

# Central Registration Office

Located at the Saxton Middle School in the Pupil Personnel Department. Please refer to the Central Registration page on the district website at [www.pmschools.org](http://www.pmschools.org) to obtain information on how to Register. All forms and requirements must be submitted to complete the registration.

## Requirements to Register a Student

1. Schedule your appointment on the Central Registration page on the district website: [pmschools.org](http://pmschools.org)
2. Birth Certificate
3. Parent Photo Identification  
License can be used for Identification only.
4. Proof of ownership OR Rental AND 2 bills
  - **Ownership:** Contract, Closing Statement, Tax deed, Mortgage Statement.
  - **Rental:** Lease/Contract Agreement or Notarized Landlord Affidavit.
  - **2 Bills** with the current home address

Bills Accepted: electric, gas, paystub, voter registration, cellphone, water, oil company, home insurance, car insurance, bank statements, DSS, medical bills, medical insurance and other documents issued by Federal, State or local agencies like Social Services.

5. Copies of Latest Physical and vaccination record
6. Registration Packet completely filled out.
7. Copies of any custody papers if any
8. Copies of IEP's or 504 if applicable
9. School Records from their last school, including those from another country if applicable.

**Change of address:** If you moved, you would have to provide all from Step #4 again with the information of the new address.

If you do not have access to a computer please give us a call 631-687-6751. We have computers in district that you can have access to. If you have any additional questions, call the office at 631-687-6430.

## ENGLISH

# Central Registration Office

La Oficina de Registración esta localizada en la escuela de Saxton Middle. Consulte la página de Registro Central en el sitio web del distrito en [www.pmschools.org](http://www.pmschools.org) para obtener información sobre cómo registrarse. Todos los requisitos tienen que ser entregados para poder procesar su registración.

## Requerimientos para Registrar a un Estudiante

1. Programe su cita en la página de Registro Central en el sitio web del distrito: [www.pmschools.org](http://www.pmschools.org)
2. Certificado/Registro de Nacimiento
3. Identificación con foto de Madre o Padre  
La licencia solo sirve como identificación.
4. Prueba de Propietario de casa o Contrato de Renta Y 2 Comprobantes de Pago de Utilidades
  - **Si es dueño de casa:** Contrato de venta, Contrato de Cierre, Impuesto anual del pueblo de Brookhaven o prueba de su pago de hipoteca.
  - **Si Usted Renta:** Contrato de Renta o Declaración jurada y notarizada del propietario de la casa.
  - **2 Comprobantes de Pago de Utilidades (biles)** con la dirección de su domicilio

Aceptamos: luz, gas, colilla de cheque, registracion de votar, celular, agua, compañía de aceite, seguro del hogar, seguro del carro, estado de cuenta bancaria, algun bill medico, seguro medico, DSS u otro documento dado por el pais o el estado de NY u otra agencia de Servicios Sociales.

5. Copias del Fisico y las vacunas mas recientes.
6. Paquete de Registracion Completamente Llenu.
7. Copias de la custodia si ay alguna.
8. Copias de algun IEP o 504 si su hijo tiene alguno.
9. Archivos y datos escolares de la escuela mas reciente, incluyendo los documentos de otro pais si esque el niño/a viene de otro pais.

**Cambio de Dirección:** Si Usted se mudo tiene que proveer todas las pruebas de el paso #4 de nuevo con la nueva dirección.

Si no tiene computadora llamenos al 631-687-6751. Tenemos computadoras en el Distrito que puede ocupar. Si tiene preguntas adicionales, llame a la oficina al 631-687-6430.

## ESPAÑOL

Grades K-12

PAGE INTENTIONALLY LEFT BLANK

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS  
STUDENT REGISTRATION PACKET**  
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)

**FOR OFFICE USE**

|                        |
|------------------------|
| _____                  |
| <b>Assigned School</b> |
| _____                  |
| <b>Grade</b>           |
| _____                  |
| <b>Home School</b>     |

**Student's Last Name:** \_\_\_\_\_ **First Name:** \_\_\_\_\_ **M.I.** \_\_\_\_\_  
(Apellido de el Estudiante) (Primer Nombre) (Inicial de el Segundo Nombre)

**HOUSEHOLD INFORMATION/INFORMACION DEL HOGAR**

**Household Surname:** \_\_\_\_\_  
(Apellido de el Hogar)

**Registration Date:** \_\_\_\_\_  
(Fecha de Registración)

**Household Address**  
(Dirección de el Hogar)

**Mailing Address: (if different from household):**  
(Dirección de Correo, si diferente al Hogar)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Household Phone:** ( ) \_\_\_\_\_  
(Teléfono del Hogar)

**Unlisted:**  **Yes**  **No**  
(No esta en la lista) (Si) (No)

**Residence Type:**  **Own**  **Rent**  **Lease**  **Other**  
(Tipo de Residencia) (Propio) (Renta) (Arrendamiento) (Otro)

**Move in Date:** \_\_\_\_\_  
(Fecha que se Movio)

**Lease Expiration Date:** \_\_\_\_\_  
(If applicable) (Fecha expiracion de Arrendamiento, si es aplicable)

**Household Language:** \_\_\_\_\_  
(Lenguaje de el Hogar)

**Foster Care Agency:**  **Yes**  **No**  
(Agencia de el Orfanato) (Si) (No)

**Language Translation Needed:**  **Yes**  **No**  
(Necesita traducción de Lenguaje) (Si) (No)

**FOR OFFICE USE ONLY** PROOF OF RESIDENCY ATTACHED:

|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Doctor's Bill         | <input type="checkbox"/> Medical Insurance             | <input type="checkbox"/> Property Tax Bill     |
| <input type="checkbox"/> Homeowner's Agreement | <input type="checkbox"/> Mortgage Statement            | <input type="checkbox"/> Real Estate Statement |
| <input type="checkbox"/> House Deed            | <input type="checkbox"/> Notarized Landlord Affidavit  | <input type="checkbox"/> Sale Contract         |
| <input type="checkbox"/> Lease Agreement       | <input type="checkbox"/> Pay Stub                      | <input type="checkbox"/> Utility Bill          |
| <input type="checkbox"/> License               | <input type="checkbox"/> Post Office Change of Address | <input type="checkbox"/>                       |
| <input type="checkbox"/> Other _____           |  |  |

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS**  
**STUDENT REGISTRATION PACKET**  
**(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

**HOUSEHOLD INFORMATION/INFORMACION DEL HOGAR**

**PLEASE LIST ALL MEMBERS OF THE HOUSEHOLD (UNDER 21) AND THEIR RELATIONSHIP TO THE STUDENT:**  
*(POR FAVOR LISTE TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR (MENORES DE 21) Y SU PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE)*

| <b>NAME<br/>(NOMBRE)</b> | <b>DATE OF<br/>BIRTH<br/>(FECHA DE<br/>NACIMIENTO)</b> | <b>RELATIONSHIP TO<br/>STUDENT<br/>(RELACION AL<br/>ESTUDIANTE)</b> | <b>ENROLLED IN SCHOOL<br/>(MATRICULADO EN LA<br/>ESCUELA)</b> | <b>CURRENT GRADE<br/>(PRESENTE GRADO)</b> | <b>NAME OF SCHOOL<br/>(NOMBRE DE LA<br/>ESCUELA)</b> |
|--------------------------|--|---|---|---|--|
|                          |  |   | Yes/No (Circle)<br><i>Si/No (Circule)</i>                     |   |  |
|                          |  |   | Yes/No (Circle)<br><i>Si/No (Circule)</i>                     |   |  |
|                          |  |   | Yes/No (Circle)<br><i>Si/No (Circule)</i>                     |   |  |
|                          |  |   | Yes/No (Circle)<br><i>Si/No (Circule)</i>                     |   |  |
|                          |  |   | Yes/No (Circle)<br><i>Si/No (Circule)</i>                     |   |  |

**PARENT(S) OR PERSON(S) IN PARENTAL RELATION (*as designated by individual registering student*):**  
*(PADRE(S) O PERSONA(S) EN RELACION DE PADRES (como es designado en la registraci3n individual de el estudiante)*

**LAST NAME:** \_\_\_\_\_  
*(Apellido)*

**FIRST NAME:** \_\_\_\_\_  
*(Primer Nombre)*

**LAST NAME:** \_\_\_\_\_  
*(Apellido)*

**FIRST NAME:** \_\_\_\_\_  
*(Primer Nombre)*

**HAS THE STUDENT PREVIOUSLY ATTENDED PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS?**       **Yes**       **No**  
*(HA ATENDIDO EL ESTUDIANTE A LAS ESCUELAS DE PATCHOGUE-MEDFORD?)*      *(Si)*      *(No)*

**Please list school (if applicable):** \_\_\_\_\_  
*(Por favor escribe el nombre de la escuela (Si es aplicable))*

**Dates of Attendance (if applicable):** \_\_\_\_\_  
*(Fechas en que Atendi3 la Escuela (Si es aplicable))*

**PRIOR SCHOOL DISTRICT:** \_\_\_\_\_  
*(Distrito De Escuela Anterior)*

**PRIOR SCHOOL TELEPHONE:** \_\_\_\_\_  
*(Tel3fono De La Escuela Anterior)*

**PRIOR SCHOOL NAME/ADDRESS:** \_\_\_\_\_  
*(Nombre/Direcci3n De la Escuela Anterior)*

\_\_\_\_\_

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS**  
**STUDENT REGISTRATION PACKET**  
**(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

All students between 5 and 21 years of age have the right to a free public education. Children may not be refused admission because of race, color, creed or national origin, sex, citizenship, handicapping condition, or immigration status.

**STUDENT RACIAL AND ETHNIC IDENTIFICATION**

To the Parent/Guardian: The Patchogue-Medford School District has adopted a policy which requires the collection and recording of the ethnic identity of students in the Patchogue-Medford School District in accordance with the federal categories and definitions. The information will be used to:

- Report information to the State and federal Education Departments.
- Plan educational programs and make sure that they are readily available to all students.
- Study the movement of students in different ethnic groups as they move from school to school.
- Analyze differences in academic performance, attendance and completion of school.

We need your help in order to accomplish this task. Please review the Racial/Ethnic definitions on the following page of this packet. Put a check (✓) in the box for the category or categories which best describe your child. The Patchogue-Medford School District understands the sensitive nature of this information and wishes to assure you that it will be kept secure and confidential in accordance with all State and federal student privacy laws and regulations. If the information requested is not provided on this form on behalf of your child, a student records officer from the school or district will be required to identify the group to which the student appears to belong, identifies with, or is regarded in the community as belonging. Thank you for your cooperation.

