

Shelter Island Union Free School District

33 North Ferry Road P.O. Box 2015
Shelter Island, New York 11964

Registro Central: Donna B Clark
Telefono: (631) 749-0302, ext. 111 Fax: (631) 749-1262
donna.clark@shelterisland.k12.ny.us

INFORMACION DE REGISTRO

Con el fin Inscribirse en de los niños, pa y con las normas federales, estatales y las políticas del distrito escolar, necesitamos cierta información y registros. Entre estos se incluyen los siguientes:

1. Prueba de Residencia

El Distrito Escolar de Shelter Island requiere DOS pruebas físicas de residencia sometidos cuando los estudiantes se están inscribiendo en el distrito.

***Por favor proporcione UNO de los siguientes, identificando la ubicación física de la residencia

PROPIETARIOS - UNO de los siguientes:

- Declaración de Hipoteca /Acuerdo
- Hecho de la casa
- Fractura de impuestos sobre la propiedad del Condado Suffolk
- Contrato de Ventas con Carta del Abogado

INQUILINOS - UNO de los siguientes:

- Contrato de Arrendamiento (si un contrato de arrendamiento no está disponible-vea más abajo)
- Notariado "Declaración jurada del propietario"

***Además, por favor proporcione UNO de los siguientes, identificando la ubicación física de la residencia:

- Factura de Servicios corriente con ubicación física de residencia (LIPA, Gas Natural, Cable – no aceptada telefono, tarjeta de biblioteca, apartado de correos)

2. Prueba de Edad

Certificado de nacimiento, pasaporte actual, identificación con foto escolar con fecha de nacimiento, registro de hospital o salud con fecha de nacimiento del estudiante

3. Identificación con foto del padre / tutor (licencia de conducir / pasaporte)

4. Examen Físico y Registro de Inmunización

Según la Ley de Educación del Estado de Nueva York, Artículo 19, Sección 903 y 904, Todos los recién llegados a la escuela están obligados a someterse a un examen físico con vacunas actualizadas (véase el formulario adjunto). Se aceptará una copia del último examen físico del estudiante, que tiene una fecha no mayor de 12 meses antes del primer día de escuela

5. Cuestionario de criterios de ingreso al programa PreK

6. Paquete de registro ajuntado completado

Póngase en contacto con el personal de la escuela si necesita ayuda para completar los elementos de este paquete de registro

7. Otros documentos

- A. Documentos de Custodia - Por favor asegúrese de proporcionar copias de documentos de la corte que se refieren a arreglos de custodia que pueden afectar a su hijo/a. Sin una orden de la corte, la escuela se asume que ambos padres tienen acceso a los niños y sus registros
- B. Papeles de Tutela/Padre Adoptivo- copias de documentos de la corte o una carta de la Agencia de Colocación indicando nombre de tutores, fecha del estudiante de nacimiento, grado y en su caso la dirección física del tutor.
- C. Programa educativo individualizado (PEI) o plan de 504 alojamientos

Shelter Island Union Free School District

33 North Ferry Road P.O. Box 2015
Shelter Island, New York 11964

Registro Central: Donna B Clark
Telefono: (631) 749-0302, ext. 111 Fax: (631) 749-1262
donna.clark@shelterisland.k12.ny.us

INFORMACION DE REGISTRO

Los distritos escolares son requeridos por el Departamento de Educación de Estados Unidos para recopilar datos raciales y étnicos con una pregunta de dos partes. Esta cuestión está dirigida en el paquete de inscripción en la hoja de información del estudiante.

La primera parte consiste de una pregunta haciendo referencia al origen étnico del estudiante

- ¿Es el estudiante de origen Hispano, Latino o origen Español?

La segunda parte pide que usted seleccione una o varias razas de cinco grupos raciales:

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Hawaiano Nativo u otros Isleños del Pacífico
- Afroamericano
- Caucásico

Usted puede encontrar lo siguiente útil para responder a esta pregunta de grupo.

