7 Memorial Drive
Miller Place, NY 11764
Teléfono: (631) 474-2700
Fax: (631) 474-0686

Distrito Escolar Gratuito de Miller Place Union

LISTA DE VERIFICACIÓN DE INSCRIPCIÓN

Bienvenido al Distrito Escolar de Miller Place!
La inscripción es solo con cita previa. Ya sea que esté inscribiendo a un estudiante de kindergarten por primera vez, mudándose al distrito, mudándose nuevamente al distrito, transfiriéndose de la escuela privada y parroquial o registrando a un estudiante de preescolar para recibir servicios de educación especial. traer a su cita de registro.

Información de registro del estudiante:

Se necesitan los siguientes formularios de registro para cada estudiante:

- ☐ Formulario de registro del estudiante *(RF-02)*
- ☐ Cuestionario de residencia *(RF-12)*
- ☐ Cuestionario de idioma del hogar *(RF-03)*
- ☐ Formulario de preferencia de idioma *(RF-15)*
- ☐ Formulario de información de salud *(RF-04)*
- ☐ Formulario de examen de salud *(RF-04B)*
- ☐ Formulario de higiene dental *(RF-04C)*
- ☐ Solicitud de registros *(RF-06)*
- ☐ Formulario de transporte *(RF-07)*
- ☐ Formulario de información del estudiante *(RF-09)*
- ☐ Certificado de nacimiento del estudiante con sello levantado u otro documento oficial alternativo
- ☐ Registros de inmunización del estudiante preparados por un médico

El Distrito debe comprender los arreglos de custodia de cada estudiante. Proporcione la siguiente información:

- ☐ Formulario suplementario de información familiar *(RF-05)*
- ☐ Todos los acuerdos de custodia aplicablestemporal *(copias oficiales)*
- ☐ Niños de crianza- Formulario DSS 2999 *(si corresponde)*

Información de residencia familiar:

Los documentos sugeridos que se enumeran a continuación deben tener el nombre del padre o tutor con una dirección actual del distrito y una fecha dentro de los 45 días, si corresponde:

Uno (1) de los siguientes elementos actuales:

- ☐ arrendamiento
- ☐ Escritura
- ☐ Declaración de hipoteca reciente
- ☐ Otras declaraciones juradas o documentos *(si corresponde)*
- ☐ jurada de ocupación del propietario *(si corresponde)*

Dos (2) de los siguientes elementos actuales:

- ☐ Factura eléctrica
- ☐ Factura de gas
- ☐ Factura de agua
- ☐ Factura de entrega de combustible
- ☐ Factura de cable
- ☐ Factura del teléfono fijo Declaración
- ☐ Licencia de conducir / Tarjeta de identificación de no conductor
- ☐ Seguro de automóvil / Registro de automóvil
- ☐ Declaración bancaria *(solo la primera página - número de cuenta en negro)*
- ☐ Otro (s) documento (s)

Miller Place Union Free School District

7 Memorial Drive
Miller Place, NY 11764
Teléfono: (631) 474-2700
Fax: (631) 474-0686

FORMULARIO DE REGISTRO DEL ESTUDIANTE

(Por favor toda la información)

Fecha de Registro:_____ **Fecha de inscripción:**_____ **Grado de registro:**_____ **CARNÉ DE IDENTIDAD#:** ____

Información del Estudiante

Apellido Nombre	legal nombre del estudiante	segundo nombre	Sufijo del segundo(Jr./III,IV)

Apodo	Género (círculo) *Hombre o mujer*	Fecha de nacimiento / /	Edad

étnica Es el estudiante hispano o latino - (marque con un círculo) *Sí o No*	nacimiento en el país	Prueba dede nacimiento
raza - (Marque uno o más que correspondan) ❑ Indio americano o nativo de Alaska ❑ Asiático asiático ❑ Negro o afroamericano ❑ Nativo de Hawai / Otro isleño del Pacífico ❑ blanca de	Ciudadnacimiento Ciudadano de los EE. UU. (Marque con un círculo) *Sí o No* (para ser contestado después de la inscripción)	❑ Certificado de nacimiento ❑ Tarjeta de extranjero ❑ Pasaporte ❑ Otra
Si no nació en los Estados Unidos, Fecha de ingreso (opcional):	Estado de nacimiento / Idioma del hogar	

Información del tutor

Estado civil de los padres

❑ Casado ❑ Soltero ❑ Separado ❑ Divorciado ❑ Viuda ❑ Asociado ❑ custodia oficial Papeles

Nombre del Padre	empleador	Teléfonotrabajo #	delde celular

Dirección de correo electrónico del padre

Nombre de la madre	empleador	Teléfonotrabajo #	delde celular

Dirección de correo electrónico de la madre

Información del Hogar

apellido de la familia	Número de teléfono	sin hogar (círculo) *Sí o No*	*Residencia verificado*

Residencia Dirección	Dirección postal (si es diferente)
Residencia Ciudad, Estado, Código	postal Ciudad, Estado, Código postal (si es diferente)

RF-02

Información del Estudiante			
Apellido legal del estudiante	**Nombre legal del estudiante**	**segundo nombre**	**Sufijo del segundo(Jr./III, IV)**

