

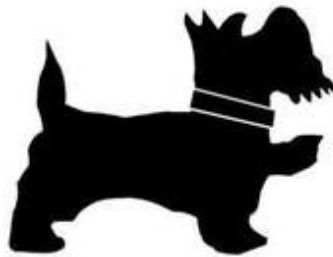
Paquete de registro para estudiantes

Bienvenido a

Distrito Escolar Central de Ballston Spa,

Hogar de los Scotties

El perro Scottie se convirtió en la mascota de Ballston Spa en la década de 1960. Fue en honor a William B. Scott, un veterano profesor, entrenador y director deportivo del distrito. A sus equipos se les conocía como "Scottie's Boys", por lo que el perro Scottie se convirtió en el logotipo que se utilizó como mascota del equipo.



Instrucciones para Registrarse

Los nuevos estudiantes se inscriben con cita previa en la Oficina del Distrito, 70 Malta Avenue, Ballston Spa. Los padres deben obtener y completar un paquete de inscripción antes de programar una cita con la Oficina de Inscripción al 518-602-0256, o enviar un correo electrónico a akavanaugh@bscsd.org. Uno de los padres o el tutor legal debe estar presente en el momento de la inscripción.

LOS PADRES DEBEN PROPORCIONAR LO SIGUIENTE PARA COMPLETAR LA INSCRIPCIÓN

- **Identificación con fotografía del padre/ tutor legal.**

- **Prueba de residencia**

Según lo exige la ley del estado de Nueva York, todos los estudiantes nuevos deben proporcionar la documentación adecuada para acreditar su residencia. **Es necesario que proporciones DOS (2) formas de prueba aceptables:**

Aceptable:

- Una copia del contrato de alquiler de la vivienda, la escritura o el extracto de la hipoteca.
- Una declaración de una tercera parte que sea el arrendador, propietario o inquilino con quien los padres o tutores alquilan o conviven (ya sea jurada o no jurada).
- Cualquier otra declaración de un tercero que acredite la presencia física del padre, madre o tutor en el distrito escolar.

El Distrito también aceptará:

- Talón de salario; formulario de impuestos sobre la renta; facturas de servicios públicos u otras facturas.
- Documentos de afiliación basados en la residencia; documento(s) de inscripción en el censo electoral.
- Licencia de conducir oficial, permiso de aprendizaje o identificación de no conductor.
- Identificación emitida por el Estado u otra autoridad gubernamental.
- Documentos emitidos por organismos federales, estatales o locales; pruebas de la custodia del menor, incluyendo, entre otros, órdenes judiciales de custodia o documentos de tutela.

- **Certificado de nacimiento**

Se aceptará el certificado de nacimiento original con sello en relieve o un pasaporte válido.

Si no dispone de un certificado de nacimiento, puede proporcionar lo siguiente:

- Licencia de conducir oficial del estudiante; identificación emitida por el estado u otra autoridad gubernamental.
- Identificación escolar con foto y fecha de nacimiento; Tarjeta de identificación de familiar de militar.
- Tarjeta de identificación del consulado; documentos expedidos por organismos federales, estatales o locales.
- Historial médico u otros registros de salud; documentos tribales de nativos americanos.
- Órdenes judiciales u otros documentos emitidos por la corte.
- Registros de agencias internacionales de ayuda sin ánimo de lucro y agencias voluntarias.

- **Prueba de vacunación**

Debe estar firmado o sellado por un profesional de la salud autorizado por el estado. La prueba puede enviarse por fax al (518) 884-8180 directamente desde la consulta del médico.

- **Registros escolares**

La última libreta de calificaciones, los resultados de las pruebas estandarizadas y la información de contacto, incluidos los números de teléfono y fax, de la última escuela a la que asistió.

El Programa de Educación Individualizada (IEP) más reciente, si corresponde.

- **Circunstancias especiales**

Proporcione los documentos pertinentes, si procede, en los que se detallen las situaciones de tutela legal, situaciones de residencia temporal, cambios de nombre y/o acuerdos de custodia.

