamiento son los siguientes:

Fecha de inicio del contrato de arrendamiento: __/__/__ Fecha de finalización del contrato de arrendamiento: __/__/__ O, Fecha de inicio de mes a mes: __/__/__, O Residiendo temporalmente en mi hogar/apartamento debido a la pérdida de vivienda a partir del __/__/__.

Entiendo los requisitos para la inscripción y solicito que el/los siguiente/s niño/s sea/n admitido/s en las escuelas del Distrito Escolar Central de Hyde Park como residente del distrito:

Según mi leal saber, la propiedad mencionada previamente es la única residencia actual y legal de

_____ (nombre del padre o madre/tutor) y el custodio(s) del niño(s) mencionados previamente.

La siguiente es una lista de nombres de **TODAS** las personas que residen en este domicilio:

Certifico que la información proporcionada en este formulario es verdadera y correcta, y que las declaraciones realizadas en este documento se hacen bajo pena de condena por falso testimonio, y soy consciente de que el Distrito Escolar Central de Hyde Park se basará en ellas para determinar si el/los niño/s mencionado/s anteriormente serán admitidos en sus escuelas. Entiendo que, en caso de que se determine que la información contenida en esta declaración jurada es inexacta o falsa, en su totalidad o en parte, el distrito puede iniciar acciones legales en mi contra para cobrar la tarifa anual retroactiva al primer día de admisión para dicho/s niño/s y/o iniciar acciones penales en mi contra por presentar un documento falso.

Las tarifas anuales más recientes, según lo determinado por el Departamento de Educación del Estado de Nueva York, son las siguientes: *(tenga en cuenta que estas tarifas son estimadas y ajustadas anualmente)*

Grados K-6 = \$11,350 Grados 7-12 = \$14,261

NOTA: La siguiente declaración, requisito de firma y requisito de formalización ante notario se aplican a todas las secciones de este formulario, y deben cumplirse para que la solicitud sea aceptada.

Como propietario de la propiedad y/o arrendador, certifico que notificaré a la Oficina Central de Registro del Distrito Escolar Central de Hyde Park (Hyde Park Central School District Central Registration Office), PO Box 2033, Hyde Park, NY 12538, dentro de los 30 días posteriores a la terminación de este arreglo de convivencia.

Firma del propietario de la propiedad y/o arrendador

____/____/____
Fecha

Nombre de propietario/arrendador/arrendatario en letra de imprenta

Número de teléfono del propietario/arrendador/arrendatario

Dirección del propietario/arrendador/arrendatario: _____

Correo electrónico: _____

Jurado ante mí a los

días de

_____ *de*

20 _____

Notario Público

Distrito Escolar Central de Hyde Park
Comité de Educación Especial
P.O. Box 2033
Hyde Park, NY 12538
(845)229-4050 x 1611

Consentimiento para Medicaid

Estimado padre o madre/tutor:

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Número de Identificación del Cliente (CIN): _____

Se solicita su permiso (consentimiento) para facturar a su Programa de Seguro Medicaid o al de su hijo/a por los servicios de educación especial y servicios relacionados que figuran en el Programa de Educación Individualizado (IEP) de su hijo/a y para pedirle que nos proporcione el Número de Identificación del Cliente (CIN, por sus siglas en inglés) de su hijo/a o que nos permita obtener el CIN en caso de que no lo conozca.

Este consentimiento permite al distrito escolar o al condado facturar a Medicaid por servicios de salud cubiertos y divulgar información al Agente de Facturación de Medicaid del distrito escolar o del condado para tal fin.

Yo, _____ como padre o madre/tutor de _____, he recibido una notificación del distrito escolar/condado en la que se explican mis derechos federales en relación con el uso de beneficios públicos o seguros para pagar determinados servicios de educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y estoy de acuerdo en que el distrito escolar/condado puede solicitar un Número de Identificación del Cliente (CIN), verificar la elegibilidad para Medicaid y/o acceder a Medicaid para pagar los servicios de educación especial y servicios relacionados proporcionados a mi hijo/a.