Información sobre el hogar Continua			
Nombre	**Sexo (círculo)** *Hombre o mujer*	**Fecha de nacimiento** / /	**relación**
Nombre	**Sexo (círculo)** *Hombre o mujer*	**Fecha de nacimiento** / /	**relación**
Nombre	**Sexo (círculo)** *Hombre o mujer*	**Fecha de nacimiento** / /	**relación**
Nombre	**Sexo (círculo)** *Hombre o mujer*	**Fecha de nacimiento** / /	**relación**
Nombre	**Sexo (círculo)** *Hombre o mujer*	**Fecha de nacimiento** / /	**relación**
Nombre	**Sexo (círculo)** *Hombre o mujer*	**Fecha de nacimiento** / /	**Relación de**

información educativa anterior (si corresponde)	
¿Ha asistido el estudiante a una escuela UFSD de Miller Place en el pasado?	***Sí o No***
Escuela transferida de:	**Número de teléfono:**
Dirección de la escuela anterior:	**Director:**

Información sobre cuidados de crianza temporal	
¿Es el estudiante un niño de crianza? (Se debe proporcionar el formulario DSS-2999)	***Sí o No***
Agencia de crianza:	**Número de teléfono:**
Dirección de la Agencia de crianza:	**Trabajador de caso:**

Información de educación especial	
¿Está el estudiante recibiendo servicios de educación especial? (Proporcione una copia del IEP más reciente).	***Sí o No***
❑ Discurso ❑ OT / PT ❑ Sala de recursos ❑ Aula Autocontenida ❑ Plan de Alojamiento 504	
Proveedor de Servicios de Educación Especial o Distrito Escolar que Proporciona Servicios:	**Contacto:**

Información de Contacto de Emergencia

Indique quiénes serán los responsables en caso de una emergencia si no se puede contactar a los padres (el estudiante no será entregado a nadie que no esté en la lista):

Nombre	Número de teléfono	Número de teléfono celular	Relación
Nombre	**Número de teléfono**	**Número de teléfono celular**	**Relación**
Nombre	**Número de teléfono**	**Número de teléfono celular**	**Relación**
Nombre	**Número de teléfono**	**Número de teléfono celular**	**Relación**

Firma del padre / tutor ***Fecha***

Distrito Miller Place Unión Escuela libre

CUESTIONARIO RESIDENCIA
(Imprima toda la información)

7 Memorial Drive
Miller Place NY 11764
teléfono: (631) 474-2700
Fax: (631) 474-0686

Nombre de la escuela: _____

Nombre de estudiante: _____
Último primero Medio

Género: Hombre Mujer Fecha de nacimiento: / / *Mes Día Año* Grado: ____ *(preescolar-12)* CARNÉ DE IDENTIDAD#: ____ *(opcional)*

Dirección: _____ Teléfono: _____

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.

¿Dónde vive el estudiante actualmente? (*Por favor, marque **uno** caja.*)

- ☐ En vivienda
- ☐ permanente En un

  refugio
- ☐ Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de la vivienda o como resultado de dificultades económicas (a veces denominadas "duplicadas")
- ☐ En un hotel / motel
- ☐ En un automóvil, parque, autobús, tren , o camping
- ☐ Otra situación de vivienda temporal (por favor describa):

_____
Escriba el nombre del padre, tutor o Estudiante (para jóvenes sin hogar no acompañados)

_____ _____
Firma del padre, tutor o fecha
estudiante de la(para jóvenes sin hogar no acompañados)

STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234
Office of P-12

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

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

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

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

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

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Nombre *Segundo nombre* *Apellido*

FECHA DE NACIMIENTO:

Mes *Día* *Año*

GÉNERO:
❑ Masculino
❑ 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?** ❑ Inglés ❑ Otro _____ *especifique*
2. **¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?** ❑ Inglés ❑ Otro _____ *especifique*
3. **¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?** ❑ Madre _____ *especifique* ❑ Padre _____ *especifique* ❑ Tutor(es) _____ *especifique*
4. **¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?** ❑ Inglés ❑ Otro _____ *especifique*
5. **¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?** ❑ Inglés ❑ Otro _____ *especifique* ❑ No sabe hablar
6. **¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?** ❑ Inglés ❑ Otro _____ *especifique* ❑ No sabe leer
7. **¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?** ❑ Inglés ❑ Otro _____ *especifique* ❑ No sabe escribir

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

District Name (Number) & School *Address*

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

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 describalos.

*Sí** *No* *No se sabe*
❑ ❑ ❑ * En caso afirmativo, por favor explique :_____

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

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

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

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

_____

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

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

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

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

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

_____ Mes: Día: Año:
Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal ***Date***
Relación con el estudiante: ❑ **Madre** ❑ **Padre** ❑ **Otra:**_____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ **POSITION:** _____

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

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

NAME: _____ **POSITION:** _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ❑ NO ❑ YES

DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ (MO DAY YR)

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:
❑ ADMINISTER NYSITELL
❑ ENGLISH PROFICIENT
❑ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ **POSITION:** _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ (MO DAY YR)

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ❑ ENTERING ❑ EMERGING ❑ TRANSITIONING ❑ EXPANDING ❑ COMMANDING

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

7 Memorial Drive
Miller Place, NY 11764
Teléfono: (631) 474-2700
Fax: (631) 474-0686

Distrito Miller Place Unión Escuela libre

Formulario de preferencia de idioma

(por favor imprima toda la información)

Student Name: _____ ID #: _____

Parent/ Guardian Name: _____

Nos gustaría saber su preferencia de idioma al recibir información importante de la escuela. A través de esto es bastante difícil proporcionar servicios de traducción e interpretación en todos los idiomas, se agradece enormemente su ayuda para responder las preguntas a continuación.

1. ¿En qué idioma te gustaría recibir información escrita de la escuela?