Formulario de Inscripción para Nuevos Estudiantes

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

Malta Avenue Gordon Creek Milton Terrace CPSE ID Escolar #
 Wood Road Middle School High School SPED ID familiar

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido PrimerNombre SegundoNombre Género
 Número de teléfono de casa Grado Fecha de nacimiento Nick Nombre/Nombre preferido Idioma que se habla en casa

Dirección de casa

Calle
 Ciudad Código postal

Dirección postal (si es diferente de la dirección particular)

Calle/ Apartado postal
 Ciudad Código postal

LEY DE ASISTENCIA MCKINNEY-VENTO

La respuesta que proporcione a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios usted o su hijo pueden recibir en virtud de la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes protegidos por la Ley McKinney-Vento tienen derecho a matricularse inmediatamente en la escuela, incluso si no cuentan con los documentos que normalmente se requieren, tales como prueba de residencia, expedientes escolares, registros de vacunación o certificado de nacimiento. Los estudiantes protegidos por la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

¿Dónde vive actualmente el estudiante? (Marque **una** casilla).

- En un refugio
- Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de la vivienda o como consecuencia de dificultades económicas. (a veces denominado "doble")
- en un hotel/motel
- En un auto, parque, autobús, tren o campamento
- Otra situación de vivienda temporal (describa): _____
- En viviendas permanentes

Nombre en letra de imprenta del padre, tutor, o Estudiante (para jóvenes sin hogar no acompañados)

Firma del padre, tutor legal, o Estudiante (para jóvenes sin hogar no acompañados)

Fecha _____

INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR

Padre/Tutor # 1

Relación con el estudiante

Apellido

Nombre

Teléfono de casa

Teléfono celular

Dirección de correo electrónico

Empleador

Teléfono del empleador

Padre/Tutor #2 (en el mismo hogar)

Relación con el estudiante

Apellido

Nombre

Teléfono de casa

Teléfono celular

Dirección de correo electrónico

Empleador

Teléfono del empleador

Padre/tutor que no vive con el estudiante - Relación con el estudiante

Apellido

Nombre

Teléfono de casa

Teléfono celular

Dirección de correo electrónico

Dirección

Employer Phone

¿Puede esta persona recibir correo del estudiante? Sí No ¿Puede esta persona recoger al estudiante? Sí No

IMPORTANTE: El Distrito asumirá que cualquiera de los padres del estudiante tiene la autoridad para obtener la salida del niño de la escuela. Sin embargo, no se permitirá la salida de un estudiante con un padre que no tenga la custodia si el distrito ha recibido una copia certificada de un instrumento legalmente válido, como una orden de la corte, un decreto de divorcio, separación o custodia que indique que el padre que no tiene la custodia no tiene derecho a obtener dicha salida.

Marque aquí si el estudiante tiene un padre en servicio activo en las Fuerzas Armadas. Rama del servicio: _____

Please provide the name and contact information for a responsible party other than a parent or guardian who will transport your child should the need arise (e.g. sent home for illness, discipline reasons, etc.).

Contacto de emergencia #1

Relación con el estudiante

Apellido

Nombre

Teléfono de casa

Teléfono celular

Empleador

Teléfono del empleador

Contacto de emergencia #2

Relación con el estudiante

Apellido

Nombre

Teléfono de casa

Teléfono celular

Empleador

Teléfono del empleador

HISTORIA EDUCATIVA

- ¿Ha asistido su hijo anteriormente al BSCSD? Sí No
- ¿Hay hermanos que asisten al BSCSD? Sí No
- ¿Su hijo tiene un IEP (Plan Educativo Individualizado)? Sí No **Plan 504 ?** Sí No
- ¿El IEP de su hijo incluye la necesidad de transporte para necesidades especiales? Sí No

¿Ha participado su hijo en alguno de los siguientes programas?