**CONFIDENTIALITY PROCEDURES AND REGULATIONS**

To School Staff: The form on the following page of this packet will be filed in the student's permanent record as confidential information.

To the Parent/Guardian: The information which you have provided on the form on the following of this packet is confidential. It is protected by the Confidentiality Regulations cited below.

*The Family Educational Rights and Privacy Act (1974) prohibits unauthorized access to student records and unauthorized release of any student record information identifiable by either student name or student identification number*

Please complete the form on following page of this packet.

See reverse for Spanish translation

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS**  
**STUDENT REGISTRATION PACKET**  
**(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

Todos los estudiantes de entre 5 y 21 años de edad tienen derecho a una educación pública gratuita. No se le podrá negar a los niños la admisión debido a su raza, color, credo u origen nacional , sexo, nacionalidad, condición de incapacidad o estado migratorio.

**IDENTIFICACIÓN ÉTNICA Y RACIAL DEL ESTUDIANTE**

Para el padre / tutor: El distrito escolar de Patchogue-Medford ha adoptado una política que requiere la recopilación y registro de la identidad étnica de los estudiantes en el distrito escolar de Patchogue-Medford, de acuerdo con las categorías y definiciones federales. La información será utilizada para:

- Reportar información a los departamentos de educación estatales y federales.
- Planear programas educativos y asegurarse de que están fácilmente disponibles para todos los estudiantes.
- Estudiar el movimiento de los estudiantes en diferentes grupos étnicos a medida que pasan de una escuela a otra.
- Analizar las diferencias en el rendimiento académico, asistencia y finalización de la escuela.

Necesitamos su ayuda con el fin de realizar esta tarea. Por favor revise las definiciones raciales / étnicas en la página 4 de este paquete. Ponga una marca (v) en el cuadro de la categoría o categorías que describen mejor a su hijo. El distrito escolar de Patchogue-Medford entiende la naturaleza sensible de esta información y desea asegurar que se mantendrá segura y confidencial, de conformidad con todas las leyes y regulaciones de privacidad del estudiante estatales y federales. Si la información solicitada no es facilitada en este formulario en nombre de su hijo, un oficial de registros de los estudiantes de la escuela o distrito será requerido para que identifique el grupo al que el estudiante parece pertenecer, se identifica con, o es reconocido en la comunidad como que pertenece a ese grupo. Gracias por su cooperación.

**PROCEDIMIENTOS Y REGULACIONES DE CONFIDENCIALIDAD**

Para Personal de la Escuela : La forma **en la página 4** de este paquete será archivada en el expediente permanente del estudiante como información confidencial .

Para el Padre / Tutor: La información que usted ha proporcionado en el formulario **en la página 4** de este paquete es confidencial . Está protegida por las normas de confidencialidad que se citan a continuación .

*La Ley de Derechos Educativos y Privacidad ( 1974 ) prohíbe el acceso no autorizado a los registros de los estudiantes y sin autorización dar a conocer cualquier información de registro del estudiante identificables por nombre del estudiante o número de identificación del estudiante*

Por favor complete el **formulario en la página 4** de este paquete.

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS**  
**STUDENT REGISTRATION PACKET**  
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)

**STUDENT INFORMATION/INFORMACION DEL ESTUDIANTE**

**FIRST NAME:** \_\_\_\_\_  
(Primer nombre)

**MIDDLE NAME:** \_\_\_\_\_  
(Inicial Segundo nombre)

**LAST NAME:** \_\_\_\_\_  
(Apellido)

**NICKNAME:** \_\_\_\_\_  
(Apodo)

**DATE OF BIRTH:** \_\_\_\_\_  
(Fecha De Nacimiento)

**GENDER:**       **Male**       **Female**  
(Sexo)                      (Masculino)      (Femenino)

**Dominant Language:** \_\_\_\_\_  
(Lenguaje Dominante)

**MULTIPLE BIRTH (if applicable):**  **Twin**       **Triplet**       **Quadruplet**       **Quintuplet**  
(Mas De Un Nacimiento-Si es aplicable) (Mellizos)      (Trillizos)      (Cuadruples)      (Quintuples)

**DIRECTIONS TO PARENT/GUARDIAN (DIRECCIONES A LOS PADRES/GUARDIANES)**

Please answer questions (1) and (2). PLEASE READ THEM BEFORE YOU RESPOND. [For question (1), Check (✓) the box that best describes your child.] Check (✓) only ONE box. (Por favor conteste las preguntas (1) y (2). POR FAVOR LÉALAS ANTES DE CONTESTAR. [Para pregunta (1), Marque (✓) la caja que mejor describa a su niño/a] Marque (✓) solamente UNA caja.)

(1) **Is the student Hispanic or Latino? (Es el estudiante Hispano o Latino?)** Hispanic or Latino means a person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, Central or South American, or other Spanish culture or heritage, regardless of race. (Hispano o Latino es una persona de Cubana, Mexicana, Puerto Riqueña, Centro o Sur Americana, o otra cultura española o de descendencia, independientemente de la raza.)

**YES, Hispanic or Latino**  
(Si, Hispano o Latino)

**NO, not Hispanic or Latino**  
(No, no Hispano o Latino)

(2) **Select one or more races from the following five racial groups** [For question (2) Check (✓) all groups that apply to your child; check (✓) at least ONE box] (Marque uno o mas razas de los siguiente cinco grupos raciales [Para preguntas (2) Marque (✓) todos los grupos que son aplicables a su niño/a; marque(✓) por lo menos en UNA caja]:

**AMERICAN INDIAN OR ALASKA NATIVE:** A person having origins in any of the original peoples of North America and who maintains cultural identification through tribal affiliation or community recognition, e.g. Cherokee, Mohawk, Inuit.  
**AMERICANO NATIVO O NATIVO DE ALASKA:** (Una persona que tiene orígenes de cualquier persona de origen de Norte América y quien mantiene identificación cultural a través de afiliación con una tribu o comunidad, ejemplo: Cherokee, Mohawk, Inuit.)

**ASIAN:** A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including for example, Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam.  
**ASIÁTICO:** Una persona que tiene orígenes de cualquier persona origina del lejano Este, del Sureste de Asia, o del subcontinente de India incluyendo ejemplos como Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam.

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS**  
**STUDENT REGISTRATION PACKET**  
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)

**NATIVE HAWAIIAN OR OTHER PACIFIC ISLANDER:** A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. **NATIVO DE HAWAI O OTRA ISLA PACÍFICA:** Una persona que tiene orígenes de cualquier persona originaria de Hawai, Guam, Samoa, o otra Isla del Pacífico \

**BLACK:** A person having origins in any of the black racial groups of Africa.  
**NEGRO:** Una persona que tiene orígenes de cualquier grupo racial negro de África.

**WHITE:** A person having origins in any of the original peoples of Europe, North Africa or the Middle East.  
**BLANCO:** Una persona que tiene orígenes en cualquier persona originaria de Europa, Norte de África o del Medio Este.

**Method of Communication:**  
(Métodos de Comunicación)

**Letter**  
(Letra)

**eMail**  
(Correo Electrónico)

**Phone Call**  
(Teléfono Celular)

**Primary Parent/Guardian Contact:** \_\_\_\_\_  
(Contacto del Padre Principal/Guardián)



**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS  
STUDENT REGISTRATION PACKET  
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

**PARENT/GUARDIAN INFORMATION (INFORMACIÓN DE LOS PADRES/GUARDIANES)**

**PARENTS/GUARDIANS(PADRES/GUARDIANES)**

A parent/guardian is defined as an individual who may or may not have custodial rights to a student and may or may not receive correspondence from the school, which will be determined at the time of registration. When completing the form, please indicate the individual's relationship to the child (i.e., mother, father, aunt, grandparent, etc.) and indicate whether or not they will receive district correspondence. Also, please note any visitation restrictions that may exist and provide appropriate legal documentation.

(Un padre/guardián es definido como un individuo que puede que tenga o no, derechos de custodia del estudiante y que puede que reciba o no correo de la escuela, lo cual será determinado en el momento de la registraci3n. Cuando complete el formulario, por favor indique la relaci3n del individuo con el ni1o (ejemplo: madre, padre, tío/a abuelos, etc.) e indique si ellos recibirán correspondencia del distrito o no. Tambi3n, por favor note cualquier restricci3n de visitaci3n que puede que exista y provea documentaci3n legal apropiada.)

**PARENT/GUARDIAN #1(PADRE/GUARDIÁN #1)**

**First Name:** \_\_\_\_\_ **Middle Name:** \_\_\_\_\_ **Last Name:** \_\_\_\_\_  
(Primer nombre) (Inicial Segundo nombre) (Apellido)

**Resides in household:**  **Yes**  **No**  
(Reside en la casa) (Si) (No)

**Educational Level:**  **Less than High School**  **High School**  **Bachelor's Degree**  
(Grado de Nivel Educacional) (Menos del Bachillerato) (Bachillerato) (Licenciatura)

**Post Graduate Degree** (Licenciatura de Post Graduado)

**Mailing Address:** \_\_\_\_\_ **Home Phone (Telefono de casa):** ( ) \_\_\_\_\_  
(Direcci3n de Correo) **Work Phone (Telefono de trabajo):** ( ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Cell Phone (Telefono celular):** ( ) \_\_\_\_\_

**E-Mail Address (Correo Electronico):** \_\_\_\_\_

**Relationship to Student (Relacion con el Estudiante):** \_\_\_\_\_

**Employer Name:** \_\_\_\_\_ **Employer Phone: ( )** \_\_\_\_\_  
(Nombre del Empleador) (Telefono del Empleador)

**Employer Address:** \_\_\_\_\_  
(Direccion del Empleador)

**Custodial Parent:**  **Yes**  **No**  
(Padre con custodia) (Si) (No)

**Receive Correspondence from School:**  **Yes**  **No**  
(Recibe Correspondencia de la Escuela) (Si) (No)

**Note: A non-custodial parent is entitled to receive correspondence from the school district.**  
(Nota: Un padre sin custodia tiene derecho a recibir correspondencia del distrito)

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS  
STUDENT REGISTRATION PACKET  
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

**PARENT/GUARDIAN INFORMATION (INFORMACIÓN DE LOS PADRES/GUARDIANES)**

**PARENTS/GUARDIANS(PADRES/GUARDIANES)**

A parent/guardian is defined as an individual who may or may not have custodial rights to a student and may or may not receive correspondence from the school, which will be determined at the time of registration. When completing the form, please indicate the individual's relationship to the child (i.e., mother, father, aunt, grandparent, etc.) and indicate whether or not they will receive district correspondence. Also, please note any visitation restrictions that may exist and provide appropriate legal documentation.