___Inglés ___coreano

___Arábica ___portugués

___bengalí ___ruso

___chino ___Español

___criolla haitiana ___urdo

2. ¿En qué idioma prefiere comunicarse con el personal de la escuela?

___Inglés ___coreano

___Arábica ___portugués

___bengalí ___ruso

___chino ___Español

___criolla haitiana ___urdo

_____ _____

Firma del padre / tutor ***Fecha***

7 Memorial Drive
Miller Place, NY 11764
Teléfono: (631) 474-2700
Fax: (631) 474-0686

Distrito Miller Place Unión Escuela libre

INFORMACIÓN DE SALUD

(Por favor imprima toda la información)

Estudiante Información			
Apellido legal deldel estudiante	**Nombre legal del estudiante**	**Nombre Segundo**	**Grado / Escuela**

1. Alergias -ambiental	*Sí o No*
2.alergias - Alimentos	*Sí o No*
3. Alergias - Medicina	*Sí o No*
4. Asma	*Sí o No*
5. pollo viruela	*Sí o No*
6. Contacto con TB	*Sí o No*
7. Diabetes	*Sí o No*
8. Difteria	*Sí o No*
9. Condición de la oreja	*Sí o No*
10. Anteojos / lentes de contacto	*Sí o No*
11. Fracturas	*Sí o No*
12. Frecuente Resfriados	*Sí o No*
13. Dolores de cabeza frecuentes	*Sí o No*
14.Dolores de garganta frecuentes	*Sí o No*
15. Sarampión alemán	*Sí o No*

16. Audífonos	*Sí o No*
17. Enfermedad cardíaca	*Sí o No*
18. Sarampión	*Sí o No*
19. Paperas	*Sí o No*
20. Operaciones	*Sí o No*
21. Defecto ortopédico	*Sí o No*
22. Neumonía	*Sí o No*
23. Fiebre reumática	*Sí o No*
24. Fiebre escarlata	*Sí o No*
2 5. Trastorno de convulsiones	*Sí o No*
26. Lesiones graves	*Sí o No*
27. Dificultades del habla	*Sí o No*
28. Tuberculosis	*Sí o No*

29. Tos ferina	*Sí o No*

Si contestó sí a cualquiera de las preguntas anteriores, proporcione la explicación y los detalles necesarios (como las fechas).	
¿Está su hijo recibiendo algún medicamento de forma continua en el momento presente? Por favor sea lo más específico posible.	*Sí o No ¿*
Alguna modificación en la actividad solicitada por su médico en este momento?	*Sí o No*
Médico familiar:	**Médico Número de teléfono:**
Dentista familiar:	**Dentista Número de teléfono:**

Firma del padre / tutor ***Fecha***

Miller Place Union Free School District
Health Examination Form

Miller Place High School
15 Memorial Drive
Miller Place, NY 11764
Health Office: 631-474-2481
Fax: 631-331-4093

North Country Road Middle School
191 North Country Rd
Miller Place, NY 11764
Health Office: 631-474-7258
Fax: 631-474-0362

Laddie A. Decker Sound Beach School
197 North Country Rd
Miller Place, NY 11764
Health Office: 631-474-2721
Fax: 631-331-4342

Andrew Muller Primary School
65 Lower Rocky Point Road
Miller Place, NY 11764
Health Office: 631-474-2717
Fax: 631-474-4738

Estimados padres/tutores,

La ley del estado de Nueva York requiere un examen de salud para todos los estudiantes **que ingresan al distrito escolar por primera vez y al ingresar a Pre-K o K, 1**, **3**, **5**, **7, 9 y 11 grado**.

El examen debe ser completado por un médico, asistente médico o enfermera practicante con licencia del Estado de Nueva York.

También se solicita al mismo tiempo un certificado dental que indique que su hijo ha sido visto por un dentista o higienista dental. La escuela le proporcionará una lista de dentistas e higienistas dentales registrados que ofrecen servicios dentales de forma gratuita o a un costo reducido si lo solicita.

- Se debe proporcionar una copia del examen de salud a la escuela dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que su hijo comienza en la escuela y cuando su hijo comienza los grados K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11. Si no se entrega una copia a la escuela dentro de los 30 días, la escuela se comunicará con usted.
- Si su hijo tiene una cita para un examen durante este año escolar que es después de los primeros 30 días de clases, notifique a la Oficina de Salud con la fecha.

Le sugerimos que haga copias de los formularios completados para sus propios registros antes de enviarlos a la oficina de salud de la escuela.

Sinceramente
Las enfermeras de la escuela Miller Place

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM

TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR

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: ☐ Female ☐ Male	Gender Identity: ☐ Female ☐ Male ☐ Nonbinary ☐ X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

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

☐ **Allergies**	Type: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached
☐ **Asthma**	☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached
☐ **Seizures**	Type: Date of last seizure: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached
☐ **Diabetes**	Type: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ 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/m2

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

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

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height: **Weight:** **BP:** **Pulse:** **Respirations:**

Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	Lead Level Required for PreK & K	Date
TB- PRN	☐	☐		☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥5 µg/dL	
Sickle Cell Screen-PRN	☐	☐			

☐ **System Review Within Normal Limits**

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

☐ HEENT	☐ Lymph nodes	☐ Abdomen	☐ Extremities	☐ Speech
☐ Dental	☐ Cardiovascular	☐ Back/Spine/Neck	☐ Skin	☐ Social Emotional
☐ Mental Health	☐ Lungs	☐ Genitourinary	☐ Neurological	☐ Musculoskeletal

☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list) ICD-10 Code*
☐ Additional Information Attached	*Required only for students with an IEP receiving Medicaid

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:

SCREENINGS

Vision & Hearing Screenings Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11

Vision Screening	**With Correction** ☐Yes ☐ No	**Right**	**Left**	**Referral**	**Not Done**
Distance Acuity		20/	20/	☐ Yes	☐
Near Vision Acuity		20/	20/	☐ Yes	☐
Color Perception Screening	☐ Pass ☐ Fail				☐

Notes

Hearing Screening: 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.				**Not Done**
Pure Tone Screening	**Right** ☐ Pass ☐ Fail	**Left** ☐ Pass ☐ Fail	**Referral** ☐ Yes	☐

Notes

Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7	**Negative**	**Positive**	**Referral**	**Not Done**
	☐	☐	☐ Yes	☐

FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION*/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK

☐ ***Family cardiac history reviewed –** required for Dominick Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act

☐ **Student may participate in all activities without restrictions.**

If Restrictions Apply – Complete the information below

☐ **Student is restricted from participation in:**

- ☐ **Contact Sports:** Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.
- ☐ **Limited Contact Sports:** Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.
- ☐ **Non-Contact Sports:** Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.
- ☐ **Other Restrictions:**

Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level **OR** Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.

Tanner Stage: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

☐ **Other Accommodations*:** Provide Details (e.g., brace, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.):

*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.

MEDICATIONS

☐ Order Form for medication(s) needed at school attached

COMMUNICABLE DISEASE	**IMMUNIZATIONS**
☐ Confirmed free of communicable disease during exam	☐ Record Attached ☐ Reported in NYSIIS

HEALTHCARE PROVIDER

Healthcare Provider Signature:	
Provider Name: *(please print)*	
Provider Address:	
Phone:	Fax:

Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.

Año escolar 2025-2026
Requisitos de vacunación del Estado de Nueva York para el ingreso o la asistencia a las escuelas[1]

NOTAS:
Todos los niños deben estar vacunados de acuerdo a su edad a fin de asistir a las escuelas en el Estado de Nueva York. La cantidad de dosis depende del calendario recomendado por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunación deben ser acordes al "Calendario de vacunación para niños y adolescentes recomendado por el ACIP" (ACIP-Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule). Las dosis que se administren antes de la edad mínima o antes de los intervalos estipulados en el calendario no se consideran válidas y, como tales, no forman parte de la cantidad de dosis descrita a continuación. Vea las notas al pie para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se encuentran inscritos en clases sin grado deben cumplir con los requisitos de vacunación de los grados a los que deberían asistir según su edad.

Los requisitos de las dosis se DEBEN leer junto con las notas al pie de este calendario.

Vacunas	Prekínder (cuidado para niños, Head Start, guardería o prekínder)	Kínder y grados de primero a quinto	Grados de sexto a onceavo	12.º grado
Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTPa/DTP/Tdap/Td)[2]	**4 dosis**	**5 dosis o 4 dosis** si la 4.º dosis se administró a los 4 años o más y si la serie se comenzó a administrar con menos de 1 año o **3 dosis** si se administró a los 7 años o más y si la serie se comenzó con 1 año o más	**3 dosis**	
Vacuna con tetánico y toxoide diftérico y vacuna de refuerzo contra la tos ferina para adolescentes (Tdap)[3]	**No corresponde**		**1 dosis** se administra después de los 10 años	
Vacuna contra la poliomielitis (IPV/OPV)[4]	**3 dosis**	**4 dosis o 3 dosis** si la 3.° dosis se administró a los 4 años o más		
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR)[5]	**1 dosis**	**2 dosis**		
Vacuna contra la hepatitis B[6]	**3 dosis**	**3 dosis o 2 dosis** de la **vacuna contra la hepatitis B para adultos** (Recombivax) para los niños que recibieron las dosis con un intervalo de al menos 4 meses, y entre los 11 y 15 años		
Vacuna contra la varicela[7]	**1 dosis**	**2 dosis**		
Vacuna antimeningocócica conjugada tetravalente (ACWY)[8]	**No corresponde**		**Grados de séptimo a onceavo: 1 dosis**	**12.º grado: 2 dosis o 1 dosis** si la dosis se administró a los 16 años o más
Vacuna contra Haemophilus influenzae tipo b conjugada (Hib)[9]	**1 a 4 dosis**	**No corresponde**		
Vacuna contra el neumococo conjugada (PCV)[10]	**1 a 4 dosis**	**No corresponde**		

NEW YORK STATE OF OPPORTUNITY. Department of Health

1. Las pruebas de serología que demuestran la presencia de anticuerpos contra el sarampión, las paperas o la rubéola o la confirmación de laboratorio de estas enfermedades es prueba aceptable para constatar la inmunidad ante estas enfermedades. Las pruebas de serología para la poliomielitis son pruebas aceptables para constatar la inmunidad si la prueba se realizó antes del 1.º de septiembre de 2019 y los resultados de los tres serotipos fueron positivos. Un análisis de sangre positivo de los anticuerpos de superficie de la hepatitis B es prueba aceptable de que se tiene inmunidad ante la hepatitis B. Las pruebas de serología que demuestran la presencia de anticuerpos contra la varicela, la confirmación de laboratorio de esta enfermedad o el diagnóstico que detalle que un niño ha tenido varicela por parte de un médico, auxiliar médico o personal de enfermería especializado es prueba aceptable para constatar la inmunidad ante la varicela.

   * Nunca se aceptan títulos de serología para el tétanos, la difteria, la tos ferina, el meningococo, el haemophilus influenzae de tipo b y las enfermedades neumocócicas.

2. Vacuna contra los toxoides diftérico y tetánico y la tos ferina acelular (DTPa). (Edad mínima: 6 semanas)

   a. Los niños a los que les comience a administrar la serie a tiempo deberían recibir una serie de 5 dosis de la vacuna contra la DTPa a los 2 meses, a los 4 meses, a los 6 meses, entre los 15 y los 18 meses, y a los 4 años o más. La cuarta dosis se debe administrar a partir de los 12 meses, siempre y cuando hayan transcurrido al menos 6 meses desde la tercera dosis. Sin embargo, no es necesario repetir la cuarta dosis de la DTPa si se administró al menos 4 meses después de la tercera dosis de la DTPa. La dosis final de la serie se debe administrar en la fecha en la que el niño cumple 4 años o después y al menos 6 meses después de recibir la dosis anterior.

   b. Si la cuarta dosis de la DTPa se administró a los 4 años o más y al menos 6 meses después de la tercera dosis, no es necesario aplicar la quinta dosis (refuerzo) de la vacuna contra la DTPa.

   c. Los niños de 7 años o más que no se encuentren vacunados por completo con la serie de vacunas contra la DTPa para infantes deben recibir la vacuna contra la Tdap como la primera dosis de la serie de actualización; si se debe aplicar dosis adicionales, utilice la vacuna de Td o de Tdap. Si la primera dosis se administró antes de cumplir 1 año, entonces se deben aplicar 4 dosis, siempre y cuando la dosis final se haya aplicado a los 4 años o más. Si la primera dosis se administró en la fecha en la que el niño cumple 1 año o después, entonces se debe aplicar 3 dosis, siempre y cuando la dosis final se haya aplicado a los 4 años o más.

   d. Para obtener más información, consulte la Guía de actualización de los CDC para niños de 4 meses hasta 6 años.

   e. Para obtener más información, consulte la Guía de actualización de los CDC para niños de 7 hasta 9 años.

3. Vacuna de refuerzo contra los toxoides tetánico y diftérico y la tos ferina acelular para adolescentes (Tdap). (Edad mínima para grados de sexto a onceavo: 10 años; edad mínima para 12.º grado: 7 años).

   a. Los estudiantes de 11 años o más que ingresen a los grados de sexto a doceavo deben tener una dosis de Tdap aplicada.

   b. Además del requisito que se debe cumplir para los grados de sexto a doceavo, también se debe administrar la vacuna de Tdap como parte de la serie de actualización para los estudiantes de 7 años y más que no hayan sido vacunados por completo con la serie de DTPa para infantes, según se detalla más arriba. Durante el año lectivo 2025-2026, únicamente las dosis de Tdap administradas a los 10 años o más cumplirán con el requisito de la Tdap para los estudiantes que se encuentren en los grados se sexto a onceavo. Sin embargo, las dosis de Tdap que se administren a los 7 años o más cumplirán con el requisito para los estudiantes que se encuentren en 12.º grado.

   c. Los estudiantes de 10 años que estén en 6.º grado y que aún no han recibido la vacuna de Tdap cumplen con los requisitos hasta que cumplan los 11 años.

   d. Para obtener más información, consulte la Guía de actualización de los CDC para niños de 10 hasta 18 años.

4. Vacuna contra el virus inactivado de la poliomielitis (IPV) o vacuna oral contra la poliomielitis (OPV). (Edad mínima: 6 semanas)

   a. Los niños a los que les comience a administrar la serie a tiempo deberían recibir una serie de la vacuna de IPV a los 2 meses, a los 4 meses, entre los 6 y los 18 meses y a los 4 años o más. La dosis final de la serie se debe administrar en la fecha en la que el niño cumple 4 años o después y al menos 6 meses después de recibir la dosis anterior.

   b. Para los estudiantes que hayan recibido su cuarta dosis antes de los 4 años y antes del 7 de agosto de 2010 es suficiente la aplicación de 4 dosis con un intervalo de al menos 4 semanas entre ellas.

   c. Si la tercera dosis de la vacuna contra la polio se administró a los 4 años o más y al menos 6 meses después de aplicarse la dosis anterior, no es necesario aplicar la cuarta dosis de la vacuna contra la polio.

   d. Los estudiantes que tienen un registro de OPV, solo la OPV trivalente (tOPV) se tiene en cuenta para los requisitos de vacunación contra la polio en las escuelas del Estado de Nueva York. Se deben contar las dosis de OPV que se administraron antes del 1.° de abril de 2016, a menos que se indique específicamente que son monovalentes, bivalentes o que se hayan aplicado durante una campaña de vacunación contra el poliovirus. No se debe tener en cuenta las dosis de OPV que se hayan administrado el 1.° de abril de 2016 o después.

   e. Para obtener más información, consulte la Guía de actualización de los CDC para niños de 4 meses hasta 17 años.

5. Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR). (Edad mínima: 12 meses)

   a. La primera dosis de la vacuna contra el SPR se debe administrar en la fecha en la que el niño cumple 1 año o después. La segunda dosis se debió haber administrado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis para que se la considere válida.

   b. Sarampión: Se requiere una dosis para prekínder. Se requieren dos dosis para kínder hasta 12.º grado.

   c. Paperas: Se requiere una dosis para prekínder. Se requieren dos dosis para kínder hasta 12.º grado.

   d. Rubéola: Se requiere al menos una dosis para todos los grados (prekínder hasta 12.º grado).

6. Vacuna contra la hepatitis B

   a. Es posible que se administre la dosis 1 en la fecha de nacimiento o en cualquier otro momento después de esa fecha. Se debe administrar la dosis 2 al menos 4 semanas (28 días) antes de la dosis 1. La dosis 3 se debe aplicar al menos 8 semanas después de la dosis 2 Y al menos 16 semanas después de recibir la dosis 1 Y no antes de cumplir 24 meses (cuando se administran 4 dosis, reemplace la “dosis 4” por la “dosis 3” en estos cálculos).

   b. Cumplirán con los requisitos las dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) que se apliquen con un intervalo de al menos 4 meses a los 11 años hasta los 15 años.

7. Vacuna contra la varicela. (Edad mínima: 12 meses)

   a. La primera dosis de la vacuna contra la varicela se debe administrar en la fecha en la que el niño cumple 1 año o después. La segunda dosis se debió haber administrado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis para que se la considere válida.

   b. Para los niños menores de 13 años, el intervalo mínimo entre las dosis que se recomienda es de 3 meses (si la segunda dosis se administró al menos 4 semanas después de la primera dosis, se puede aceptar como válida); para las personas de 13 años o más, el intervalo mínimo entre las dosis es de 4 semanas.

8. Vacuna antimeningocócica conjugada tetravalente (ACWY) (Edad mínima para 7.º grado hasta 12.º grado: 10 años).

   a. Se requiere una dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada para los estudiantes que ingresen a los grados de séptimo a onceavo.

   b. Para los estudiantes de 12.º grado, si se les administró la primera dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada a los 16 años o más, no es necesario aplicar la segunda dosis (refuerzo).

   c. La aplicación de la segunda dosis está prevista a los 16 años o más. El intervalo mínimo entre las dosis es de 8 semanas.

9. Vacuna contra Haemophilus influenzae tipo b conjugada (Hib). (Edad mínima: 6 semanas)

   a. Los niños a los que les comience a administrar la serie a tiempo deberían recibir la vacuna de Hib a los 2 meses, a los 4 meses, a los 6 meses y entre los 12 y los 15 meses. A los niños mayores de 15 meses se les debe aplicar una actualización, según el calendario de actualización del ACIP. La dosis final se debe administrar a los 12 meses o después.

   b. Si se aplicaron 2 dosis antes de cumplir 12 meses, únicamente se deben administrar 3 dosis con la dosis 3 al menos a los 12 meses hasta los 15 meses y al menos 8 semanas después de recibir la dosis 2.

   c. Si se aplicó la dosis 1 a los 12 meses hasta los 14 meses, únicamente se deben administrar 2 dosis con la dosis 2 al menos 8 semanas después de recibir la dosis 1.

   d. Si se aplicó la dosis 1 a los 15 meses o más, únicamente se debe administrar una dosis.

   e. No es necesario aplicar la vacuna de Hib en niños de 5 años o más.

   f. Para obtener más información, consulte la Guía de actualización de los CDC para niños saludables de 4 meses hasta 4 años.

10. Vacuna contra el neumococo conjugada (PCV). (Edad mínima: 6 semanas)

    a. Los niños a los que les comience a administrar la serie a tiempo deberían recibir la vacuna contra el PCV a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y 12 meses hasta los 15 meses. * A los niños mayores de 15 meses se les debe aplicar una actualización, según el calendario de actualización del ACIP. La dosis final se debe administrar a los 12 meses o después.

    b. Los niños que no hayan sido vacunados desde los 7 hasta los 11 meses deben recibir 2 dosis, con un intervalo de al menos 4 semanas, y luego se les debe aplicar la tercera dosis desde los 12 hasta los 15 meses.

    c. Los niños que no hayan sido vacunados desde los 12 hasta los 23 meses deben recibir 2 dosis de la vacuna con un intervalo de al menos 8 semanas.

    d. Si una dosis de la vacuna se aplicó a los 24 meses o más, no se requiere aplicar más dosis.

    e. No es necesario aplicar la vacuna de PCV en niños de 5 años o más.

    f. Para obtener más información, consulte la Guía de actualización de los CDC para niños saludables de 4 meses hasta 4 años.

* Según la marca de la vacuna, el calendario puede cambiar.

Para obtener más información, comuníquese con:

New York State Department of Health
Division of Vaccine Excellence
Room 649, Corning Tower ESP
Albany, NY 12237
(518) 473-4437

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

Departamento de Salud del Estado de Nueva York
(New York State Department of Health)/
División de excelencia en vacunación
(Division of Vaccine Excellence)
health.ny.gov/immunization

17384 (Spanish) 05/25

Miller Place UNIÓN LIBRE DEL DISTRITO ESCOLAR
Higiene Dental Forma

Estudiante Nombre: _____

Colegio:_____ **Grado :** _____

El cuidado dental es una parte esencial del programa de salud total para su hijo. El distrito escolar lo exhorta a que su hijo visite al dentista para un examen por lo menos una vez al año. Haga que su dentista familiar marque la casilla correspondiente y devuelva el formulario a la Oficina de Salud.

___Se está recibiendo atención dental.
Tratamiento a completar en_____ (Fecha)

___Atención dental completada en_____ (Fecha)

____Bajo tratamiento de ortodoncia.

Notaciones especiales:

Firma del dentista: _____

Fecha: _____

RF-04C

Miller Place Union Free School District

SOLICITUD DE REGISTROS

(toda la información)

Fecha de solicitud: _____

Nombre de Escuela: _____
Dirección de la escuela: _____

A quien corresponda:

Nombre del alumno:_____ **Grado:**_____ **Fecha de nacimiento:** _____

El estudiante mencionado anteriormente, se registró anteriormente en su distrito y ahora está registrado en el Distrito Escolar Gratuito Miller Place Union. Envíe los registros solicitados al edificio escolar que se indica al final de esta carta:

Registros solicitados: Registros académicos expediente académico, boletines de calificaciones, laboratorios de ciencias que incluyen los últimos grados

puntajes de Inteligencia y Logro de los los puntajes SAT, ACT y AP, si corresponde

Registros de asistencia

Disciplina de Registros

Aprendizaje Pruebas de discapacidad

Registros psicológicos / psiquiátricos

Registros de salud

Físicos

Inmunizaciones

Historial social.

Cualquier y toda otra información disponible, incluidos TODOS los registros de educación especial.

Gracias por su ayuda con esta solicitud.

YO,_____por la presente le damos permiso para que usted divulgue los registros mencionados anteriormente al Distrito Escolar de Miller Place Union Free.
Firma del padre o tutor: _____

Relación:_____

Dirección:_____

Teléfono:_____

Firma de testigo:_____ **Nombre del testigo:** _____

POR FAVOR ENVÍEN LOS REGISTROS A LA DIRECCIÓN DE LA ESCUELA INDICADA ABAJO

☐ Andrew Muller Primary School
65 Lower Rocky Point Road
Miller Place, NY 11764
Teléfono: (631) 474-2715
Fax: (631) 474-4738

☐ North Country Road Middle School
191 North Country Road
Miller Place, NY 11764
Teléfono: (631)
474-2710
Fax: (631) 474- 5178

☐ Escuela de playa Laddie A. Decker
Sound 197 North Country Road
Miller Place, NY 11764
Teléfono: (631)
474-2719
Fax: (631) 474-2497

☐ Miller Place High School
Attn: Orientación
15 Memorial Drive
Miller Place, NY 11764
Teléfono: (631)
474-2723
Fax: (631) 474-2734

☐ Miller Place Oficina de educación especial de UFSD 7 Memorial Drive
Miller Place, NY 11764
Teléfono: (631)
474-2700
Fax: (631) 474-9890

RF-06

Miller Place Union Free School District

Formulario de transporte

Nombre del estudiante:		**Nº de identificación:**	
Escuela:		**Grado:**	
Maestro asignado:			
Nombre del padre / tutor:		**Número de teléfono:**	
Dirección:			

Para oficina e Use Only:

Bus Stop Location:	**Bus In to School:**	Bus Letter or Number	Approximate Time
	Bus Home from School:	Bus Letter or Number	Approximate Time
Special Needs or Other Comments:			

Miller Place Union Free School District

Información del estudiante

La información solicitada en este formulario se utilizará para determinar si el Distrito Escolar de Miller Place es elegible para recibir fondos suplementarios para la educación de estudiantes inmigrantes. Se debe enviar un recuento anual al Departamento de Educación del Estado de Nueva York (NYSED). No es necesario que complete la información en este formulario. Si elige no completar el formulario, es posible que el distrito escolar no sea elegible para recibir fondos suplementarios para la educación de los estudiantes inmigrantes. Los administradores del distrito escolar y el NYSED tienen acceso a esta información.

Información de identificación del estudiante

Apellido del estudiante: Nombre:

Fecha de nacimiento: / / Nivel de grado:

Por favor responda a las siguientes preguntas marcando la casilla correspondiente

1. ¿Su hijo tiene entre 3 y 21 años? Si o No
2. ¿Nació su hijo fuera de los cincuenta Estados Unidos? Si o No
3. ¿Ha asistido su hijo a escuelas públicas y no públicas? Si o No
¿En los Estados Unidos por menos de tres años académicos completos?

Verificación del padre / tutor de la información

Por la presente verifico que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Nombre (en letra de imprenta)	Firma del padre / tutor	Fecha

Miller Place Union Free School District

INFORMACIÓN FAMILIAR FORMULARIO SUPLEMENTARIO

☐ No aplicable (por favor firme abajo)

Los padres tienen la responsabilidad de presentar una copia oficial de cualquier instrumento legalmente vinculante que ejerza la custodia u otros derechos de los padres, y, sin uno, la escuela asumirá que ambos padres tienen igual acceso a los registros escolares y la información del estudiante.

Información del estudiante			
Apellido Legal del Estudiante	Nombre legal del estudiante	Segundo nombre	La escuela primaria

Información de custodia de los padres				
Apellido	Nombre	Empleador		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de casa #	Teléfono del trabajo #	Teléfono móvil #		
Dirección de correo electrónico		¿Recibir correos? Si o no		

Información de padres sin custodia				
Apellido	Nombre	Empleador		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de casa #	Teléfono del trabajo #	Teléfono móvil #		
Dirección de correo electrónico		¿Recibir correos? Si o no		

Información del padre de la etapa (si corresponde)				
Apellido	Nombre	Empleador		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de casa #	Teléfono del trabajo #	Teléfono móvil #		
Dirección de correo electrónico		¿Recibir correos? Si o no		

Guardián Legal (si es otro)				
Apellido	Nombre	Empleador		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono de casa #	Teléfono del trabajo #	Teléfono móvil #		
Dirección de correo electrónico		¿Recibir correos? Si o no		

Signature of Parent/Guardian *Date*

OFICINA DE

Educación especial

DISTRITO ESCOLAR GRATUITO DE MILLER PLACE UNION

7 Memorial Drive Miller

Place, NY 11764-2036

Telephone (631) 474-2700 x733

Fax (631) 474-9890

Dr. Marianne F. Cartisano
Superintendente

Sandra Wojnowski
Director Ejecutivo de Servicios Educativos

Estimados Padres / Guardianes,

El Distrito proporciona servicios y programas de educación especial a estudiantes con discapacidades de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables. Cualquier padre o persona en la relación de los padres que sospeche que su hijo tiene una discapacidad puede referirlo para una evaluación por parte del Comité de Educación Especial (CSE) del distrito para determinar su elegibilidad para servicios y programas de educación especial. Se encuentra disponible información más detallada sobre este proceso en "Guía para padres sobre educación especial", que se publica en el sitio web del Departamento de Educación del Estado de Nueva York en inglés y español.

Las personas en contacto con los padres deben comunicarse con la Sra. Wojnowski en la Oficina de Servicios de Personal Estudiantil del Distrito si sospechan que su hijo tiene una discapacidad.

Sandra wojnowski
Director Ejecutivo de
Servicios Educativos 7
Memorial Drive
Miller Place, NY 11764
631-474-2700 x 733

SW/jm

7 Memorial Drive Miller Place, NY 11764 Phone: (631) 474-2700
Fax: (631) 331-3984

Miller Place Union Free School District

EL DECLARACIÓN JURADA DE LA OCUPACIÓN DEL PROPIETARIO
(En lugar de escritura, contrato de alquiler o arrendamiento)

Estado de nueva york)
)ss:
Condado de Suffolk)

Yo,_____siendo debidamente jurado depurar y decir:
Nombre legal completo: escriba o imprima de forma legible

Que yo soy el propietario por:

_____
Dirección completa - Por favor escriba o imprima legiblemente

y que dichos locales están siendo ocupados por _____,
Nombre legal completo del padre: escriba o imprima de forma legible

el padre, y _____, los hijos de
Nombre legal completo de todos los niños que residen en las instalaciones enumeradas arriba

dicho padre. Que yo sepa, las partes mencionadas anteriormente ocupan las instalaciones como su dirección de residencia real, única y legal.

Además, entiendo que esta declaración jurada es un registro público, que a sabiendas la falsificación de la misma está ofreciendo un instrumento falso para la presentación, y que tal acto es punible bajo las Leyes Penales que rigen el fraude. Entiendo y acepto que si se presenta información falsa a sabiendas, y el distrito escolar no puede recuperar los costos de matrícula y recaudación de los niños a los que se otorgó la admisión en base a esta declaración jurada, dicha presentación será motivo de una acción civil contra mí por cualquier dinero. Debido al distrito escolar.

Además, juro que he suministrado la información en esta declaración jurada, que a mi entender la misma es completa, precisa y verdadera, y que he leído y comprendido las disposiciones preimpresas de esta declaración jurada.

_____
Firma del Deponente *

_____
Título si Agencia o Corporación de Bienes Raíces - Escriba o imprima de forma legible

_____
Dirección del Estado Código Postal

Notario:

Jurado ante mí esto _____día de_____ , 20__ . _____

Notario público

* Firma para ser atestiguada por un notario público si el propietario ocupa las mismas instalaciones y no es un empleado o funcionario de una compañía de bienes raíces o corporación. La firma de los propietarios individuales que no ocupan los locales puede ser presenciada por un notario público que no sea el Notario. La firma de la empresa o de la corporación sobre el título y el nombre de la empresa no deben ser testigos.

7 Memorial Drive
Miller Place, NY 11764
Phone: (631) 474-2700
Fax: (631) 331-3984

Miller Place Union Free School District

DESTACADOS CUSTODIALES *

Estado de nueva york)

)ss:

Condado de Suffolk)

Yo, _____ Estando debidamente jurado depone y diga:
Nombre legal completo del custodio: escriba o imprima de forma legible

1. I live at _____.
Dirección completa del custodio

2. _____ es mi _____ y ha sido
Nombre legal completo del niño — Relación del niño con el custodio

viviendo conmigo desde _____ .
Fecha relevante

3. _____ tiene la intención de residir conmigo por _____ .
Nombre legal completo del niño — Período de tiempo

4. Declaración que explica la duración de la vivienda (permanente, indefinida o que se rescindirá en una fecha, acción o evento específico).

_____

_____

_____

5. Declaración de los motivos por los que el niño vive con el custodio.

_____

_____

6. Declaración que describe cualquier otro lugar (s) donde vive el niño. Indique la cantidad de tiempo que el niño reside en la otra dirección y proporcione una explicación. Si el niño no reside en ninguna otra dirección, indíquelo.

_____

_____

_____

DESTACADOS CUSTODIALES *

7. Declaración que establece quién le proporciona al niño alimentos, ropa y todas las demás necesidades.

_____

_____

_____

8. Declaración de custodia que asume la responsabilidad total de todos los asuntos relacionados con la educación y la atención médica del niño.

_____

_____

_____

9. Declaración de cualquier otro hecho relevante.

_____

_____

_____

_____

Firma del Custodio

Notario:

Me juró esto _____ día de _____.

_____

Notario público

* En su caso, esta declaración jurada debe ser ejecutada individualmente por cada custodio.