- Servicios de intervención académica Lectura Matemáticas Otros _____

Por favor, compruebe cualquier programa especial que se le haya asignado a su hijo en el pasado:


- Servicios de consultoría Sala de recursos Educación bilingüe Clases especiales/Otros
- Terapia Ocupacional Terapia del habla Terapia física Asesoramiento

Indique la última fecha en que su estudiante asistió a la escuela:

Otros distritos escolares a los que asistió *(Enumerar los más recientes primero)*

1	<input type="text"/> Nombre de la escuela	<input type="text"/> Año	<input type="text"/> Grado	<input type="text"/> Dirección	<input type="text"/> Ciudad	<input type="text"/> Estado	<input type="text"/> Código postal
2	<input type="text"/> Nombre de la escuela	<input type="text"/> Año	<input type="text"/> Grado	<input type="text"/> Dirección	<input type="text"/> Ciudad	<input type="text"/> Estado	<input type="text"/> Código postal

Hermanos y hermanas

Marque la casilla correspondiente si el hermano vive en el domicilio familiar. 

<input type="text"/> Nombre	<input type="text"/> Escuela a la que asiste	<input type="text"/> Fecha de nacimiento	<input type="text"/> Género	<input type="text"/> Grado	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> Nombre	<input type="text"/> Escuela a la que asiste	<input type="text"/> Fecha de nacimiento	<input type="text"/> Género	<input type="text"/> Grado	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> Nombre	<input type="text"/> Escuela a la que asiste	<input type="text"/> Fecha de nacimiento	<input type="text"/> Género	<input type="text"/> Grado	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/> Nombre	<input type="text"/> Escuela a la que asiste	<input type="text"/> Fecha de nacimiento	<input type="text"/> Género	<input type="text"/> Grado	<input type="checkbox"/>

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

¿La salud de su hijo requiere transporte especial? [] Sí [] No

¿Existe algún problema o asunto de salud que el distrito deba conocer para transportar a su hijo de manera segura? [] Sí [] No

En caso afirmativo, explique: _____

¿Su hijo está bajo el cuidado de un médico por algún problema de salud actual? [] Sí [] No

En caso afirmativo, explique: _____

Médico del niño: [] Teléfono: []

Dentista infantil: [] Teléfono: []

Fecha del último examen físico: []

Proporcione información sobre lo siguiente:

Alergias: []

Limitaciones físicas: []

Otras enfermedades o lesiones graves: []

Indique si su hijo ha padecido alguna de las siguientes afecciones, indicando la fecha correspondiente:

Table with 3 columns: Fecha, Afección, Fecha. Rows include Artritis, Asma, Trastorno sanguíneo, Transfusión de sangre, Aparatos de ortodoncia/dientes con coronas, Varicela, Diabetes, Afecciones del oídos, Tubos auditivos, Lesiones en la cabeza/Conmoción cerebral, Trastorno cardíaco, Hepatitis, Historia de PKU, Problemas renales, Migrañas, Neumonía, Fiebre reumática, Escoliosis, Trastorno convulsivo, Problemas de la piel, Problemas del habla, Amigdalitis, Tuberculosis, Problemas de visión.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL ESTUDIANTE

¿El estudiante es un niño en acogida? [] Sí [] No Si es afirmativo, adjunte el formulario DSS-2999.

Origen étnico [] Hispano/Latino [] No hispano

Raza [] Indígena americano o nativo de Alaska [] Asiático [] Negro o africano Nativo [] americano hawaiano u otro isleño del Pacífico [] Caucásico

Encuesta sobre recursos digitales

Por favor, marque con un círculo su respuesta teniendo en cuenta que su hijo recibirá un Chromebook del distrito escolar para su uso:

Pregunta 1: ¿El distrito escolar le proporcionó a su hijo un dispositivo escolar o del distrito para su uso durante el año escolar? Respuestas: Sí: su hijo recibirá un Chromebook del distrito escolar.