(Un padre/guardián es definido como un individuo que puede que tenga o no, derechos de custodia del estudiante y que puede que reciba o no correo de la escuela, lo cual será determinado en el momento de la registraci3n. Cuando complete el formulario, por favor indique la relaci3n del individuo con el ni1o (ejemplo: madre, padre, tío/a abuelos, etc.) e indique si ellos recibirán correspondencia del distrito o no. Tambi3n, por favor note cualquier restricci3n de visitaci3n que puede que exista y provea documentaci3n legal apropiada.)

**PARENT/GUARDIAN #2 (PADRE/GUARDIÁN #2)**

**First Name:** \_\_\_\_\_ **Middle Name:** \_\_\_\_\_ **Last Name:** \_\_\_\_\_  
(Primer nombre) (Inicial Segundo nombre) (Apellido)

**Resides in household:**  **Yes**  **No**  
(Reside en la casa) (Si) (No)

**Educational Level:**  **Less than High School**  **High School**  **Bachelor's Degree**  
(Grado de Nivel Educacional) (Menos del Bachillerato) (Bachillerato) (Licenciatura)

**Post Graduate Degree** (Licenciatura de Post Graduado)

**Mailing Address:** \_\_\_\_\_ **Home Phone** (Telefono de casa) ( ) \_\_\_\_\_  
(Direcci3n de Correo) **Work Phone** (Telefono de trabajo): ( ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Cell Phone** (Telefono celular): ( ) \_\_\_\_\_

**E-Mail Address** (Correo Electronico): \_\_\_\_\_

**Relationship to Student** (Relacion con el Estudiante): \_\_\_\_\_

**Employer Name:** \_\_\_\_\_ **Employer Phone:** ( ) \_\_\_\_\_  
(Nombre del Empleador) (Telefono del Empleador)

**Employer Address:** \_\_\_\_\_  
(Direccion del Empleador)

**Custodial Parent:**  **Yes**  **No**  
(Padre con custodia) (Si) (No)

**Receive Correspondence from School:**  **Yes**  **No**  
(Recibe Correspondencia de la Escuela) (Si) (No)

**Note: A non-custodial parent is entitled to receive correspondence from the school district.**  
(Nota: Un padre sin custodia tiene derecho a recibir correspondencia del distrito)

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS**  
**STUDENT REGISTRATION PACKET**  
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION – OTHER THAN PARENTS/GUARDIANS**  
(INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA– DIFERENTE DE PADRES/GUARDIANES)

**First Name:** \_\_\_\_\_ **Middle Name:** \_\_\_\_\_ **Last Name:** \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

**Gender:**  **Male**  **Female**  
(Sexo) (Masculino) (Femenino)

**Resides in Household:**  **Yes**  **No**  
(Reside en la casa) (Si) (No)

**Mailing Address:** \_\_\_\_\_ **Home Phone (Telefono de casa):** ( ) \_\_\_\_\_  
(Dirección de Correo) **Work Phone (Telefono de trabajo):** ( ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Cell Phone (Telefono celular):** ( ) \_\_\_\_\_

**E-Mail Address (Correo Electronico):** \_\_\_\_\_

**Relationship to Student (Relacion con el Estudiante):** \_\_\_\_\_

**EMERGENCY CONTACT INFORMATION – OTHER THAN PARENTS/GUARDIANS**  
(INFORMACIÓN DEL CONTACTO DE EMERGENCIA– DIFERENTE DE PADRES/GUARDIANES)

**First Name:** \_\_\_\_\_ **Middle Name:** \_\_\_\_\_ **Last Name:** \_\_\_\_\_  
(Primer Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

**Gender:**  **Male**  **Female**  
(Sexo) (Masculino) (Femenino)

**Resides in Household:**  **Yes**  **No**  
(Reside en la casa) (Si) (No)

**Mailing Address:** \_\_\_\_\_ **Home Phone (Telefono de casa):** ( ) \_\_\_\_\_  
(Dirección de Correo) **Work Phone (Telefono de trabajo):** ( ) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ **Cell Phone (Telefono celular):** ( ) \_\_\_\_\_

**E-Mail Address (Correo Electronico):** \_\_\_\_\_

**Relationship to Student (Relacion con el Estudiante):** \_\_\_\_\_

PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS  
STUDENT REGISTRATION PACKET  
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)

Student Name/Nombre del Estudiante

FOSTER CARE INFORMATION/INFORMACIÓN DEL ORFANATO

IS THE STUDENT CURRENTLY A FOSTER CHILD? Yes  No

ES EL ESTUDIANTE ACTUALMENTE UN NIÑO/A DE UN ORFANATO? (SI) (NO)

IS THE HOME A FOSTER CARE AGENCY? Yes  No

(¿ES EL HOGAR UNA AGENCIA FOSTER {QUE CUIDA A NIÑOS}?)

FOSTER CARE AGENCY INFORMATION/ INFORMACIÓN DE LA AGENCIA DEL ORFANATO

AGENCY NAME: \_\_\_\_\_

(NOMBRE DE LA AGENCIA)

ADDRESS: \_\_\_\_\_

(DIRECCIÓN)

CASE WORKER: \_\_\_\_\_

(TRABAJADOR DEL CASO)

TELEPHONE: \_\_\_\_\_

(TELÉFONO)

**Please don't forget to fill out the statement inside the box. No olvide llenar la declaración adentro de la caja.**

I, \_\_\_\_\_ (name of parent/guardian completing registration packet), hereby attest that the information

Yo, ..... (nombre del padre/guardián completando el paquete de registraci3n), doy fe que la

\_\_\_\_\_  
Name of parent/Guardian (Nombre del

\_\_\_\_\_  
Date

### IDENTIFICATION & RECRUITMENT PARENT SURVEY

The Migrant Education Program (MEP) is authorized by Title I, Part C of the Elementary and Secondary Education Act (ESEA). The MEP provides a variety of educational services to families who work in agriculture, **regardless of their nationality or legal status**. This program is **free of charge** to all eligible families and may include tutoring, free school lunch eligibility, educational field trips, summer programs, parent involvement activities, emergency needs and referrals to other services as needed.

**Please take a few minutes to complete this questionnaire.**

Has anyone in your family worked or looked for work at the following occupations during the past 3 years?

- Any agricultural, farm, or fishing work (such as hay, dairy, fruit or vegetable crops, poultry, fishing, nursery/greenhouse, etc.)
- Work related to logging, harvesting, or initial processing of trees.
- Work at a food processing plant, (such as meat or poultry processing plants, packing fruits or vegetables, etc.)



**If you answered YES, please provide your contact information below:**

Parent/Guardian Name: \_\_\_\_\_

Home address: \_\_\_\_\_

Telephone number: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Best time to be reached: \_\_\_\_\_ AM/PM

Previous Address: \_\_\_\_\_

Student name: \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Student name: \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

To submit this referral please email to [migranteducation@esboces.org](mailto:migranteducation@esboces.org), or fax to 631-240-8912, or by mail to Long-Island-METRO Migrant Education Program- 969 Roanoke House Avenue, Riverhead, NY. 11901.

**OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES**

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, **sin importar su nacionalidad o estado legal**. Este programa **es gratuito** para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de involucramiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

**Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.**

**¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?**

- Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



**Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:**

Nombre del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Mejor tiempo para ser contactado \_\_\_\_\_ AM/PM

Dirección anterior: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Para someter este referido, por favor enviarlo por correo electrónico a [migranteducation@esbooces.org](mailto:migranteducation@esbooces.org), o enviar un fax al No. 631-240-8912, o enviarlo por correo al Programa de Educación para Migrantes de Long-Island-METRO, 969 Roanoke Avenue, Riverhead, NY. 11901.

Nombre del distrito o de la organización que envía el referido \_\_\_\_\_

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS  
STUDENT REGISTRATION PACKET  
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

**Elementary Report Card-Spanish Translation Survey/ENCUESTA SOBRE REPORTE DE CALIFICACIONES EN ESPAÑOL**

The Patchogue-Medford School District has implemented elementary report cards in a portrait style layout, which provides improved Parent Portal viewing and allows for Spanish language translations. *(El Distrito Escolar de Patchogue-Medford ha implementado el REPORTE de CALIFICACIONES de las escuelas primarias. Dichos reportes los podrá visualizar en español con su cuenta de usuario del "Portal de Padres eSchool" de la página en internet [www.pmschools.org](http://www.pmschools.org) )*

Please indicate below, whether or not you would like to receive elementary report cards translated in Spanish. **Only one survey needed per household.** *(Por favor, indique en la parte de abajo con Sí o No para recibir el reporte de calificaciones de la escuela de su hijo(a) traducida al español. Solo una encuesta por familia es necesario.)*

- Yes. I would like my child's report card translated to Spanish. *(Spanish and English report cards will be provided)* (Sí, me gustaría recibir el reporte de calificaciones en español. *(Incluyendo el reporte en Inglés)*)
- No. I do not need translation at this time. *(No, yo no necesito traducción al español en este momento)*

**Please fill out the following information (Favor de completar la información):**

*(Please include all students in household (Favor, de incluir todos los estudiantes que viven actualmente con usted y van a una escuela del Distrito Patchogue-Medford):*

|   |   |
|---|---|
| Parent First Name (Primer Nombre del padre o tutor):  | Parent Last Name(Apellido del padre o tutor): |
| Household Name (If different from above) (Apellido principal del hogar (si es diferente al suyo): |   |
| Contact Phone Number (Número de teléfono(s) de contacto):   |   |
| Student Name (Nombre(s) de estudiante(s):   | Grade (Grado)                                 |
|   |   |
|   |   |
|   |   |
|   |   |

Parent Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_  
*(Firma del Padre o Tutor) (Fecha)*

**For Building Use Only (PARA USO INTERNO SOLAMENTE)**

|   |                 |
|---|-----------------|
| Submitted by:<br>Name: _____  | Location: _____ |
| Please forward completed survey to Technology Department.<br><b>PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS</b> |                 |

(FRONT)

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS  
STUDENT REGISTRATION PACKET  
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

**REGISTRATION QUESTIONS/PREGUNTAS DE REGISTRACION**

Student Name: \_\_\_\_\_  
(Nombre de el Alumno)

DOB: \_\_\_\_\_  
(Fecha de Nacimiento)

Prior School Enrollment: \_\_\_\_\_  
(Distrito Anterior en donde estaba Inscrito)

\*Birth City/State: \_\_\_\_\_  
(Lugar de Nacimiento (Ciudad/Estado))

\*Birth Country: \_\_\_\_\_  
(País de Nacimiento)

**\*Providing the Information above is not required, the information requested will be only used to determine whether the child may be eligible for programs offered in the district that provide enhanced instructional opportunities for immigrant children and youth.** *La informacion de arriba no es requerida, pero es necesaria e importante para determinar si el estudiante puede ser elegible para programas ofrecidos por el distrito escolar, los cuales ayuden a los estudiantes, y que los niños y jovenes Immigrantes puedan recibir oportunidades escolares.*

Does your child receive Special Education Services:  Yes (Sí)  No  
(¿Recibe su hijo(a) Servicios de Educación Especial?)