- 1. Indio Americano o Nativo de Alaska:** una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norte y Sudamérica (incluyendo América Central) y que mantiene la identificación cultural a través del reconocimiento de afiliación o de la comunidad tribal
- 2. Asiático:** una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, Sureste de Asia o el subcontinente Indio. Esta área incluye, por ejemplo, Camboya, China, India, Japan, Corea, Malasia, Pakistán, Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam
- 3. Nativo Hawaiano u otras Islas del Pacífico:** una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico
- 4. Afroamericano:** una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales de África
- 5. Caucásico:** una persona con orígenes de los pueblos originarios de Europa, Norte de África o el Medio Oriente

SHELTER ISLAND U.F.S.D. FORMULARIO DE MATRÍCULA DEL ESTUDIANTE

I. INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre Legal: Apellido _____ Primer Nombre _____
 Home Phone (____) _____ - _____ Celular (____) _____ - _____
Femenino Masculino Otro Lugar de nacimiento: Ciudad _____ Estado _____ País _____
 Fecha de nacimiento ____/____/____ Idioma que se habla en casa: _____

Origen étnico. ¿Cuál es el origen étnico de este estudiante? (Marque uno)

- Hispano o Latino
(Personas de cultura u origen Cubano, Mexicano, Puerto Riqueño, Sur o Centro Americano o Español, independientemente de la raza.) Ni Hispano, ni Latino

Raza. ¿Cuál es la raza del estudiante? (Puede marcar hasta 5 categorías raciales si es que aplica)

La parte anterior de la pregunta es acerca del origen étnico, no de la raza. Independientemente de lo que haya seleccionado arriba, por favor conteste la siguiente pregunta marcando uno o más espacios para indicar la que usted considere es la raza del estudiante.

- Indígena o Nativo de Alaska *(Personas con orígenes en los pueblos originarios de Norte, Centro o Sur América)* Asiático Hawaiano / Isleño del Pacífico
 Afro- Americano Blanco *(Personas con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, África del Norte o del Medio Oriente)*

Domicilio – Dirección física

Dirección _____ El estudiante vive con (marque todos los que apliquen)
 Ciudad _____ Estado _____ Zona Postal _____ Madre Padre Padrastros
 No. de teléfono principal (____) _____ - _____ Tutor Legal Otro _____
 Dirección de correo **PO Box** _____ **Zona Postal** _____

Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según el Acto de 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 el Acto de 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 En un hogar permanente
 Otra vivienda temporal (Por favor describa): _____

II. INFORMACIÓN DE PADRES DE FAMILIA / TUTOR LEGAL

Nombre: Apellido _____ Primer Nombre _____
 Idioma que habla _____
 Telefono del trabajo (____) _____ - _____ Telefono celular (____) _____ - _____
 Otro (____) _____ - _____ Correo electrónico _____@_____

Relacion con el estudiante

Estado Civil

Servicio Militar

- Madre Madrastra Tutor Legal Casado/a Soltero/a Servicio active N/A
 Padre Padrastro Otro _____ Divorciado/a Viudo/a Guardia Nacional

Nombre: Apellido _____ Primer Nombre _____
 Idioma que habla _____
 Telefono del trabajo (____) _____ - _____ Telefono celular (____) _____ - _____
 Otro (____) _____ - _____ Correo electrónico _____@_____

Relación con el estudiante

Estado Civil

Servicio Militar

- Madre Madrastra Tutor Legal Casado/a Soltero/a Servicio active N/A
 Padre Padrastro Otro _____ Divorciado/a Viudo/a Guardia Nacional

Por favor complete la información al reverso de este formulario

III. INFORMACIÓN ADICIONAL DEL ESTUDIANTE

Idiomas

- 1) ¿Qué idioma aprendió su hijo/a cuando comenzó a hablar? _____
- 2) ¿Qué idioma habla su hijo/a más frecuentemente en el hogar? _____
- 3) ¿En qué idioma habla usted (padres/tutor legal) más frecuentemente cuando le habla a su hijo/a? _____
- 4) ¿Qué idioma hablan más los adultos en el hogar? (padres, tutores legales, abuelos u otros adultos) _____