Pregunta 2: ¿Cuál es el dispositivo que su hijo utiliza con más frecuencia para completar las actividades de aprendizaje fuera de la escuela? (Puede ser un dispositivo proporcionado por la escuela u otro dispositivo, el que el estudiante utilice con más frecuencia para completar sus tareas escolares). Respuestas: COMPUTADORA DE ESCRITORIO LAPTOP TABLETA CHROMEBOOK SMARTPHONE SIN DISPOSITIVO

Pregunta 3: ¿Quién es el proveedor del dispositivo de aprendizaje principal identificado en la pregunta 2? (Puede ser un dispositivo proporcionado por la escuela u otro dispositivo, el que el estudiante utilice con más frecuencia para completar sus tareas escolares). Respuestas: ESCUELA PERSONAL SIN DISPOSITIVO

Pregunta 4: ¿Comparte con alguien más en el hogar el dispositivo principal de aprendizaje (identificado en la pregunta 2)? Respuestas: COMPARTIDO NO COMPARTIDO SIN DISPOSITIVO

Pregunta 5: ¿El dispositivo principal de aprendizaje (identificado en la pregunta 2) es suficiente para que su hijo participe plenamente en todas las actividades de aprendizaje fuera de la escuela? Respuestas: SI NO

Pregunta 6: ¿Su hijo puede acceder a Internet en su lugar de residencia principal? Respuestas: SI NO

Pregunta 7: ¿Cuál es el tipo principal de servicio de Internet que se utiliza en el lugar de residencia principal de su hijo? Respuestas: BANDA ANCHA RESIDENCIAL CELULAR PUNTO DE ACCESO MÓVIL SATÉLITE CONEXIÓN POR LÍNEA TELEFÓNICA WIFI COMUNITARIO DSL OTROS NINGUNO

Pregunta 8: En su residencia principal, ¿puede su hijo completar todas las actividades de aprendizaje, incluyendo la transmisión de vídeos y la carga de tareas, sin interrupciones causadas por un rendimiento lento o deficiente de Internet? Respuestas: Sí NO

Pregunta 9: ¿Cuál es, si la hay, la principal barrera para tener acceso suficiente y fiable a Internet en el lugar de residencia principal de su hijo? Respuestas: DISPONIBILIDAD COSTO NINGUNA OTRO

IEP/504 Consentimiento de Medicaid

Comité de Educación Especial/ Departamento de Educación Especial

El objetivo de este documento es solicitar su permiso (consentimiento) para facturar a su programa de seguro médico Medicaid o al de su hijo los servicios de educación especial y servicios relacionados que figuran en el Programa de Educación Individualizada (IEP) de su hijo, y pedirle que nos facilite el Número de Identificación del Cliente (CIN) de su hijo o que nos permita obtenerlo si no lo conoce.

Este consentimiento permite al distrito escolar facturar los servicios relacionados con la salud cubiertos y divulgar información al distrito escolar.

Agente de facturación de Medicaid para ese fin.

Yo, _____ como padre/madre/tutor de _____ he recibido una notificación por escrito del distrito escolar que explica mis derechos federales con respecto al uso de beneficios públicos o seguros para pagar ciertos servicios de educación especial y servicios relacionados.

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

Entiendo que:

- Dar mi consentimiento no afectará la cobertura de Medicaid de mi hijo/a ni la mía.
- Si lo solicito puedo revisar las copias de los registros divulgados de conformidad con esta autorización.
- Los servicios enumerados en el IEP de mi hijo deben proporcionarse sin costo alguno para mí, independientemente de que yo dé mi consentimiento para facturar a Medicaid y/o proporcione el CIN de mi hijo;
- Tengo derecho a retirar mi consentimiento en cualquier momento; y
- El distrito escolar debe notificarme por escrito cada año mis derechos en relación con este consentimiento.

I give my consent voluntarily and understand that I may withdraw my consent at any time. I also understand that my child's right to receive special education and related services is in no way dependent on my granting consent and that, regardless of my decision to provide this consent, all the required services in my child's IEP will be provided to my child at no cost to me.