Does your child receive English as a Second Language Services:  Yes (Sí)  No  
(¿Recibe su hijo(a) Servicios de Inglés como Segundo Idioma?)

Does your child have a parent on active duty in the Armed Forces?  Yes (Sí)  No  
(¿Tiene su hijo(a) a su padre o madre sirviendo en las Fuerzas Armadas?)

If Yes, indicate the date the parent first entered Active Duty: \_\_\_\_\_  
(Si contestó que Sí, indique la fecha cuando ingresó en Servicio Activo)

Has your Child graduated or received a diploma from another school? \_\_\_\_\_  
(Su hijo/a se a graduado o recibido un diploma de alguna otra escuela?)

If Yes, please indicate below: (Si la respuesta es si, indíquelo abajo)

\_\_\_\_\_



**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS  
STUDENT REGISTRATION PACKET  
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

**MEDIA/INTERNET PUBLICATION**

During the course of the year the opportunity may arise for various students to be photographed by local newspapers, radio and television stations or included in the District's own publications, including the District web site. *(Durante el curso del año la oportunidad puede surgir para que varios estudiantes sean fotografiado por estaciones locales de la prensa, radio y televisión o incluidos en las publicaciones del distrito, incluyendo el sitio web del distrito.)*

We understand that some parents may request that their child's image, likeness or other information about their child not be included in these publications. *(Entendemos que algunos padres pueden solicitar que la imagen de su hijo/a, semejanza u otra información sobre sus hijos no se incluya en estas publicaciones.)*

Please fill out the form below indicating your preference. *(Por favor llene el siguiente formulario indicando su preferencia.)*

(Please print. A separate form must be used for each child). *(Por favor escriba un formulario separado para cada niño/a).*

\_\_\_\_\_  
Student Name/ Nombre del Estudiante

\_\_\_\_\_  
Grade/Grado

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Name/ Nombre del Padre/ Tutor

\_\_\_\_\_ I grant permission for my child to be photographed for use in District publications, including, but not limited to, publication on the District web site, videos, newspapers, or television. *(Concedo permiso a mi hijo/a ser fotografiado para uso en publicaciones del distrito, incluyendo, pero no limitado a, la publicación en el distrito sitio web, videos, periódicos o televisión.)*

\_\_\_\_\_ Please do not photograph or otherwise use my child's photograph or image in District publications, including, but not limited to, publication on the District web site, videos, newspapers, or television. *(Por favor no fotografiar utilizar a mi hijo/a ni tampoco utilizar la imagen de mi hijo en en publicaciones del distrito, incluyendo pero no limitado a, publicación en el sitio web del distrito, videos, periódicos o televisión.)*

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature/ Firma del Padre/ Tutor

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

This form must be returned to your child's school immediately. If we do not receive this form back, we will assume that you have not granted the District permission to photograph or use your child's photograph or image in District publications. *(Este formulario debe enviarse a la escuela de su hijo/a inmediatamente. Si no recibimos este formulario nuevo, suponemos que no ha concedido el permiso de tomarles fotod a su hijo o que la imagen de su hijo sea utilizada en publicaciones del distrito. Nuevas formas de lanzamiento de la foto no se requiere cada año escolar.)*

New photo release forms will not be required each school year. This form will be kept on file in the District at the office of your child's school. Should you desire to change your child's status as set forth above, please notify the building Principal. *(Este formulario se mantendrá en el archivo en el distrito en la oficina de la escuela de su hijo/a. Si usted desea cambiar el estado de su hijo tal como se establece anteriormente, por favor notifique al principal de la escuela.)*

**PAGE LEFT INTENTIONALLY BLANK**

PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS  
STUDENT REGISTRATION PACKET  
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)

EMERGENCY HEALTH INFORMATION/INFORMACION DE SALUD EN CASO DE EMERGENCIA

FIRST NAME: \_\_\_\_\_  
(Primer nombre)

MIDDLE NAME: \_\_\_\_\_  
(Inicial Segundo nombre)

LAST NAME: \_\_\_\_\_  
(Apellido)

Family Physician: \_\_\_\_\_  
(Nombre del Doctor)

Phone: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
(Telefono)

Address: \_\_\_\_\_  
(Direccion)

DOES YOUR CHILD HAVE ANY SPECIAL HEALTH PROBLEMS (*including allergies, asthma, or medications*): (Tiene su niño algun problema especial de salud (incluyendo alergias, asma o medicamentos))

---

---

Does the child wear glasses/contact lenses?  
(Se pone el niño espejuelos o lentes de contacto?)

Yes  
(Si)

No  
(No)

If at any time the above information must be changed, I will notify the school in writing.  
(Si en cualquier momento la información anterior debe ser cambiada, tiene que notificar a la escuela por escrito.)

Signature of Parent/Guardian \_\_\_\_\_  
(Firma del Padre/Tutor)

Date \_\_\_\_\_  
(Fecha)

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS**  
**STUDENT REGISTRATION PACKET**  
**(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

**STATEMENT OF INTENT TO OBTAIN PHYSICAL EXAMINATION FOR NEW ENTRANTS**  
*DECLARACIÓN DE INTENCION PARA OBTENER EL EXAMEN FÍSICO PARA LOS NUEVOS ENTRANTES A LA ESCUELA*

**The New York State Education Law, Article 19, Sections 903 and 904, and school district policy, require that students in prekindergarten through twelfth grade entering the district for the first time, submit documentation that a physical examination has been conducted. This examination may be provided by your health care provider or by our school physicians.**

*(La ley de educación del estado de Nueva York, artículo 19, apartados 903 y 904 y política del distrito escolar, requieren que los estudiantes de pre-kinder hasta 12 grado entrando en el distrito por primera vez, deben presentar documentación que se han realizado un examen físico. Este examen puede ser proporcionado por su proveedor de atención médica o por nuestros médicos de la escuela.)*

**Please indicate your preference below:**

*(Por favor indique su preferencia a continuación)*

\_\_\_\_\_ **Health Care Provider (at your expense)** *(Proveedor de cuidado de la salud (por su cuenta)/ Doctor privado)*

\_\_\_\_\_ **School Physicians** *(Doctor de la escuela)* **(THIS OPTION DOES NOT APPLY TO UPK STUDENTS)**  
**(ESTA OPCIÓN NO APLICA PARA ESTUDIANTES UPK)**

**I understand that my child may be excluded from school if documentation of a physical examination is not presented to the school within fifteen (15) calendar days of today or if my child has not been examined by a school-appointed physician (at no expense to me).**

*(Entiendo que mi hijo puede ser excluido de la escuela si la documentación de un examen físico no se presenta a la escuela dentro de quince 15 días calendario de hoy o si mi hijo/a no ha sido examinado por un médico designado por la escuela.)*

**Student's Name:** \_\_\_\_\_

*(Nombre del estudiante)*

**Signature of Parent/Guardian** \_\_\_\_\_

*(Firma del padre/ Tutor)*

**Date:** \_\_\_\_\_

*(Fecha)*

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS  
STUDENT REGISTRATION PACKET  
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

**HEALTH HISTORY INFORMATION**

**CHILD'S NAME:** \_\_\_\_\_

| <b>HAS STUDENT HAD:</b><br>(Ha Tenido El Estudiante)        | <b>Y/N</b><br>(Si/No) | <b>IF SO, WHEN?</b><br>(Si Tuvo, Cuando?) | <b>HAS STUDENT HAD:</b><br>(Ha Tenido El Estudiante)               | <b>Y/N</b><br>(Si/No) | <b>IF SO, WHEN?</b><br>(Si Tuvo, Cuando?) |
|---|-----------------------|---|--|-----------------------|---|
| <b>Anemia</b><br>(Transformo de anemia)                     | —                     | —   | <b>Measles</b><br>(Sarampion)                                      | —                     | —   |
| <b>Arthritis</b><br>(Artritis)                              | —                     | —   | <b>Meningitis</b><br>(Meningitis)                                  | —                     | —   |
| <b>Asthma</b><br>(Asma)                                     | —                     | —   | <b>Migraines</b><br>(Migranas)                                     | —                     | —   |
| <b>Cardiac Disorder</b><br>(Desorden Cardiac)               | —                     | —   | <b>Mumps</b><br>(Paperas)  | —                     | —   |
| <b>Chicken Pox</b><br>(Varicela)                            | —                     | —   | <b>Operations</b><br>(Operaciones)                                 | —                     | —   |
| <b>Diabetes (Type 1)</b><br>(Diabetes-Tipo 1)               | —                     | —   | <b>Orthopedic Disorder</b><br>(Disorden Ortopedico)                | —                     | —   |
| <b>Diabetes (Type 2)</b><br>(Diabetes-Tipo 2)               | —                     | —   | <b>Pneumonia</b><br>(Neumonia)                                     | —                     | —   |
| <b>Ear Disorder</b><br>(Transformo en el oido)              | —                     | —   | <b>Rheumatic Fever</b><br>(Fiebre Reumatica)                       | —                     | —   |
| <b>Elevated Cholesterol</b><br>(Colesterol Elevado)         | —                     | —   | <b>Scarlet Fever</b><br>(Feibre Escarlata)                         | —                     | —   |
| <b>German Measles</b><br>(Sarampion Aleman)                 | —                     | —   | <b>Siezure Disorder</b><br>(Desorden de Convulciones)              | —                     | —   |
| <b>Head Injury</b><br>(Lesiones en la cabeza)               | —                     | —   | <b>Lyme Disease</b><br>(Enfermedad De Lymes)                       | —                     | —   |
| <b>Concussion</b><br>(Contusion)                            | —                     | —   | <b>Tuberculosis</b><br>(Tuberculosis)                              | —                     | —   |
| <b>High/Low Blood Pressure</b><br>(Probelmas de la precion) | —                     | —   | <b>Urinary Disorder</b><br>(Transformo Urinario)                   | —                     | —   |
| <b>Hives</b><br>(Ronchas)                                   | —                     | —   | <b>Abdominal/Bowel Disorder</b><br>(Trastomo Abdominal/Intestinal) | —                     | —   |
| <b>Eczema</b><br>(Eczema)                                   | —                     | —   |  |                       |   |

**PLEASE COMPLETE NEXT PAGE.**  
**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS**  
**STUDENT REGISTRATION PACKET**  
**(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

**HEALTH HISTORY INFORMATION**

**Allergies:** \_\_\_\_\_  
(Alergias) \_\_\_\_\_

**Bee Stings** \_\_\_\_\_  
(Picadas de abeja) \_\_\_\_\_

**Food** \_\_\_\_\_  
(Comida) \_\_\_\_\_

**Medication** \_\_\_\_\_  
(Medicamento) \_\_\_\_\_

**Other:** \_\_\_\_\_  
(Otro) \_\_\_\_\_

**Presents with:**  
(Precenta con)

**Is the student taking any medications?** Yes(Si) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ if yes, what? \_\_\_\_\_  
¿Esta tomando el estudiante algun medicamento?

