



HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Mission Statement

In a safe and caring learning environment, we inspire students to make connections, think critically and become productive global citizens who create legacies that make our community proud.

Contained in this **registration packet** are the following forms you will be required to complete for your student to begin the process for preschool evaluation or private school enrollment:

- Housing Questionnaire
- Migrant Education Program Parent Survey
- Registration Form
- Emergency Contact Form
- Residency Documentation Form
- Home Language Questionnaire
- Every Student Succeeds Act

Other Documents **Required** for Registration:

Proof of Student Age: Birth Certificate Baptismal Certificate Passport

Proof of Guardian Identity: Valid, state issue driver or non-driver id card State or military picture id

Proof of Guardianship:

- Separation Agreement/
Divorce Decree
- Custodial
Documents
- Court Order or
Guardianship
- Order of Protection or
Restraint
- Form DSS-299
(Foster)
- Affidavit of Parent
and Custodial
Individual

Most recent Physical and Immunization Record *Students are required by Article 19 of State Education Law to furnish a report of a **physical examination within the past year** as part of the application for preschool special education services and school registration.*

Letter of Request (for preschool services ONLY)- a formal letter requesting services and the reason why.

Upon completion of the registration packet please return to:

Highland High School; Attn: Julie Miller; 320 Pancake Hollow Rd.; Highland, NY 12528
(845) 691-1032
Fax (845) 691-1033

JMILLER@HIGHLAND-K12.ORG



HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Declaración de objetivos

En un entorno de aprendizaje seguro y solidario, inspiramos a los estudiantes a establecer conexiones, Piensa críticamente y conviértete en ciudadanos globales productivos que creen legados que hagan sentir orgullosa a nuestra comunidad.

En este **paquete de inscripción** se incluyen los siguientes formularios que deberá completar para que su hijo pueda comenzar el proceso de evaluación de preescolar o de matriculación en escuelas privadas:

- Cuestionario de Vivienda
- Encuesta para Padres del Programa de Educación para Migrantes
- Formulario de inscripción
- Formulario de contacto de emergencia
- Formulario de Documentación de Residencia
- Cuestionario de Lengua Materna
- Ley de Todos los Estudiantes Exitosos

Otros documentos **requeridos** para el registro:

Prueba de edad del estudiante: Certificado de Nacimiento Certificado de bautismo Pasaporte

Prueba de identidad del tutor: válida, tarjeta de conductor o no conductor emitida por el estado o no conductor
 Identificación con foto estatal o militar

Prueba de tutela:

- | | | |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Acuerdo de separación/Sentencia de divorcio | <input type="checkbox"/> Documentos de custodia | <input type="checkbox"/> Orden judicial o tutela |
| <input type="checkbox"/> Orden de Protección o Restricción | <input type="checkbox"/> Formulario DSS-299 (Foster) | <input type="checkbox"/> Declaración jurada del padre y la persona custodia |

Los estudiantes más recientes de Registro Físico y de Inmunización están obligados, según el Artículo 19 de la Ley Estatal de Educación, a presentar un informe de un examen físico realizado en el último año como parte de la solicitud para servicios de educación especial preescolar y registro escolar.

Carta de solicitud (solo para servicios de preescolar): una carta formal solicitando servicios y explicando por qué.

Al completar el paquete de inscripción, por favor devuelva a:

Highland High School; Attn: Julie Miller; 320 Pancake Hollow Rd.; Highland, NY 12528
(845) 691-1032
Fax (845) 691-1033
JMILLER@HIGHLAND-K12.ORG

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: ____/____/____
Month Day Year

Grade: ____
(preschool-12)

ID#: _____
(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.

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.



HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

NEW YORK STATE MIGRANT EDUCATION PROGRAM 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 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.)
- No

If you answer 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 _____

Your information will be provided to the Mid-Hudson Migrant Education Program located at:

**SUNY New Paltz Campus
van den Berg Learning Center Annex
Room 353
New Paltz, NY 12561
(845) 257-2950**



HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

ENCUESTA PARA PADRES DEL PROGRAMA DE EDUCACIÓN MIGRANTE DEL ESTADO DE NUEVA YORK

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.
- No

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: _____

Su información se proporcionará al Programa de educación para migrantes de Mid-Hudson ubicado en:

**SUNY New Paltz
Van den Berg Learning Centre Annex
Room 353
New Paltz, NY 12561
(845) 257-2950**

Highland Central School District
Student Registration Form

(Please Press Firmly)

Student Name: _____ Male: _____ Female: _____
Non-Binary: _____

Date of Birth: _____ Birth Place: _____
Ethnicity: _____ Language spoken at home: _____

Parent One: _____
Home Address: _____

Parent Two: _____
Home Address: _____

Mailing Address: _____

Mailing Address: _____

Home Phone: _____

Home Phone: _____

Cell Phone: _____

Cell Phone: _____

Business Phone: _____

Business Phone: _____

Email: _____

Email: _____

With whom does the student reside? _____

Who has custody of the child? Joint _____ Mother _____ Father _____ Guardian _____
Address: _____ Phone: _____

Court documents? Yes _____ No _____

If yes, current court documents pertaining to the student during the school year **MUST** be on file at school (i.e. Custody papers, order of protection papers, custodial papers, etc.)