También doy mi consentimiento para que el distrito escolar/condado divulgue los siguientes registros/información sobre mi hijo a la Agencia Estatal de Medicaid con el fin de verificar la elegibilidad para Medicaid y/o facturar los servicios de educación especial y servicios relacionados que están en el IEP de mi hijo. Se compartirán los siguientes registros

Table with 2 columns: IEP, Informe sobre la administración de medicamentos; Orden escrita/Referencia, Registro de transporte especial; Informes de evaluación, Otra información de identificación personal; Notas de sesión, Cualquier otro registro específico relacionado con los servicios o el programa del estudiante

CIN del estudiante, si se conoce: _____

No doy mi consentimiento para que se facture al Programa de Seguro Médico Medicaid por la educación especial y los servicios relacionados que están en el programa de educación individualizada (IEP) de mi hijo. Independientemente de mi decisión de denegar el consentimiento, todos los servicios requeridos en el IEP de mi hijo se proporcionarán sin costo alguno para mí.

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____

Nombre en letra de molde: _____ Fecha: _____

Cuestionario sobre el idioma hablado en casa (HLQ)

Con el fin de proporcionar a su hijo la mejor educación posible, necesitamos determinar su nivel de comprensión, expresión oral, comprensión de lectura y expresión escrita en inglés, así como sus antecedentes escolares y personales. Por favor, complete las secciones siguientes tituladas "Antecedentes lingüísticos" e "Historial educativo". Agradecemos enormemente su ayuda para responder a estas preguntas.

- 1. ¿Qué idioma(s) se habla en el hogar del estudiante? Inglés... Otros... Especifique:
2. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo? Inglés... Otros... Especifique:
3. ¿Cuál es la lengua materna de cada padre o tutor? Madre... Padre... Tutor
4. ¿Qué idioma entiende su hijo? Inglés... Otros... Especifique:
5. ¿Qué idioma habla su hijo? Inglés... Otros... Especifique: No habla
6. ¿Qué idioma lee su hijo? Inglés... Otros... Especifique: No lee
7. ¿En qué idioma escribe su hijo? Inglés... Otros... Especifique: No escribe
8. ¿Cuántos años lleva su hijo en la escuela?
9. ¿En qué idioma te gustaría recibir información de la escuela? Inglés... Otro:

Programa de Educación para Migrantes del Estado de Nueva York/ Encuesta para Padres

El Programa Educativo para Migrantes (MEP) está autorizado por el Título 1, Parte C de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (ESEA). El MEP ofrece una variedad de servicios educativos a las familias que trabajan en la agricultura, independientemente de su nacionalidad o estatus legal. Este programa es gratuito para todas las familias elegibles y puede incluir tutoría, elegibilidad para almuerzos escolares gratuitos, excursiones educativas, programas de verano, actividades de participación de los padres, necesidades de emergencia y referencias a otros servicios según sea necesario.

¿Alguien de su familia ha trabajado o buscado trabajo en alguna de las siguientes ocupaciones durante los últimos 3 años?

- Cualquier trabajo agrícola, ganadero o pesquero (como cultivos de heno, lácteos, frutas o verduras, avicultura, pesca, viveros/invernaderos, etc.).
Trabajos relacionados con la tala, la recolección o el procesamiento inicial de árboles.
Trabajar en una planta de procesamiento de alimentos (como procesamiento de carne o aves, envasado de frutas/verduras, etc.).

Tecnología educativa

**Acuerdo del Estudiante
Uso Aceptable de Información Electrónica y Acuerdo de Acceso
(Estudiantes de Kínder a 12.º grado)**

He leído y comprendo la Política de uso aceptable del Distrito Escolar de Ballston Spa (adjunta o disponible en el sitio web). Entiendo que si incumplo las normas, se pueden restringir mis privilegios de acceso a Internet/dispositivos/redes y que puedo enfrentarme a otras medidas disciplinarias.