**May the student participate in a regular unlimited physical education program? Yes(Si) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**  
¿Puede el estudiante participar en el programa de educacion fisica sin limitaciones?

**If no, please explain:**  
Si no, Por favor explique:

**Is there any special information, physical or emotional, concerning the student the school should be aware of that would help in the protection of general health during the period of school years?**  
¿Hay alguna informacion especial o emicional, con respecto a el estudiante de la cual la escuela debe estar coeciente para ayudarte o a proteger con la salud general durante el periodo de los años escolares?

**Yes(Si) \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_**  
**If so, what?** ( ¿ Si contesto "Si", indique cual?)

**Parent's Signature** \_\_\_\_\_  
(Firma del padre/guardian)

**Date** \_\_\_\_\_  
(Fecha)

**PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS  
STUDENT REGISTRATION PACKET  
(PAQUETE DE REGISTRACIÓN DEL ESTUDIANTE)**

|   |
|---|
| <b>AUTHORIZATION FOR RELEASE OF STUDENT RECORDS/<br/>AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE EXPEDIENTES DEL ESTUDIANTE</b> |
|---|

**Student's Name:** \_\_\_\_\_ **DOB:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_  
*El nombre del estudiante* *Fecha de nacimiento* *Fecha*

**Authorization is granted to the undersigned for the release of all official records, files and data directly related to the student named to** *(La autorización se concede al suscrito para la liberación de todos los registros, archivos y datos directamente relacionados con el estudiante nombrado a):*

|                          |  |                          |  |                          |  |
|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Barton Elementary School<br>199 Barton Avenue<br>Patchogue, NY 11772<br>631-687-6900; FAX 631-687-6905 | <input type="checkbox"/> | Medford Elementary School<br>281 Medford Avenue<br>Patchogue, NY 11772<br>631-687-8300; FAX 631-687-8340 | <input type="checkbox"/> | Saxton Middle School<br>121 Saxton Street<br>Patchogue, NY 11772<br>631-687-6700; FAX 631-687-6740           |
| <input type="checkbox"/> | Bay Elementary School<br>114 Bay Avenue<br>Patchogue, NY 11772<br>631-687-6950; FAX 631-687-6990       | <input type="checkbox"/> | River Elementary School<br>46 River Avenue<br>Patchogue, NY 11772<br>631-687-8350; FAX 631-687-8370      | <input type="checkbox"/> | South Ocean Middle School<br>225 S. Ocean Avenue<br>Patchogue, NY 11772<br>631-687-6600; FAX 631-687-6640    |
| <input type="checkbox"/> | Canaan Elementary School<br>59 Fry Boulevard<br>Patchogue, NY 11772<br>631-687-8100; FAX 631-687-8140  | <input type="checkbox"/> | Tremont Elementary School<br>143 Tremont Avenue<br>Medford, NY 11763<br>631-687-8700; FAX 631-687-8740   | <input type="checkbox"/> | Patchogue-Medford High School<br>181 Buffalo Avenue<br>Medford, NY 11763<br>631-687-6500; FAX 631-687-6597   |
| <input type="checkbox"/> | Eagle Elementary School<br>1000 Wave Avenue<br>Medford, NY 11763<br>631-687-8150; FAX 631-687-8190     | <input type="checkbox"/> | Oregon Middle School<br>109 Oregon Avenue<br>Medford, NY 11763<br>631-687-6800; FAX 631-687-6840         | <input type="checkbox"/> | Central Registration-Saxton MS<br>121 Saxton Street<br>Patchogue, NY 11772<br>631-687-6430; FAX 631-687-6433 |

**Records from previous school:** (registros de la escuela anterior):

**School (Colegio):** \_\_\_\_\_ **Phone Number:** \_\_\_\_\_

**Address (Direccion):** \_\_\_\_\_

**Authorization is granted by** *(La autorización se concede por) :*

\_\_\_\_\_  
**Signature of Parent/Guardian** *(Firma del padre / tutor)*

\_\_\_\_\_  
**Print Name of Parent/Guardian** *(Imprimir Nombre del padre / tutor)*

**Relationship (Relacion):** \_\_\_\_\_ **Telephone (Telefono)** \_\_\_\_\_

**Address (Direccion):** \_\_\_\_\_

**PAGE LEFT INTENTIONALLY BLANK**



**OFFICE OF CENTRAL REGISTRATION  
PATCHOGUE-MEDFORD SCHOOLS**

The information provided by you will be used by the Board of Education to determine whether a pupil is entitled to a free education in this school district. **Every question must be answered or the Affidavit will not be considered.**

**Patchogue-Medford Public Schools  
Sworn Affidavit of Landlord**

State of New York)  
County of Suffolk) SS:

I, \_\_\_\_\_, of full age, being duly sworn deposes and says:

1. I am the **owner** of the property located at \_\_\_\_\_  
in the Patchogue-Medford School District. This property is identified on the Suffolk County Tax Map as:

**District** \_\_\_\_\_ **Section** \_\_\_\_\_ **Block** \_\_\_\_\_ **Lot** \_\_\_\_\_.

2. \_\_\_\_\_ is a tenant and has been a tenant at the above premises since \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_. A true and complete copy of this tenant's lease, if in written form, is **attached** hereto. In the event that the tenant does not have a written lease, the pertinent terms of said lease are as follows:

A. Circle one of the following: **month-to-month** / **year-to-year**

B. Rental Amount: \$ \_\_\_\_\_ per \_\_\_\_\_

C. The following individuals reside at the address above:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

3. I am making this affidavit knowing that the Patchogue-Medford Board of Education will rely on same in determining whether \_\_\_\_\_ will be considered a pupil who is entitled to an education free of charge. (child's name)

4. I \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ do not believe that \_\_\_\_\_ has been a tenant at the above premises. (child's name)

**5. I understand and agree that if any of the statements made by me are willfully false that I may be subject to potential civil as well as criminal prosecution.**

\_\_\_\_\_  
(Landlord)

Sworn and subscribed before me  
this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Notary Public)

**OFICINA DE REGISTRO CENTRAL  
ESCUELAS PATCHOGUE-MEDFORD**

La información proporcionada por usted será utilizada por la Junta de Educación para determinar si un alumno tiene derecho a una educación gratuita en este distrito escolar. **Cada pregunta debe ser respondida o no se considerará la declaración jurada.**

**Escuelas Públicas PATCHOGUE-MEDFORD  
Declaración jurada del propietario / Master Tenant**

Estado de Nueva York)  
Condado de Suffolk) SS:

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, siendo jurado declaro y dijo:

1. Soy el **propietario / inquilino maestro** (por favor circular) de la propiedad ubicada en \_\_\_\_\_ en el distrito escolar PATCHOGUE-MEDFORD. Esta propiedad se identifica en el Mapa del condado de Suffolk Tributaria como:

**Distrito** \_\_\_\_\_ **Sección** \_\_\_\_\_ **Bloque** \_\_\_\_\_ **Lote** \_\_\_\_\_.

2. \_\_\_\_\_ es un inquilino y ha sido un inquilino en las premisas anteriores, ya \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_. Una copia fiel y completa de arrendamiento de este inquilino, si en en forma escrita, se **adjunta al** presente documento. En el caso de que el inquilino no tenga un contrato por escrito, digase que los términos pertinentes de arrendamiento son los siguientes:

A. Circular uno de los siguientes: el **mes a mes / año a año**

B. Alquiler: \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

C. Las siguientes personas que buscan inscribir residen en la dirección arriba:

- |          |          |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

3. Estoy haciendo esta declaración jurada sabiendo que la Junta PATCHOGUE-MEDFORD de Educación se basará en el mismo en determinar si \_\_\_\_\_ será considerado un alumno que tiene derecho a una educación gratuita. (el nombre del niño)

4. Yo \_\_\_\_\_ creo \_\_\_\_\_ no creo que \_\_\_\_\_ ha sido un inquilino en las premisas anteriores. (el nombre del niño)

**5. Entiendo y acepto que si cualquiera de las declaraciones hechas por mí es intencionalmente falsa puedo estar sujeto a responsabilidad civil potencial, así como la persecución penal.**

\_\_\_\_\_  
(Dueño)

Jurado y suscrito ante mí  
Este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
(Notario público)

**REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM  
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR  
IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE**

**Note:** NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

**STUDENT INFORMATION**

|  |  |            |
|--|--|------------|
| Name:  | Affirmed Name (if applicable):   | DOB:       |
| Sex Assigned at Birth: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male | Gender Identity: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Nonbinary <input type="checkbox"/> X |            |
| School:  | Grade:   | Exam Date: |

**HEALTH HISTORY**

If yes to any diagnoses below, check all that apply and provide additional information.