Previous schools attended: _____

Previously attended Highland: Yes _____ No _____

Siblings:	Last Name	First Name	DOB	Grade	School

****Special Considerations:** Health History (i.e. allergies, vision, etc.), ESL, Special Education, IEP, Speech/Language, Gifted, Migrant Services: _____

Parent/Guardian Signature	Relationship	Date
---------------------------	--------------	------

(Space below for School District use only)

Student # _____

Enrollment Date: _____

Bus # To: _____ From: _____

Teacher: _____

Evidence of Birth: _____

Grade: _____ Homeroom: _____

Placement Location: _____

Transcripts Requested: _____

School Counselor: _____

White: (Student Folder)

Yellow: (Health Office)



HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

EMERGENCY CONTACT FORM

Student Information:

Last Name	First Name	Middle Name
Student DOB	Grade Level	Students Native Language

Contact Information: Please give the name and phone number of individuals *other than yourself* that have permission from you to be contacted and requested to pick up your child in case of an emergency:

1. **Contact:** _____ **Relationship to Student:** _____

Cell Number: _____

Work Number: _____

2. **Contact:** _____ **Relationship to Student:** _____

Cell Number: _____

Work Number: _____

3. **Contact:** _____ **Relationship to Student:** _____

Cell Number: _____

Work Number: _____

4. **Contact:** _____ **Relationship to Student:** _____

Cell Number: _____

Work Number: _____

Parent/Guardian Signature

Date



HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Información para estudiantes:

Apellido	Nombre de pila	Segundo nombre
Data de nacimiento del estudiante	Nivel de curso	Lengua materna de los estudiantes

Información de contacto: Por favor, proporcione el nombre y número de teléfono de personas que no sean ustedes que tengan permiso para ser contactadas y solicitadas para recoger a su hijo en caso de emergencia:

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

Número de celda: _____

Número de trabajo: _____

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

Número de celda: _____

Número de trabajo: _____

3. **Contacto:** _____ **Relación con el estudiante:** _____

Número de celda: _____

Número de trabajo: _____

4. **Contacto:** _____ **Relación con el estudiante:** _____

Número de celda: _____

Número de trabajo: _____

Firma del padre/tutor

Fecha



HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

RESIDENCY DOCUMENTATION FORM

Student Name: _____ Date: _____

**TWO PROOFS OF RESIDENCY ARE REQUIRED AT THE TIME OF REGISTRATION.
BOTH PROOFS MUST BE DATED LESS THAN 30 DAYS AND INCLUDE THE NAME AND STREET ADDRESS
OF THE PARENT/GUARDIAN OF THE CHILD(REN) BEING REGISTERED.**

PROOF OF RESIDENCY- (2) Required that show the physical address-

- One must be: Mortgage, Deed, Lease, Rental Agreement or Signed and Notarized Landlord Statement

AND

- One of the following:
 - Current Drivers License (with new address)
 - DMV sticker on license for change of address
 - Pay stub dated within the last 30 days with new address
 - Voter Registration Card
 - Current Utility Bill with physical address (Central Hudson, Cable, Water, Sewer, etc)
 - Property or School Tax Bill
 - Post office form processed by the postal service with forwarding address or a printout of address change from USPS.com
 - Automobile, homeowners, rental insurance policy with your name and address

If you are residing with a friend or family member:

The following are required:

- Notarized Letter** from the homeowner/renter confirming:
 - Your name
 - Your children's names
 - The address where you are residing
- Proof of Residency for the homeowner/renter from the list above (1 proof)
- Proof of Residency for the parent/guardian from the list above (1 proof)

Parent/Guardian Certification

By signing below, I certify that the information provided is accurate and truthful to the best of my knowledge.

Parent/Guardian Signature

Date



HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE DOCUMENTACIÓN DE RESIDENCIA

Nombre del estudiante: _____ Fecha: _____

SE REQUIEREN DOS COMPROBANTES DE RESIDENCIA EN EL MOMENTO DE LA INSCRIPCIÓN. AMBAS PRUEBAS DEBEN ESTAR FECHADAS CON MENOS DE 30 DÍAS E INCLUIR EL NOMBRE Y LA DIRECCIÓN DEL PADRE/TUTOR DEL NIÑO (S) QUE SE ESTÁ REGISTRANDO.

COMPROBANTE DE RESIDENCIA- (2) Se requiere que muestre la dirección física-

1. Uno debe ser: Hipoteca, Escritura, Contrato de Arrendamiento, Contrato de Alquiler o Declaración del Propietario Firmada y Notariada

Y

2. Uno de los siguientes:
 - Licencia de Conducir Actual (con nueva dirección)
 - Calcomanía del DMV en la licencia para cambio de dirección
 - Comprobante de pago fechado dentro de los últimos 30 días con nueva dirección
 - Tarjeta de Registro de Votante
 - Factura actual de servicios públicos con dirección física (Hudson central, cable, agua, alcantarillado, etc.)
 - Factura de impuestos sobre la propiedad o la escuela
 - Formulario de oficina postal procesado por el servicio postal con dirección de reenvío o una copia impresa del cambio de dirección de USPS.com
 - Póliza de seguro de automóvil, propietarios de vivienda, alquiler con su nombre y dirección

Si reside con un amigo o familiar:

Se requiere lo siguiente:

- Carta notariada** del propietario/inquilino que confirme:
 - Te llamas
 - Los nombres de sus hijos
 - La dirección en la que reside
- Comprobante de residencia para el propietario/inquilino de la lista anterior (1 comprobante)
- Comprobante de residencia del padre/tutor de la lista anterior (1 comprobante)

Certificación de Padre/Tutor

Al firmar a continuación, certifico que la información proporcionada es precisa y veraz a mi leal saber y entender.

Firma del padre/madre/tutor

Fecha



Elisa Alvarez, Associate 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 Person in Parental Relation:
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.

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

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"/> Parent 1	_____	<input type="checkbox"/> Parent 2
		<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:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT
INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School:

Address:

Home Language Questionnaire (HLQ)—Page Two

Educational History

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* No Not sure
 *If yes, please explain: _____

How severe do you think these difficulties are? Minor Somewhat severe Very severe

10a. Has your child ever been **referred** for a special education evaluation in the past? No Yes* *Please complete 10b below

10b. ***If referred for an evaluation**, has your child ever **received** any special education services in the past?
 No Yes – Type of services received: _____

Age at which services received (Please check all that apply):
 Birth to 3 years (Early Intervention) 3 to 5 years (Special Education) 6 years or older (Special Education)

10c. Does your child have an Individualized Education Program (IEP)? No 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? _____

Signature of Parent or of Person in Parental Relation

Month: Day: Year:

Date

Relationship to student: Parent 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: 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: _____ PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:
 MO. DAY YR. ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING

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



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.*

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
Mes	Día	Año
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
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	_____ <i>especifique</i>	<input type="checkbox"/> Padre 2
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____ <i>especifique</i>	_____ <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	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe escribir

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.	<p>¿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.</p> <p>Sí* No No se sabe</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> * En caso afirmativo, por favor explique: _____</p> <p>¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? <input type="checkbox"/> Poca gravedad <input type="checkbox"/> Algo grave <input type="checkbox"/> Muy grave</p>
10a.	¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* *Por favor, llene 10b.
10b.	<p>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____</p> <p>Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):</p> <p><input type="checkbox"/> De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (Educación Especial) <input type="checkbox"/> 6 años o mayor (Educación Especial)</p>
10c.	¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11.	<p>¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
12.	¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

Mes: Día: Año:

Firma de un padre o de la persona en relación paternal 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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">MO. DAY YR.</small>	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">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 ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	



HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

EVERY STUDENT SUCCEEDS ACT

STUDENT NAME:

Last Name

First Name

Middle Name

PLACE OF BIRTH:

City

County

State

Country

Number of years in school outside of the United States: _____

ETHNICITY:

Is the student Hispanic, Latino or of Spanish Origin? Yes No

RACE:

Choose one or more of the following regardless of ethnicity:

American Indian or
Alaskan Native

Asian

Black or African American

Native Hawaiian/Other
Pacific Islander

Caucasian

Does this student have a parent on active military duty: Yes No

If Yes: Parent name and date parent first entered active duty: _____

FIRST POLIO VACCINATION:

Immunization Date: _____ (Month/Day/Year)

Parent/Guardian Signature

Date



HIGHLAND CENTRAL SCHOOL DISTRICT

LEY DE ÉXITO PARA TODOS LOS ALUMNOS

NOMBRE DE ESTUDIANTE:

Apellido

Nombre

Segundo nombre

LUGAR DE NACIMIENTO:

Ciudad

Condado

Estado

País

Número de años en la escuela fuera de los Estados Unidos: _____

ETNICIDAD:

¿Es el/la estudiante Hispano, Latino o de Origin Español? Sí No

RAZA:

Escoja una o más de los siguientes independiente de la etnicidad:

Indio Americano o
Alasqueño Nativo

Asiático

Americano Negro o
Africano

Hawaiano Nativo/Otro
Islaño Pacífico

Caucasiano

¿Tiene este estudiante un/a padre/madre en servicio activo militar?: Sí No

Sí: Nombre del padre/madre y la fecha que primeramente entró en servicio activo:

PRIMERA VACUNA ANTIPOLIOMIELÍTICA:

Fecha de Vacuna: _____ (Mes/Día/Año)

Firma de Padre/Guardián

Fecha