Nombre (en letra de imprenta): _____

Edificio escolar: _____ Grado: _____

Profesor del estudiante (primaria): _____

Firma del estudiante: _____

Fecha: _____

Reconocimiento del padre/tutor:

He leído y comprendo la Política de uso aceptable del Distrito Escolar de Ballston Spa y la he revisado con mi hijo

Nombre (en letra de imprenta):

Firma del Padre/Tutor:

Fecha:

PUBLICACIÓN DE FOTOS

Sí No

Por la presente, otorgo al Distrito Escolar Central de Ballston Spa el derecho absoluto y el permiso para utilizar, reutilizar, registrar los derechos de autor y/o publicar trabajos originales de los estudiantes, fotografías o grabaciones de vídeo que incluyen referencias a mí y/o a mis hijos, junto con un nombre real o ficticio. Entiendo que esto será con fines ilustrativos, promocionales y de relaciones públicas de los programas escolares, y que puede aparecer en material impreso, presentaciones en vídeo, cobertura informativa (tanto impresa como televisiva) y/o en el sitio web del distrito.

Además, renuncio al derecho de inspeccionar o aprobar el producto terminado, o cualquier texto que lo acompañe. Eximo al Distrito Escolar Central de Ballston Spa de cualquier reclamación o demanda relacionada con el uso de los materiales.

Por la presente garantizo que soy mayor de edad y tengo derecho a contratar en mi nombre y/o en nombre de mi hijo menor de edad. He leído la autorización anterior y comprendo plenamente su contenido.

ACTUALIZACIONES DEL EXPEDIENTE DEL ESTUDIANTE

Es muy importante que el distrito escolar reciba actualizaciones de cualquier información proporcionada en este Paquete de Inscripción Estudiantil. Por favor, comuníquese con la escuela a la que asiste su estudiante con información nueva o modificada.

CERTIFICACIÓN Y FIRMA DE LOS PADRES

Al firmar este formulario, reconozco la responsabilidad de proporcionar al distrito información veraz. Declaro bajo pena de perjurio, según la Ley Penal del Estado de Nueva York 210.10, que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta y de mi propio conocimiento.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Informo que mi hijo/a, anteriormente matriculado/a en su centro educativo, se ha trasladado al Distrito Escolar Central de Ballston Spa. Por la presente, autorizo que se envíe la siguiente información sobre mi hijo/a al centro educativo indicado a continuación.

SOLICITUD DE REGISTROS	
Expedientes académicos (incluidos todos los laboratorios de ciencias de la preparatoria) y libreta de calificaciones.	
Evaluaciones e informes más recientes/Cualquier fecha para la colocación adecuada	
Plan de Educación Individualizada (IEP) Evaluación vocacional de nivel I/planes 504	
Modelos de Comunicación para Servicios Relacionados	Trabajo social
Salud (incluidas las vacunas)	Registro de nacimiento
Psicológico	Profesor
Pruebas estandarizadas/Investigaciones científicas del estado de Nueva York	Asistencia
Nombre del Estudiante:	Fecha de Nacimiento:
Nombre, ciudad y estado de la escuela anterior:	
Teléfono de la escuela:	Fax o correo electrónico de la escuela:
Firma del padre o madre:	Fecha:

Envíe los registros por fax o correo electrónico a la escuela seleccionada a continuación.

¿Tiene alguna pregunta? Llame al: 518-602-0256

- _____ Malta Ave Elem, Fax 518-884-7258, email: bmurtlow@bcsd.org
- _____ Milton Terrace Elem, Fax 518-884-7219, email: kcassin@bcsd.org
- _____ Gordon Creek Elem, Fax 518-884-7268, email: ewasmundpaplow@bcsd.org
- _____ Wood Road Elem, Fax 518-884-7286, email: ddegraff@bcsd.org
- _____ Ballston Spa MS, Fax 518-885-2930, email: dmicare@bcsd.org
- _____ Ballston Spa HS, Fax 518-885-1585, email: pparker@bcsd.org
- _____ BSCSD CPSE, Fax 518-490-7410, email: civers@bcsd.org
- _____ BSCSD Spec Ed, Elem, email: crobinson@bcsd.org
- _____ BSCSD Spec Ed, MS/HS, email: ecallahansocola@bcsd.org