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Allergies</b> | Type:<br><input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached  |
| <input type="checkbox"/> <b>Asthma</b>    | <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other:<br><input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached |
| <input type="checkbox"/> <b>Seizures</b>  | Type: _____ Date of last seizure: _____<br><input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached  |
| <input type="checkbox"/> <b>Diabetes</b>  | Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached                                    |

**Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes:** Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

BMI \_\_\_\_\_ kg/m<sup>2</sup>

**Percentile (Weight Status Category):**  < 5<sup>th</sup>  5<sup>th</sup>- 49<sup>th</sup>  50<sup>th</sup>- 84<sup>th</sup>  85<sup>th</sup>- 94<sup>th</sup>  95<sup>th</sup>- 98<sup>th</sup>  99<sup>th</sup> and >

**Hyperlipidemia:**  Yes  Not Done      **Hypertension:**  Yes  Not Done

**PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT**

|                           |                          |                          |               |  |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--|
| <b>Height:</b>            | <b>Weight:</b>           | <b>BP:</b>               | <b>Pulse:</b> | <b>Respirations:</b>   |
| <b>Laboratory Testing</b> | <b>Positive</b>          | <b>Negative</b>          | <b>Date</b>   | <b>Lead Level</b><br>Required for PreK & K   |
| TB- PRN                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               | <input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 5$ $\mu\text{g}/\text{dL}$ |
| Sickle Cell Screen-PRN    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |               |  |

**System Review Within Normal Limits**

**Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below** (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)

|  |   |  |                                       |   |
|--|---|--|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> HEENT         | <input type="checkbox"/> Lymph nodes    | <input type="checkbox"/> Abdomen         | <input type="checkbox"/> Extremities  | <input type="checkbox"/> Speech           |
| <input type="checkbox"/> Dental        | <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Back/Spine/Neck | <input type="checkbox"/> Skin         | <input type="checkbox"/> Social Emotional |
| <input type="checkbox"/> Mental Health | <input type="checkbox"/> Lungs          | <input type="checkbox"/> Genitourinary   | <input type="checkbox"/> Neurological | <input type="checkbox"/> Musculoskeletal  |

|  |  |              |
|--|--|--------------|
| <input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations: | Diagnoses/Problems (list)                                  | ICD-10 Code* |
| <input type="checkbox"/> Additional Information Attached                 | *Required only for students with an IEP receiving Medicaid |              |

|   |   |   |  |                              |                          |
|---|---|---|--|------------------------------|--------------------------|
| Name:   |   | Affirmed Name (if applicable):  |  | DOB:                         |                          |
| <b>SCREENINGS</b>   |   |   |  |                              |                          |
| Vision & Hearing Screenings Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11  |   |   |  |                              |                          |
| <b>Vision</b>   | <b>With Correction</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <b>Right</b>  | <b>Left</b>  | <b>Referral</b>              | <b>Not Done</b>          |
| Distance Acuity   |   | 20/   | 20/  | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> |
| Near Vision Acuity  |   | 20/   | 20/  |                              | <input type="checkbox"/> |
| Color Perception Screening  | <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail                     |   |  |                              | <input type="checkbox"/> |
| Notes   |   |   |  |                              |                          |
| <b>Hearing</b> Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.   |   |   |  |                              | <b>Not Done</b>          |
| Pure Tone Screening   | <b>Right</b> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail        | <b>Left</b> <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail | <b>Referral</b> <input type="checkbox"/> Yes   |                              | <input type="checkbox"/> |
| Notes   |   |   |  |                              |                          |
| Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7   |   | <b>Negative</b>   | <b>Positive</b>  | <b>Referral</b>              | <b>Not Done</b>          |
|   |   | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>   | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> |
| <b>FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK</b>  |   |   |  |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> <b>*Family cardiac history reviewed</b> – required for Dominick Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act  |   |   |  |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Student may participate in all activities without restrictions.</b>   |   |   |  |                              |                          |
| <b>If Restrictions Apply</b> – Complete the information below   |   |   |  |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Student is restricted from participation in:</b>  |   |   |  |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Contact Sports:</b> Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.   |   |   |  |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Limited Contact Sports:</b> Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.  |   |   |  |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Non-Contact Sports:</b> Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.   |   |   |  |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Other Restrictions:</b>   |   |   |  |                              |                          |
| <b>Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required</b> for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level <b>OR</b> Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level. |   |   |  |                              |                          |
| <b>Tanner Stage:</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V   |   |   |  |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Other Accommodations*:</b> (e.g., brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.) Use additional space below to explain.  |   |   |  |                              |                          |
| *Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.   |   |   |  |                              |                          |
| <b>MEDICATIONS</b>  |   |   |  |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> Order Form for medication(s) needed at school attached   |   |   |  |                              |                          |
| <b>COMMUNICABLE DISEASE</b>   |   |   | <b>IMMUNIZATIONS</b>   |                              |                          |
| <input type="checkbox"/> Confirmed free of communicable disease during exam   |   |   | <input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> Reported in NYSIIS |                              |                          |
| <b>HEALTHCARE PROVIDER</b>  |   |   |  |                              |                          |
| Healthcare Provider Signature:  |   |   |  |                              |                          |
| Provider Name: <i>(please print)</i>  |   |   |  |                              |                          |
| Provider Address:   |   |   |  |                              |                          |
| Phone:  |   |   | Fax:   |                              |                          |
| <b>Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.</b>   |   |   |  |                              |                          |

# 2023-24 School Year

## New York State Immunization Requirements for School Entrance/Attendance<sup>1</sup>

**NOTES:**  
All children must be age-appropriately immunized to attend school in NYS. 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<br>(Day Care, Head Start, Nursery or Pre-K) | Kindergarten and Grades<br>1, 2, 3, 4 and 5   | Grades<br>6, 7, 8, 9, 10<br>and 11                   | Grade<br>12   |
|---|--|---|--|---|
| <b>Diphtheria and Tetanus toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine (DTaP/DTP/Tdap/Td)<sup>2</sup></b>        | <b>4 doses</b>   | <b>5 doses<br/>or 4 doses</b><br>if the 4th dose was received at 4 years or older or<br><b>3 doses</b><br>if 7 years or older and the series was started at 1 year or older | <b>3 doses</b>                                       |   |
| <b>Tetanus and Diphtheria toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine adolescent booster (Tdap)<sup>3</sup></b> | <b>Not applicable</b>  |   | <b>1 dose</b>  |   |
| <b>Polio vaccine (IPV/OPV)<sup>4</sup></b>  | <b>3 doses</b>   | <b>4 doses<br/>or 3 doses</b><br>if the 3rd dose was received at 4 years or older   |  |   |
| <b>Measles, Mumps and Rubella vaccine (MMR)<sup>5</sup></b>   | <b>1 dose</b>  | <b>2 doses</b>  |  |   |
| <b>Hepatitis B vaccine<sup>6</sup></b>  | <b>3 doses</b>   | <b>3 doses<br/>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</b> |  |   |
| <b>Varicella (Chickenpox) vaccine<sup>7</sup></b>   | <b>1 dose</b>  | <b>2 doses</b>  |  |   |
| <b>Meningococcal conjugate vaccine (MenACWY)<sup>8</sup></b>  | <b>Not applicable</b>  |   | <b>Grades<br/>7, 8, 9, 10<br/>and 11:<br/>1 dose</b> | <b>2 doses<br/>or 1 dose</b><br>if the dose was received at 16 years or older |
| <b>Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine (Hib)<sup>9</sup></b>  | <b>1 to 4 doses</b>  | <b>Not applicable</b>   |  |   |
| <b>Pneumococcal Conjugate vaccine (PCV)<sup>10</sup></b>  | <b>1 to 4 doses</b>  | <b>Not applicable</b>   |  |   |

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 9: 10 years; minimum age for grades 10, 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 2023-2024, only doses of Tdap given at age 10 years or older will satisfy the Tdap requirement for students in grades 6 through 9; however, doses of Tdap given at age 7 years or older will satisfy the requirement for students in grades 10, 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 NYS 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 prekindergarten. Two doses are required for grades kindergarten through 12.
  - c. Mumps: One dose is required for prekindergarten. Two doses are required for grades kindergarten through 12.
  - d. Rubella: At least one dose is required for all grades (prekindergarten 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 10: 10 years; minimum age for grades 11 and 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  
Bureau of Immunization  
Room 649, Corning Tower ESP  
Albany, NY 12237  
(518) 473-4437**

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

New York State Department of Health/Bureau of Immunization  
health.ny.gov/immunization

**NOTE TO SCHOOLS/LEAS:** Please assist students and families filling out this form. The form should be included at the top page of registration materials that the district shares with families. Do not simply include this form in the registration packet, because if the student qualifies as residing in temporary housing, the student is not required to submit proof of residency and other required documents that may be part of the registration packet.

## HOUSING QUESTIONNAIRE

Name of LEA: \_\_\_\_\_

Name of School: \_\_\_\_\_

Name of Student: \_\_\_\_\_

Last First Middle

Gender: Male \_\_\_\_\_  
Female \_\_\_\_\_  
Non-binary \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Grade: \_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_  
Month Day Year (preschool-12) (optional)

Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

The answer you give below will help the district determine what services you or your child may be able to receive under the McKinney-Vento Act. Students who are protected under the McKinney-Vento Act are entitled to immediate enrollment in school even if they don't have the documents normally needed, such as proof of residency, school records, immunization records, or birth certificate. Students who are protected under the McKinney-Vento Act may also be entitled to free transportation and other services.

Where is the student currently living? (Please check **one** box.)

- In a shelter
- With another family or other person because of loss of housing or as a result of economic hardship (sometimes referred to as "doubled-up")
- In a hotel/motel
- In a car, park, bus, train, or campsite
- Other temporary living situation (Please describe): \_\_\_\_\_
- In permanent housing

\_\_\_\_\_  
Print name of Parent, Guardian, or  
Student (for unaccompanied homeless youth)

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent, Guardian, or  
Student (for unaccompanied homeless youth)

\_\_\_\_\_  
Date

If **ANY** box other than "In Permanent Housing" is checked, then the student/family should be immediately referred to the MV Liaison. In such cases, **proof of residency** and other documents normally needed for enrollment **are not required** and the **student is to be immediately enrolled**. **After** the student has been enrolled, the district/school must contact the previous district/school attended to request the student's educational records, including immunization records, and the enrolling district's LEA liaison must help the student get any other necessary documents or immunizations.

**NOTE TO SCHOOLS/LEAS:** If the student is **NOT** living in permanent housing, please ensure that a Designation Form is completed.

## INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE HOUSING QUESTIONNAIRE

### Purpose of the Housing Questionnaire

All Local Education Agencies (LEAs) are required to identify students experiencing homelessness. LEAs include school districts, charter schools and BOCES. Additionally, all LEAs that receive Title I funds must ask enrolling students about their housing status. The New York State Education Department (NYSED) encourages all LEAs regardless of whether they receive Title I funds to do the same. To collect this information, LEAs may:

1. Use the Housing Questionnaire attached here,
2. Update/modify the Model Enrollment Form – Housing Questionnaire to address the needs of the LEA, or
3. Incorporate the housing status question from the Model Enrollment Form - Residency Questionnaire into the LEA's Enrollment Form or other documents already used by the LEA during the enrollment process.

If an LEA elects the third option and incorporates the housing status question into the LEA's Enrollment Form, the LEA should take steps to ensure that a student's housing status does not become a part of the student's permanent record, because of the sensitive nature of this information. Please see the section titled "Confidentiality" (below) for information about how and when housing information may be shared within the LEA.

### Who should fill out the Housing Questionnaire?

A Housing Questionnaire should be filled out for all students enrolling in school and for all students who have a change of address in grades preschool-12. "Preschool" includes any LEA administered or funded preschool program, such as a pre-k or Head Start program administered by an LEA. The Housing Questionnaire should be completed by the student's parent, person in parental relation, or in the case of an unaccompanied youth, by the student directly.

### Confidentiality

**Student housing information should be kept confidential to the maximum extent possible. This information should only be shared with LEA/school staff members who need information about housing status to ensure that the student's educational needs are met.** To this end, LEAs may share a student's Housing Questionnaire with LEA personnel such as:

1. the LEA liaison,
2. the registrar,
3. the student's teachers, and/or guidance counselor, and
4. the LEA staff member responsible for reporting data to SED

**However, this information should only be shared with the above staff members to the extent that it will enable them to better meet the educational needs of the student in question and to fulfill reporting requirements mandated by SED.**

Other than the above uses, housing information **should be kept confidential** and **should not be shared** with other LEA/school personnel due to its sensitive nature and the stigma attached to being labeled homeless. LEAs are also encouraged to seek out ways of preventing Housing Questionnaires and housing information from becoming a part of a student's permanent record.

### Discussing the Housing Questionnaire with Students and Families

In reviewing the Housing Questionnaire with parents, persons in parental relation, and unaccompanied youth, LEAs should emphasize that the purpose of gathering the information is to ensure that students in temporary housing arrangements are provided with the rights and services to which they are entitled under the McKinney-Vento Act. These rights and services include:

1. The right to stay in the same school the student had been attending before losing his/her housing or the last school attended (both known as the school of origin),
2. The right to immediate enrollment for students who decide to transfer schools, even if the student does not have all of the documents normally for enrollment,
3. Transportation services if the student continues to attend the school of origin,
4. Categorical eligibility for Title I services if offered in the LEA,
5. Categorical eligibility for free meals if offered in the LEA, and
6. Access to services provided with McKinney-Vento funds if available in the LEA.



The LEA should also ensure that the parent, person in parental relation, unaccompanied youth is aware that the student's housing status will be kept confidential and will only be shared with those LEA staff who are responsible for providing services to the student and those responsible for keeping track of how many students are identified as living in temporary housing in the LEA.

LEAs are advised to explain to parents that if a parent claims that her/his child is living in temporary housing, and the LEA wishes to conduct an investigation to verify this information, the LEA may conduct a home visit. However LEAs **cannot contact a landlord or building superintendent** to verify a student's housing status without prior parental consent. Contacting a landlord or building superintendent without the parent's express prior written permission is a violation of FERPA, a federal law.

### **If the Parent, Person in Parental Relation, or Unaccompanied Youth Declines to Fill Out the Housing Questionnaire**

If the parent, person in parental relation, or unaccompanied youth declines to complete the Housing Questionnaire, the LEA should note on the form that the parent, person in parental relation, or unaccompanied youth declined to provide the information requested.

### **Completing the Form**

If a parent, person in parental relation, or unaccompanied youth enrolling in school indicates that a student is living in one of the five temporary housing arrangements, the school may not require proof to verify where the student is living before enrolling the student. The five temporary housing arrangements are listed below:

1. In a shelter,
2. With another family or other person (sometimes referred to as "doubled-up"),
3. In a hotel/motel,
4. In a car, park, bus, train, or campsite, or
5. Other temporary living situation.

After the student is enrolled and attending classes, the school or LEA is permitted to verify the student's housing arrangements. However, the student must first be enrolled in school. Again, LEAs **cannot not contact a landlord or building superintendent** to verify a student's housing status. (See above for more information.)

### **Definitions of Temporary Housing Arrangements**

*"With another family or other person" (also referred to as "doubled-up")*

LEAs should be aware that students who are sharing the housing of others are eligible for services under the McKinney-Vento Act and State law, if sharing housing is due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason.

*"Other temporary living situation"*

In addition to the four examples of temporary housing, students who lack a "fixed, adequate, and regular" nighttime residence are also covered as homeless under the McKinney-Vento Act and State law. This may include unaccompanied youth who have fled their homes or were forced to leave their homes and who do not otherwise meet the definition of "doubled-up."

*"In permanent housing"*

Permanent housing means that the student's living arrangements are "fixed, regular, and adequate."

### **Next Steps for LEAs with Students Living in Temporary Housing Arrangements**

**If the parent, person in parental relation, or unaccompanied youth indicates that a student is living in temporary housing, the LEA must complete a Designation Form.** If the LEA believes additional information is needed before reaching a final decision on the student's eligibility under McKinney-Vento, enrollment should not be delayed and a Designation Form should still be filled out. For more information about determining eligibility see the National Center on Homeless Education's Determining Eligibility Brief, available at: [http://nche.ed.gov/downloads/briefs/det\\_elig.pdf](http://nche.ed.gov/downloads/briefs/det_elig.pdf).

If a student who is identified as homeless was last permanently housed in a different school district, the district of attendance/local district will be eligible for tuition reimbursement from SED for the cost of educating the student. School districts should complete a STAC-202 form if eligible for tuition reimbursement. For more information about STAC-202 forms contact the STAC Office at 518-474-7116 or NYS-TEACHS at 800-388-2014.

**ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS:** Ofrezca asistencia a los estudiantes y familias para completar este formulario. Este formulario debería de ser incluido como la primera página de los materiales de inscripción que el distrito comparte con familias. No incluya este formulario en el paquete de inscripción sin advertencias apropiadas. Por ejemplo, tendrá que cambiar partes del paquete de inscripción que requieren que se entreguen prueba de inscripción antes de matricular. Estudiantes elegibles según la Ley McKinney-Vento, no necesitan entregar prueba de residencia y otros documentos normalmente requeridos antes de matricular.

## CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género:  Hombre  
 Mujer  
 No Binario

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_

\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año (jardín de infantes – 12) (opcional)

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según la Ley 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 la Ley 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.

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL CUESTIONARIO DE VIVIENDA

### **Finalidad del Cuestionario de Vivienda**

Se requiere que todos los distritos escolares (LEA, por sus siglas en inglés) identifiquen a los estudiantes sin hogar. Entre los distritos, se incluyen los distritos escolares, las escuelas autónomas subsidiadas por el gobierno y las Juntas de Servicios Educativos Cooperativos (BOCES, por sus siglas en inglés). Asimismo, todos los distritos que reciben fondos del Título I deben preguntarles a los estudiantes sobre su situación de vivienda. El Departamento de Educación del Estado de Nueva York (New York State Education Department, NYSED) alienta a todos los distritos a hacer lo mismo, independientemente de si reciben o no fondos del Título I. Para recopilar esta información, los distritos pueden hacer lo siguiente:

1. usar el Cuestionario de Vivienda adjunto aquí;
2. actualizar o modificar el Formulario Modelo de Inscripción - Cuestionario de Vivienda para abordar las necesidades del distrito; o
3. incorporar la pregunta sobre la situación de vivienda del Formulario Modelo de Inscripción - Cuestionario de Residencia en el Formulario de Inscripción del distrito u otros documentos que ya utilicen los distritos en el proceso de inscripción.

En caso de que un distrito elija la tercera opción e incorpore la pregunta sobre la situación de vivienda en el Formulario de Inscripción del distrito, el distrito debería tomar las medidas correspondientes para garantizar que la situación de vivienda del estudiante no forme parte del registro permanente del estudiante dado el carácter confidencial de dicha información. Consulte la sección llamada “Confidencialidad” (más abajo) para obtener información sobre cómo y cuándo se compartirá la información sobre la vivienda dentro del distrito.

### **¿Quiénes deberían completar el Cuestionario de Vivienda?**

Todos los estudiantes que se inscriban en la escuela y todos los estudiantes que cambien de dirección desde jardín de infantes hasta 12.º grado deben completar un Cuestionario de Vivienda. “Jardín de infantes” incluye cualquier programa de jardín de infantes financiado o administrado por el distrito, como preescolar o un programa Head Start administrado por un distrito. El padre, la madre o la persona en relación parental deben completar el Cuestionario de Vivienda o, en el caso de un joven sin acompañamiento, directamente el estudiante debe completarlo.

### **Confidencialidad**

**La información sobre la vivienda del estudiante deberá mantenerse confidencial en la mayor medida posible. Esta información debe compartirse únicamente con miembros del personal de la escuela o del distrito que precisen contar con información sobre la situación de vivienda para asegurarse de que se satisfagan las necesidades educativas del estudiante.** A tal fin, el distrito podrá compartir el Cuestionario de Vivienda del estudiante con personal del distrito, a saber:

1. el enlace del distrito,
2. el funcionario del registro,
3. los maestros o asesores de orientación del estudiante, y
4. el miembro del personal del distrito responsable de informar datos al SED.

**No obstante, esta información debe compartirse únicamente con los miembros del personal mencionados en la medida que les permita satisfacer de una mejor manera las necesidades educativas del estudiante en cuestión y cumplir con los requisitos de informes establecidos por el SED.**

A excepción de los usos mencionados, la información sobre vivienda **debe mantenerse confidencial** y **no debe compartirse** con personal de otras escuelas o distritos debido al carácter de confidencialidad y al estigma asociado a ser catalogado como “sin hogar”. Se invita también a los distritos a buscar distintas maneras de evitar que los Cuestionarios de Vivienda y la información sobre la vivienda pasen a formar parte del registro permanente de un estudiante.

### **Analizar el Cuestionario de Vivienda con Estudiantes y Familias**

En el momento de revisar el Cuestionario de Vivienda con el padre, la madre, personas en relación parental y jóvenes sin acompañamiento, los distritos deben enfatizar que la información se recopila para garantizar que los estudiantes que poseen acuerdos de hogar temporal gocen de los derechos y servicios que se les otorgaron en virtud de la Ley McKinney-Vento. Los derechos y servicios incluyen lo siguiente:

1. el derecho a permanecer en la misma escuela a la que asistía el estudiante antes de perder su vivienda o en la última escuela a la que asistió (ambas conocidas como escuela de origen);
2. el derecho a inscripción inmediata para aquellos estudiantes que deciden cambiar de escuela, incluso si el estudiante no cuenta con todos los documentos que normalmente se exigirían para la inscripción;
3. servicios de transporte, en caso de que el estudiante siga asistiendo a la escuela de origen;
4. elegibilidad categórica para servicios del Título I, en caso de que se ofrezcan en el distrito;
5. elegibilidad categórica para comidas gratuitas, en caso de que se ofrezcan en el distrito; y

6. acceso a los servicios prestados con fondos de McKinney-Vento, en caso de estar disponibles en el distrito.