Escuelas previas / Historial de matrícula escolar

Fecha de entrada a la escuela en _____ / _____ / _____

Última escuela a la que asistió _____ Distrito Escolar _____

Ciudad _____ Estado _____

Teléfono (_____) _____ - _____ Fax (_____) _____ - _____ Fecha que salió de la escuela previa _____ / _____ / _____

¿El estudiante ha reprobado algún grado? Sí ¿Qué grado? _____ No

Programas Especiales

Por favor marque si el estudiante ha recibido algún servicio especial o participado en cualquiera de los siguientes programas.

- ELL/Programa Bilingüe Talentosos y Dotados Educación Migrante IEP/504 Especialista de Recursos
- Clase de Día Especial Habla/Lenguaje Título I Otro _____

¿Alguien en la familia menor de 22 años? Sí No ¿Se ha mudado el estudiante en los últimos 3 años Sí No

En los últimos tres años, ¿alguien de la familia ha trabajado o buscado trabajo en alguna agricultura/finca? Sí No

Trabajo relacionado con la tala, el cultivo de madera o la recolección de alimentos Sí No

Trabajar en una planta de procesamiento de alimentos (como plantas de procesamiento de vegetales/aves que empacaban manzanas o vegetales) Sí No

Otros miembros de la familia

Nombres de otros niños de la familia	Fecha de nacimiento	Relación con el estudiante
_____	_____/_____/_____	_____
_____	_____/_____/_____	_____
_____	_____/_____/_____	_____
_____	_____/_____/_____	_____

Padre de familia sin custodia o con custodia compartida – Copia del acuerdo de Custodia requerido

Nombre: Apellido _____ Primer Nombre _____

Idioma que habla _____ Correo electrónico _____ @ _____

Teléfono del trabajo (_____) _____ - _____ Teléfono celular (_____) _____ - _____ Otro (_____) _____ - _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Relación con el estudiante

Estado Civil

- Madre Madrastra Tutor Legal Casado/a Soltero/a Divorciado/a Viudo/a
- Padre Padrastro Otro _____

¿Tiene acceso a una computadora? Sí No ¿Desea recibir alertas de mensajes de texto de la escuela? Sí No

¿Desea recibir alertas telefónicas de la escuela (Connect-Ed) en inglés? Sí No

He revisado las dos páginas de este documento y para mi mejor conocimiento, la información que contiene es verdadera y completa.

Firma del padre de familia/tutor legal _____ **Fecha** _____

Solamente para uso de la escuela

Records Received Date Entered _____ / _____ / _____

- Birth Certificate/Passport of Student Photo ID of Parent/Guardian Proof of Residency Academic Records Physical/Immunizations



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

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

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

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

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

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante
CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR		

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	_____
			<i>especifique</i>
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)		_____
			<i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe hablar
			<i>especifique</i>
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe leer
			<i>especifique</i>
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe escribir
			<i>especifique</i>

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

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

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

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

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

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

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

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

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

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

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

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

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

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (“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:

SHELTER ISLAND UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Información de Contacto en caso de Emergencia

Nombre del Estudiante: _____ fecha de nacimiento: _____

padre/guardián #1 nombre: _____ Celular Teléfono #: _____

padre/guardián #2 nombre: _____ Celular Teléfono #: _____

EL ESTUDIANTE NO SE PUBLICARÁ A NINGUNA PERSONA NO ESTABLECIDA A CONTINUACIÓN

Si es necesario, se puede agregar un nombre adicional al dorso del formulario

Persona (s) que serán responsables en caso de una emergencia, si los padres no pueden ser alcanzados:

Contacto de Emergencia #1 Información

Nombre Completo: _____

Relacion al Estudiante: _____

Genero Femenino Masculino

Reside en laCasa Si No

Teléfono:

Llamada1ª _____ Casa Celular Trabajo

Llamada 2ª _____ Casa Celular Trabajo

Llamada 3ª _____ Casa Celular Trabajo

Contacto de Emergencia #2 Información

Nombre Completo: _____

Relacion al Estudiante: _____

Genero Femenino Masculino

Reside en laCasa Si No

Teléfono:

Llamada1ª _____ Casa Celular Trabajo

Llamada2ª _____ Casa Celular Trabajo

Llamada3ª _____ Casa Celular Trabajo

Contacto de Emergencia #3 Información

Nombre Completo: _____

Relacion al Estudiante: _____

Genero Femenino Masculino

Reside en laCasa Si No

Teléfono:

Llamada1ª _____ Casa Celular Trabajo

Llamada 2ª _____ Casa Celular Trabajo

Llamada 3ª _____ Casa Celular Trabajo

Contacto de Emergencia #4 Información

Nombre Completo: _____

Relacion al Estudiante: _____

Genero Femenino Masculino

Reside en laCasa Si No

Teléfono:

Llamada1ª _____ Casa Celular Trabajo

Llamada2ª _____ Casa Celular Trabajo

Llamada3ª _____ Casa Celular Trabajo

Contacto de Emergencia #5 Información

Nombre Completo: _____

Relacion al Estudiante: _____

Genero Femenino Masculino

Reside en laCasa Si No

Teléfono:

Llamada1ª _____ Casa Celular Trabajo

Llamada 2ª _____ Casa Celular Trabajo

Llamada 3ª _____ Casa Celular Trabajo

Contacto de Emergencia #6 Información

Nombre Completo: _____

Relacion al Estudiante: _____

Genero Femenino Masculino

Reside en laCasa Si No

Teléfono:

Llamada1ª _____ Casa Celular Trabajo

Llamada2ª _____ Casa Celular Trabajo

Llamada3ª _____ Casa Celular Trabajo

Por favor actualice el historial de salud de su hijo. Esto incluye cualquier nuevo medicamento, enfermedades, alergias, lesiones, cirugías y / o condiciones médicas.

Medico de familia /pediatra: _____ Teléfono: _____

historial médico: _____

medicación: _____

alergias: _____

**THIS AFFIDAVIT IS REQUIRED IF YOU ARE RENTING.
THIS FORM MUST BE COMPLETED BY THE OWNER OF THE RESIDENCE.
A COPY OF A TAX BILL OR DEED MUST ACCOMPANY THIS FORM**

SHELTER ISLAND UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Central Registration: Donna B Clark
P.O. Box 2015/33 North Ferry Road
Shelter Island, New York 11964-2015
631-749-0302 / FAX 631-749-1262

RENTAL REGISTRATION AFFIDAVIT

STATE OF NEW YORK
COUNTY OF SUFFOLK

I, _____, residing at _____,
_____(telephone number), am the owner of the residence located at _____, which is within the boundaries of the Shelter Island Union Free School District, and will have the following person (s) residing in said residence for a period of _____ years, beginning ___/___/___ and ending ___/___/___:

I understand that it is my responsibility to inform the District if/when the conditions set forth above terminate or change. In the event the Shelter Island Union Free School District determines that the above person(s) do not reside at this address or have moved and remained registered these students will be dropped from the attendance register of the Shelter Island Union Free School District. I also understand that as the homeowner, I may be liable for tuition and/or transportation costs for each student listed above that received services from or attended the Shelter Island Union Free School District.

.....
You as deponent understands that this affidavit is made under oath; that the statements are true; that the Shelter Island Union Free School District Board of Education will rely thereon, and that any misstatements made could result in criminal (perjury) charges being brought against the person whose signature appears hereon.

Signature of Deponent

Taken and sworn to before me this
____ day of _____, 20____