Comprendo que:

- Brindar mi consentimiento no afectará la cobertura de Medicaid de mi hijo/a;
- Previa solicitud, puedo revisar las copias de los registros divulgados de conformidad con esta autorización;
- Los servicios indicados en el IEP de mi hijo/a deben ser proporcionados sin costo alguno para mí, ya sea que dé mi consentimiento para facturar a Medicaid y/o proporcione el CIN de mi hijo/a o no;
- Tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento; y
- El distrito escolar/condado debe proporcionarme una notificación escrita anual de mis derechos con respecto a este consentimiento.

También otorgo mi consentimiento para que el distrito escolar/condado divulgue los siguientes registros/información sobre mi hijo/a a la Agencia de Medicaid del Estado con el propósito de verificar la elegibilidad para Medicaid y/o facturar por servicios de educación especial y servicios relacionados que estén en el IEP de mi hijo/a. Se compartirán los siguientes registros:

Registros que se compartirán (por ejemplo, registros o información sobre los servicios que su hijo/a recibe, información demográfica del estudiante):	
IEP	Informe de administración de medicamentos
Remisión escrita/oral	Registro de transporte especial
Informes de evaluación	Otra información de identificación personal
Notas sobre sesiones	Cualquier otro registro específico relativo a los servicios o al programa del estudiante

CIN del estudiante, si se conoce: _____

Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También comprendo que el derecho de mi hijo/a a recibir servicios de educación especial y servicios relacionados no depende de que yo otorgue mi consentimiento y que, independientemente de mi decisión de proporcionar este consentimiento, todos los servicios requeridos en el IEP de mi hijo/a se le brindarán sin costo alguno para mí.

Firma del padre o madre/tutor: _____

Nombre en letra de imprenta: _____ Fecha: _____

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE



El Distrito Escolar Central de Hyde Park Central capacita a nuestra comunidad para buscar la excelencia y aprovechar las oportunidades de nuestro mundo globalmente conectado.

Hyde Park Central School District • Administration Offices • PO Box 2033, Hyde Park, NY 12538

Teléfono: (845) 229-4000 • Fax: (845) 229-4056 • www.hpcsd.org

Dr. Pedro Roman

Superintendente de Escuelas

Dr. Gregory S. Brown

Superintendente Adjunto

Melissa Lawson

*Superintendente Adjunto
de Servicios Estudiantiles*

Linda Steinberg

*Superintendente Adjunto
de Finanzas y Operaciones*

Derechos de los padres a la derivación y evaluación para Servicios o Programas de Educación Especial

El Distrito Escolar Central de Hyde Park ofrece apoyo a los estudiantes en educación general, como servicios psicológicos, modificaciones en el plan de estudios y en la instrucción y Servicios de Intervención Académica (AIS). El equipo de Respuesta a la Intervención (RtI) de la escuela de su hijo/a puede realizar una derivación al Comité de Educación Especial (CSE) si las intervenciones no han tenido éxito. Además, los padres y tutores tienen el derecho de derivar a su hijo/a al Comité de Educación Especial (CSE).

Una derivación es una declaración escrita en la que se solicita que el distrito escolar evalúe a su hijo/a para determinar si necesita servicios de educación especial. Esta declaración escrita debe dirigirse a:

Joanna Murphy
Director of Special Education
P.O. Box 2033
Hyde Park, NY 12538

Existe el requisito de que el director del edificio se ofrezca a reunirse con usted para conversar sobre otras formas de ayudar a su hijo/a. Como resultado, puede retirar su derivación o solicitar que el proceso de derivación continúe.

Se encuentra disponible información adicional en inglés y español en un documento llamado *A Parent's Guide to Special Education* (Guía para Padres sobre Educación Especial) en www.nysed.gov.

ESTA PÁGINA FUE DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE