

**MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT**  
**REQUISITOS PARA LA INSCRIPCIÓN**  
25 N BICYCLE PATH SELDEN NY 11784 TELÉFONO: 631-285-8890  
CERRADO LOS VIERNES DE JULIO Y AGOSTO

- **Original o fotocopia del documento que acredite la edad.**

Ejemplos:

- Certificado de nacimiento
- Licencia de conducir
- Pasaporte
- Certificado de bautismo
- Identificación emitida por el estado u otro gobierno
- Identificación con foto de la escuela con fecha de nacimiento
- Tarjeta de identificación consular
- Registros hospitalarios o de salud
- Tarjeta de identificación de dependiente militar
- Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales
- Documento tribal de los nativos americanos
- Órdenes judiciales u otros documentos emitidos por el tribunal

- **Número de fax o dirección de correo electrónico de la escuela anterior y documento de transferencia o retiro de la escuela anterior**
- **Expediente académico para estudiantes de secundaria**
- **Comprobante de residencia en el Distrito Escolar Central de Middle Country.**

**PROPIETARIOS:**

**Uno (1) de los siguientes artículos:**

Estado de cuenta de la hipoteca, escritura, factura de impuestos sobre la propiedad o título

**Dos (2) de los siguientes artículos actuales:**

Factura de servicios públicos, formulario de impuestos sobre la renta, registro de votante, factura de seguro, estado de cuenta bancario, identificación emitida por el estado o el gobierno, licencia de conducir, permiso de aprendiz o identificación de no conductor, talón de pago, factura de teléfono, factura de petróleo, declaración del departamento de servicios sociales (DSS) o otros documentos originales que evidencien la residencia.

**INQUILINOS:**

**Uno (1) de los siguientes artículos**

Contrato de arrendamiento, declaración jurada del propietario (notariada), declaración del propietario (notarización opcional) o declaración de un tercero no jurado, o una declaración jurada de residencia (notariada).

**Uno (1) de los siguientes artículos actuales:**

Factura de servicios públicos, formulario de impuestos sobre la renta, registro de votante, factura de seguro, estado de cuenta bancario, identificación emitida por el estado o el gobierno, licencia de conducir, permiso de aprendiz o identificación de no conductor, talón de pago, factura de teléfono, factura de aceite, declaración DSS o otros documentos originales que evidencien la residencia.

- **Registro de vacunación:** Un certificado de vacunación firmado o sellado con membrete del médico o un registro de salud firmado por una escuela anterior que indique las fechas específicas de las cantidades. (Consulte las vacunas requeridas para los estudiantes).
- **Identificación con foto del padre/tutor**
- **Documentación de custodia, si corresponde.**
- **Copias del plan de educación individualizada (IEP) o 504 si corresponde**



**INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

STUDENT ID #	Apellido		Primer Nombre		Segundo Nombre		Sexo	Fecha de Nacimiento	
	Ciudad natal		Estado	País					
BUILDING	<b>INFORMACIÓN ÉTNICA Y RAZA DEL NIÑO</b>								
	Por favor responda la pregunta de dos partes.					¿El niño es hispano o latino?		SI	NO
	Por favor indique cualquier raza que aplique, seleccione una o más.					B - Moreno o Afroamericano			
	P - Nativo de Hawái/Otro isleño del Pacífico					W - Blanco			
GRADE	I - Indio americano o nativo de Alaska					A - Asiático			
	<b>INFORMACIÓN ANTERIOR DE LA ESCUELA</b>								
ESL	Última escuela a la que asistió		Nivel de grado		Nombre del distrito				
	Dirección								
SPED	¿Recibe su hijo algún servicio de educación especial?						Si	No	
	<b>COMPLETE SI EL ESTUDIANTE VUELVE A INGRESAR AL DISTRITO ESCOLAR DE MIDDLE COUNTRY</b>								
Última fecha y escuela a la que asistió									

**INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR (donde reside el niño)**

Proof of Residence	Apellido: Padre 1 o Tutor 1		Primer Nombre		<u>Relacion hacia el niño</u>			
	Numero de Celular ( )		Número de Trabajo ( )		<input type="checkbox"/> Padre biológico/adoptivo <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Cuidado de custodia <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Padrastró			
	Correo electrónico:							
	Apellido: Padre 2 o Tutor 2		Primer Nombre		<u>Relacion hacia el niño</u>			
	Numero de Celular ( )		Número de Trabajo ( )		<input type="checkbox"/> Padre biológico/adoptivo <input type="checkbox"/> Guardián legal <input type="checkbox"/> Cuidado de custodia <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Padrastró			
	Correo electrónico:							
	Dirección de residencia							
	CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	
	Dirección postal (si es diferente)						Teléfono de casa ( )	
	¿Se habla un segundo idioma en casa?		Si	No	En caso afirmativo, ¿cuál es el idioma?			
¿La inscripción está relacionada con la falta de vivienda?						Si	No	
<b>SI CORRESPONDE, PROPORCIONE EL NOMBRE, DIRECCIÓN Y NÚMEROS DE TELÉFONO DEL PADRE QUE NO VIVE CON EL NIÑO</b>								
NOMBRE						Número de casa ( )		
CALLE		CIUDAD		ESTADO		CÓDIGO POSTAL	Número de celular ( )	
						Número de trabajo ( )		
¿DEBE ESTE PADRE RECIBIR CORREO ESCOLAR?						Si	No	
						Correo electrónico		

Firma del Padre / Tutor \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



# MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT AT CENTEREACH

Central Registration 25 N Bicycle Path, Selden, NY 11784 Ph: 631-285-8890

Roberta A. Gerold, Ed. D. Superintendent of Schools

## PREVIOUS SCHOOL FAX# or E MAIL \_\_\_\_\_

My Child \_\_\_\_\_ formerly a student in  
Grade \_\_\_\_\_ of your school has been registered in Middle Country Central School District,  
Centereach, NY. Please send the following information to the SCHOOL INDICATED BELOW:

### Cumulative Records

#### A copy of the Permanent Record

All pertinent psychological and testing information which will be of value in placing this student.

#### Current Report Card.

All science labs, if applicable.

All ENL related testing scores, including, NYSESLAT and NYSITELL

Thank you for your cooperation.

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

CENTEREACH HS  
A-F Fax: 631-285-8195  
G-N Fax: 631-285-8225  
O-Z Fax: 631-285-8139

EUGENE AUER MEMEORIAL ELEMENTARY  
17 WING ST  
LAKE GROVE NY 11785  
Ph: 631-285-8500 fax: 631-285-8501

OXHEAD ROAD ELEMENTARY  
144 OXHEAD RD  
CENTEREACH NY 11720  
Ph: 631-285-8700 fax: 631-285-8701

NEWFIELD HS  
GUIDANCE DEPT  
145 MARSHALL DR  
SELDEN NY 11784  
Ph: 631-285-8330 fax: 631-285-8336

HAWKINS PATH ELEMENTARY  
485 HAWKINS RD  
SELDEN NY 11784  
Ph: 631-285-8530 fax: 631-285-8531

STAGECOACH ELEMENTARY  
205 DARE RD  
SELDEN NY 11784  
Ph: 631-285-8730 fax: 631-285-8731

DAWNWOOD MS  
GUIDANCE DEPT  
10 43<sup>RD</sup> STREET  
CENTEREACH NY 11720  
Ph: 631-285-8210  
Email: KMortilla@mccsd.net

HOLBROOK ROAD ELEMENTARY  
170 HOLBROOK AVE  
CENTEREACH NY 11720  
Ph: 631-285-8560 fax: 631-285-8561

UNITY DRIVE KDG CENTER  
11 UNITY DR  
CENTEREACH NY 11720  
Ph: 631-285-8760 fax: 631-285-8761

JERICHO ELEMENTARY SCHOOL  
34 N COLEMAN RD  
CENTEREACH NY 11720  
Ph: 631-285-8600 fax: 631-285-8601

BICYCLE PATH KDG CENTER  
27 N BICYCLE PATH  
SELDEN NY 11784  
Ph: 631-285-8805 fax: 631-285-8801

SELDEN MS  
GUIDANCE DEPT  
22 JEFFERSON AVE  
CENTEREACH NY 11720  
Ph: 631-285-8410 fax: 631-285-8423

NEW LANE MEMORIAL ELEMENTARY  
15 NEW LANE  
SELDEN NY 11784  
NEW LANE MEMORIAL ELEMENTARY  
Ph: 631-285-8900 fax: 631-285-8901

SPECIAL EDUCATION/PUPIL PERSONNEL  
25 N BICYCLE PATH STE. A  
SELDEN NY 11784  
Ph: 631-285-8850 fax: 631-285-8851

CENTRAL REGISTRATION  
centralreg@mccsd.net

NORTH COLEMAN RD ELEMENTARY  
197 N COLEMAN RD  
CENTEREACH NY 11720  
Ph: 631-285-8660 fax: 631-285-8661

The mission of the MCCSD is to empower and inspire all students to apply the knowledge, skills, and attitudes necessary to be creative problem solvers, to achieve personal success, and to contribute responsibly in a diverse and dynamic world.

ESTIMADOS PADRES O TUTORES:

CUANDO SU HIJO/A INGRESA A LA ESCUELA, ESTABLECEMOS UN ARCHIVO DE REGISTRO ACUMULATIVO QUE NOS PERMITE COMPRENDER MEJOR SUS NECESIDADES. DE MÁS ESTÁ DECIR QUE TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LE PEDIMOS QUE RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS EN LETRA IMPRENTA Y DE MANERA PROLIJA. GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

NOMBRE \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_ N.º DE TEL. DEL HOGAR \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_ N.º DE CELULAR \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA \_\_\_\_\_ N.º DE CELULAR \_\_\_\_\_

**LUGAR DE EMPLEO DE LOS PADRES**

PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_ N.º DE TEL. DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

MADRE/TUTORA \_\_\_\_\_ N.º DE TEL. DEL TRABAJO \_\_\_\_\_

MÉDICO AL QUE SE DEBE LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA \_\_\_\_\_ N.º DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

EL TRANSPORTE DE UN NIÑO ENFERMO QUEDARÁ A CARGO DE LOS PADRES O DE LAS PERSONAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE SI HUBIERA ALGUNA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE, LOS PADRES SERÁN LOS RESPONSABLES DE NOTIFICAR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

**FOR OFFICE USE ONLY:**

\_\_\_\_\_ IMMUNIZATION RECORD VERIFIED/ATTACHED

Initials of Central Registration staff member \_\_\_\_\_

**INDIQUE SI SU HIJO/A TIENE ALGUNO DE ESTOS ANTECEDENTES Y DESCRIBA A CONTINUACIÓN:**

ANEMIA \_\_\_\_\_ ASMA \_\_\_\_\_ ALERGIAS \_\_\_\_\_ DIABETES \_\_\_\_\_ EPILEPSIA \_\_\_\_\_  
 ENFERMEDAD CARDÍACA \_\_\_\_\_ ENFERMEDAD RENAL \_\_\_\_\_ TUBERCULOSIS O CONTACTO CON TB \_\_\_\_\_

ENFERMEDADES GRAVES, LESIONES, OPERACIONES \_\_\_\_\_

EXPLICACIÓN DE LO MENCIONADO ANTERIORMENTE: \_\_\_\_\_

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO REGULARMENTE? NO \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_

¿SE LE ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR? NO \_\_\_\_\_ SÍ \_\_\_\_\_

LA LEY DEL ESTADO DE NUEVA YORK REQUIERE QUE LOS PADRES PRESENTEN UNA SOLICITUD POR ESCRITO A LA ESCUELA, LA CUAL DEBE ESTAR ACOMPAÑADA POR UNA SOLICITUD POR ESCRITO DE PARTE DEL MÉDICO, EN LA QUE SE INDIQUE LA FRECUENCIA Y LA DOSIS DEL MEDICAMENTO RECETADO. LOS PADRES DEBEN TRAER ESTE MEDICAMENTO EN UN FRASCO PARA MEDICAMENTOS.

PROBLEMAS DE LA VISTA:	NO _____	SÍ _____	ESPECIFIQUE _____
USA ANTEOJOS	NO _____	SÍ _____	FECHA DEL EXAMEN _____
NOMBRE DEL DR./DIRECCIÓN	_____		
PROBLEMAS AUDITIVOS	NO _____	SÍ _____	USA AUDÍFONOS
ESPECIFIQUE:			NO _____ SÍ _____

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN	_____
NOMBRE DEL MÉDICO	_____
DIRECCIÓN	_____

SI REQUIERE ALGUNA MODIFICACIÓN EN EL PROGRAMA ESCOLAR, DEBE PRESENTAR LA RECOMENDACIÓN ESCRITA DEL MÉDICO.  
 FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR \_\_\_\_\_



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 (Home Language Questionnaire - HLQ)**

*Estimados padres o persona en relación parental:  
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él o ella, 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.*

<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>GÉNERO:</b>
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
<b>INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL</b>		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

HOME LANGUAGE CODE

**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"/> Padre 1	<input type="checkbox"/> Padre 2	_____
	<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>

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

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

## Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

### Historial Educativo

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

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.  
 Sí\* No No se sabe  
   \* En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

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

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

10b. \*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?  
 No  Sí - Explique, que forma o formas de educación especial recibió: \_\_\_\_\_

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):  
 De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana)  3 a 5 años (Educación Especial)  6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)?  No  Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
 Firma de un padre o de la persona en relación paternal

Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_  
 Fecha

Relación con el estudiante:  Padre  Otra: \_\_\_\_\_

#### OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: \_\_\_\_\_ POSITION: \_\_\_\_\_

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

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

NAME: \_\_\_\_\_ POSITION: \_\_\_\_\_

ORAL INTERVIEW NECESSARY:  No  Yes

\*\*DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

Mo. DAY YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

- ADMINISTER NYSITELL  
 ENGLISH PROFICIENT  
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

#### NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: \_\_\_\_\_ POSITION: \_\_\_\_\_

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

Mo. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

- ENTERING  EMERGING  TRANSITIONING  EXPANDING  COMMANDING

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



**INFORMACIÓN DE HERMANOS: Enumere todos los demás niños de la familia, incluidos los bebés.**

<b>Apellido</b>	<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Sexo</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Grado (si corresponde)</b>



# Año escolar 2024-2025

## Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela<sup>1</sup>

**NOTAS:**

Todos los niños deben estar vacunados según su edad para asistir a la escuela en el estado de Nueva York. La cantidad de dosis depende del programa recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunas deben corresponder al Calendario de Vacunación de Niños y Adolescentes Recomendado por el ACIP. Las dosis aplicadas antes de la edad mínima o de los intervalos mínimos no son válidas y no se tienen en cuenta al calcular la cantidad de dosis que se mencionan abajo. Consulte las notas al pie de página para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir los requisitos de vacunación de los grados para los que son equivalentes en edad.

**Se DEBEN leer los requisitos de dosis con las notas al pie de página de este programa**

Vacunas	Prekindergarten (guardería infantil, programa Head Start, guardería o pre-K)	Kindergarten y 1.º, 2.º, 3.º, 4.º y 5.º grado	6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado	12.º grado
<b>Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)<sup>2</sup></b>	<b>4 dosis</b>	<b>5 dosis o 4 dosis</b> si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o <b>3 dosis</b> si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año		<b>3 dosis</b>
<b>Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes<sup>3</sup></b>		<b>No corresponde</b>		<b>1 dosis</b>
<b>Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)<sup>4</sup></b>	<b>3 dosis</b>	<b>4 dosis o 3 dosis</b> si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más		
<b>Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)<sup>5</sup></b>	<b>1 dosis</b>	<b>2 dosis</b>		
<b>Vacuna contra la hepatitis B<sup>6</sup></b>	<b>3 dosis</b>	<b>3 dosis o 2 dosis</b> de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de al menos 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad		
<b>Vacuna contra la varicela<sup>7</sup></b>	<b>1 dosis</b>	<b>2 dosis</b>		
<b>Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)<sup>8</sup></b>		<b>No corresponde</b>	<b>7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado: 1 dosis</b>	<b>2 dosis o 1 dosis</b> si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más
<b>Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)<sup>9</sup></b>	<b>1 a 4 dosis</b>	<b>No corresponde</b>		
<b>Vacuna neumocócica conjugada (PCV)<sup>10</sup></b>	<b>1 a 4 dosis</b>	<b>No corresponde</b>		

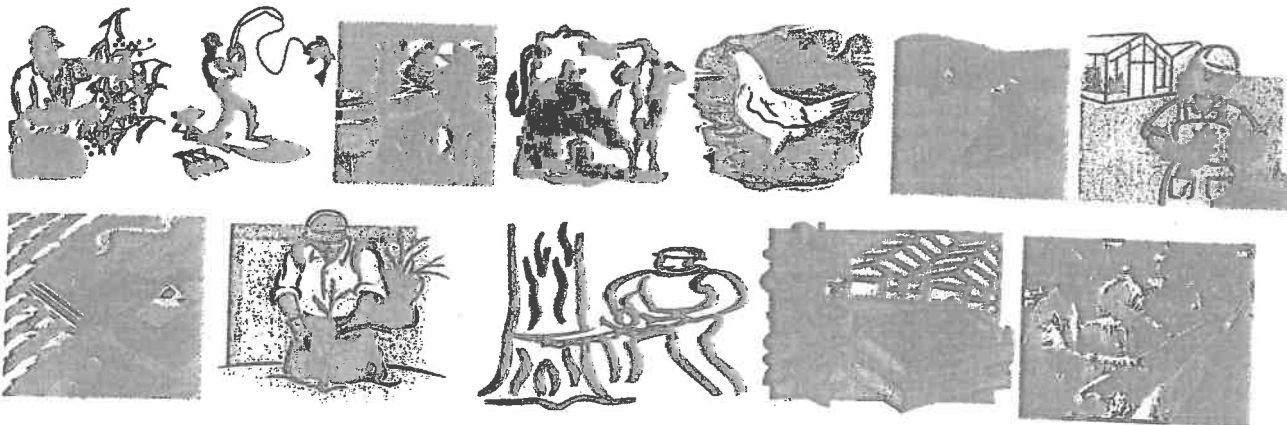
**OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES**

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@esboces.org](mailto:migranteducation@esboces.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 \_\_\_\_\_