Rev. 9-28-21

Asimismo, el distrito debería asegurarse de que el padre, la madre, la persona en relación parental o el joven sin acompañamiento sepan que la situación sobre la vivienda del estudiante se mantendrá confidencial y que solo se compartirá con el personal del distrito que sea responsable de prestar los servicios al estudiante y con los responsables de llevar un registro de la cantidad de estudiantes que se encuentran identificados como residentes en hogares temporales en el distrito.

Se recomienda a los distritos explicarles al padre o a la madre que, en caso de que el padre o la madre informe que su hijo(a) está viviendo en un hogar temporal, y el distrito quiera realizar una investigación para comprobar esta información, es posible que el distrito haga una visita al hogar. No obstante, el distrito **no puede ponerse en contacto con un propietario o superintendente del edificio** para corroborar la situación de vivienda de un estudiante sin el consentimiento previo del padre o la madre. Ponerse en contacto con un propietario o superintendente del edificio sin el permiso expreso previo y por escrito del padre o la madre constituye una violación de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, por sus siglas en inglés).

### **Si el Padre, la Madre, la Persona en Relación Parental o el Joven Sin Acompañamiento se Niegan a Completar el Cuestionario de Vivienda**

Si el padre, la madre, la persona en relación parental o el joven sin acompañamiento se niegan a completar el cuestionario de vivienda, el distrito debería indicar en el formulario que el padre, la madre o la persona en relación parental o el joven sin acompañamiento, se negaron a brindar la información solicitada.

### **Completar el Formulario**

Si el padre, la madre, la persona en relación parental o el joven sin acompañamiento que realizan la inscripción en una escuela indican que el estudiante está viviendo en uno de los cinco acuerdos de hogares temporales, no será necesario que la escuela verifique dónde está viviendo el estudiante antes de inscribirlo. Los cinco acuerdos de hogares temporales se mencionan a continuación:

1. en un refugio;
2. con otra familia u otra persona (a veces conocido como “vivienda compartida”);
3. en un hotel/motel;
4. en un carro, parque, autobús, tren, o camping; u
5. otra vivienda temporal.

Una vez que el estudiante está inscrito y asiste a clases, la escuela o el distrito pueden corroborar los acuerdos de vivienda del estudiante. No obstante, primero debe inscribirse al estudiante en la escuela. Una vez más, los distritos **no pueden ponerse en contacto con un propietario o superintendente del edificio** para corroborar la situación de vivienda de un estudiante. (Ver arriba para más información.)

### **Definiciones de Acuerdos de Hogar Temporal**

*“Con otra familia u otra persona” (a veces conocido como “vivienda compartida”)*

Los distritos deberían saber que los estudiantes que comparten la vivienda con otros son elegibles para acceder a los servicios establecidos en virtud de la Ley McKinney-Vento y la ley del Estado, en caso de que la situación de vivienda compartida se deba a la pérdida de vivienda, dificultades económicas u otro motivo similar.

*“Otra vivienda temporal”*

Además de los cuatro ejemplos de hogar temporal, los estudiantes que no tienen un lugar de residencia nocturna “fijo, adecuado y regulares” también se encuentran cubiertos bajo la categoría “sin hogar” en virtud de lo establecido en la Ley McKinney-Vento y la ley del Estado. Esto podría incluir a jóvenes sin acompañamiento que huyeron de su hogar o que se vieron obligados a dejar su hogar y que, de otro modo, no se ajustan a la definición de “vivienda compartida”.

*“En un hogar permanente”*

Por hogar permanente se hace referencia a que los acuerdos de hogar del estudiante son “fijos, adecuados y regulares”.

### **Próximos Pasos para los Distritos con Estudiantes que Viven en Acuerdos de Hogar Temporal**

**Si el padre, la madre, la persona en relación parental o el joven sin acompañamiento indican que el estudiante está viviendo en un hogar temporal, el distrito debe completar un Formulario de Designación.** En caso de que el distrito considere que se requiere más información antes de tomar una decisión final sobre la elegibilidad del estudiante en virtud de McKinney-Vento, no debería demorarse la inscripción y debería completarse de todos modos un Formulario de Designación. Para más información sobre cómo se determina la elegibilidad, consulte el documento *Cómo Determinar la Elegibilidad del National Center on Homeless Education* (Centro Nacional de Educación para los Niños y Jóvenes sin Hogar) disponible en: [http://nche.ed.gov/downloads/briefs/det\\_elig.pdf](http://nche.ed.gov/downloads/briefs/det_elig.pdf).

Si el estudiante a quien se identifica como “sin hogar” residía en un hogar permanente en otro distrito escolar, el distrito de asistencia o el distrito local será elegible para acceder a un reembolso de la matrícula por parte del SED por el costo de la educación del estudiante. En caso de resultar elegibles para un reembolso de la matrícula, los distritos escolares deberían completar un formulario STAC-202. Para más información sobre los formularios STAC-202, póngase en contacto con la Oficina de STAC al 518-474-7116 o con NYS-TEACHS al 800-388-2014. Rev. 9-28-21





Lisette Colón-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

## Home Language Questionnaire (HLQ)

*Dear Parent or Guardian:  
In order to provide your child with the best possible education, we need to determine how well he or she understands, speaks, reads and writes in English, as well as prior school and personal history. Please complete the sections below entitled Language Background and Educational History. Your assistance in answering these questions is greatly appreciated. Thank you.*

**Please write clearly when completing this section.**

|   |            |                               |
|---|------------|-------------------------------|
| <b>STUDENT NAME:</b>                            |            |                               |
| _____   |            |                               |
| First   | Middle     | Last                          |
| _____   | _____      | _____                         |
| <b>DATE OF BIRTH:</b>                           |            | <b>GENDER:</b>                |
| _____   |            | <input type="checkbox"/> Male |
| Month   | Day        | Year                          |
| _____   | _____      | _____                         |
| <b>PARENT/PERSON IN PARENTAL RELATION INFO:</b> |            |                               |
| _____   |            |                               |
| _____   | _____      | _____                         |
| Last Name                                       | First Name | Relation to Student           |

HOME LANGUAGE CODE

|       |
|-------|
| _____ |
|-------|

### Language Background (Please check all that apply.)

|  |                                      |                                |   |
|--|--------------------------------------|--------------------------------|---|
| 1. What language(s) is(are) spoken in the student's home or residence? | <input type="checkbox"/> English     | <input type="checkbox"/> Other | _____   |
|  |                                      |                                | <i>specify</i>                                |
| 2. What was the first language your child learned?                     | <input type="checkbox"/> English     | <input type="checkbox"/> Other | _____   |
|  |                                      |                                | <i>specify</i>                                |
| 3. What is the Home Language of each parent/guardian?                  | <input type="checkbox"/> Mother      | _____                          | <input type="checkbox"/> Father               |
|  |                                      | <i>specify</i>                 | <i>specify</i>                                |
|  | <input type="checkbox"/> Guardian(s) | _____                          | _____   |
|  |                                      |                                | <i>specify</i>                                |
| 4. What language(s) does your child understand?                        | <input type="checkbox"/> English     | <input type="checkbox"/> Other | _____   |
|  |                                      |                                | <i>specify</i>                                |
| 5. What language(s) does your child speak?                             | <input type="checkbox"/> English     | <input type="checkbox"/> Other | _____ <input type="checkbox"/> Does not speak |
|  |                                      |                                | <i>specify</i>                                |
| 6. What language(s) does your child read?                              | <input type="checkbox"/> English     | <input type="checkbox"/> Other | _____ <input type="checkbox"/> Does not read  |
|  |                                      |                                | <i>specify</i>                                |
| 7. What language(s) does your child write?                             | <input type="checkbox"/> English     | <input type="checkbox"/> Other | _____ <input type="checkbox"/> Does not write |
|  |                                      |                                | <i>specify</i>                                |

### THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

|                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <b>SCHOOL DISTRICT INFORMATION:</b> | <b>STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:</b> |
| _____                               | _____   |
| District Name (Number) & School     | Address   |

## Home Language Questionnaire (HLQ)—Page Two

| <b>Educational History</b>  |  |
|---|--|
| 8. Indicate the total number of years that your child has been enrolled in school _____   |  |
| 9. Do you think your child may have any difficulties or conditions that affect his or her ability to understand, speak, read or write in English or any other language? If yes, please describe them. |  |
| Yes* <input type="checkbox"/>   | No <input type="checkbox"/> Not sure <input type="checkbox"/> *If yes, please explain: _____ |
| How severe do you think these difficulties are? <input type="checkbox"/> Minor <input type="checkbox"/> Somewhat severe <input type="checkbox"/> Very severe  |  |
| 10a. Has your child ever been <u>referred</u> for a special education evaluation in the past? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes* *Please complete 10b below                    |  |
| 10b. *If referred for an evaluation, has your child ever <u>received</u> any special education services in the past?  |  |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes – Type of services received: _____   |  |
| Age at which services received (Please check all that apply):   |  |
| <input type="checkbox"/> Birth to 3 years (Early Intervention) <input type="checkbox"/> 3 to 5 years (Special Education) <input type="checkbox"/> 6 years or older (Special Education)                |  |
| 10c. Does your child have an Individualized Education Program (IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes   |  |
| 11. Is there anything else you think is important for the school to know about your child? (e.g., special talents, health concerns, etc.)   |  |
|   |  |
|   |  |
| 12. In what language(s) would you like to receive information from the school? _____  |  |

|  |              |            |             |
|--|--------------|------------|-------------|
| _____<br><i>Signature of Parent or of Person in Parental Relation</i>  | Month: _____ | Day: _____ | Year: _____ |
| _____<br><i>Date</i>   |              |            |             |
| Relationship to student: <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other: _____ |              |            |             |

| 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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes   |   |
| **DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____<br><small>MO. DAY YR.</small>  | OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL<br><input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT<br><input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM                               |
| NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL  |   |
| NAME: _____  | POSITION: _____   |
| DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____<br><small>MO. DAY YR.</small>   | PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING |
| FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION: |   |
|  |   |





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

### 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

