Red Bank Borough Public Schools1

Dream BIG…We'll Help You Get There!

76 Branch Avenue | Red Bank, NJ 07701
732-758-1507 | 732-212-1356 (FAX)
rbb.k12.nj.us | @RedBankSup | rumagej@rbb.k12.nj.us

Jared J. Rumage, Ed.D.
Superintendent of Schools

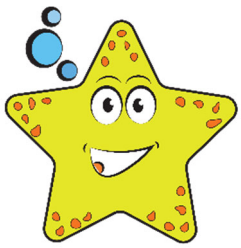
DREAM BIGGER
2024-2029
A Five Year Roadmap

Paquete de Matrícula para Grados de Preescolar hasta 8º 2026-2027

Red Bank Primary School (Grades K-3 Questions)
222 River Street | Red Bank, NJ 07701 | (732) 758-1500 ext. 1531

Red Bank Middle School (Grades 4-8 Questions)
101 Harding Road | Red Bank, NJ 07701 | (732) 758-1500 ext. 1516

United Methodist Church (Preschool 3 & 4 Questions)
247 Broad Street | Red Bank, NJ 07701 | (732) 758-1500 ext. 1536

VISIÓN Creemos que nuestros hijos deben soñar en GRANDE. Les inspiraremos. Les plantearemos retos. Ellos lo conseguirán.		**MISIÓN** Impulsados por las necesidades de nuestros niños, proporcionamos un entorno de aprendizaje seguro, enriquecedor y estimulante para cada alumno, cada día.
		

For office use only.
____ Primary ____ Middle ____ PK3 ____ PK4 ____ EI ____ Charter

Red Bank Borough Public Schools1

Dream BIG...We'll Help You Get There!

76 Branch Avenue | Red Bank, NJ 07701
732-758-1507 | 732-212-1356 (FAX)
rbb.k12.nj.us | @RedBankSup | rumagej@rbb.k12.nj.us

Jared J. Rumage, Ed.D.
Superintendent of Schools

DREAM BIGGER
2024-2029
A Five Year Roadmap

¿Qué Información Necesito Para Matricular a Mi Hijo (a)?

- ☐ **Comprobantes de Residencia/Domicilio** en la ciudad de Red Bank
- ☐ **Formulario de Información del Estudiante**
- ☐ **Comprobante de la Fecha de Nacimiento** (acta de nacimiento original o pasaporte) - Elegibilidad preescolar: Su hijo es elegible para preescolar si cumple tres años antes del 1 de octubre.
- ☐ **Comprobante de Vacunación** - Registro completo de Vacunación/inmunización oficial (ver la sección "Requisitos de inmunización para asistir a la Escuela" para obtener una lista de todas las dosis requeridas)
- ☐ **Formulario del Historial de Salud del Estudiante** - completado por el padre/madre/tutor
- ☐ **Copia de la Tarjeta del Seguro Medico**
- ☐ **Comprobante de Mantoux** (solo si aplica) - Usted puede hablar con la enfermera si tiene preguntas.
- ☐ **Alerta de Custodia/Tutela** - Solamente los padres legales o encargados pueden matricular al estudiante.
- ☐ **Comprobantes de Custodia** (solo si aplica)
- ☐ **Encuesta Sobre la Lengua del Hogar**
- ☐ **Record Universal de Salud del Niño** - Con prueba del examen médico dentro del año (tiene que ser completado por el proveedor de salud)
- ☐ **Expedientes Escolares** (solo si aplica) – Tarjeta de Transferencia, Tarjeta de Calificaciones, Record de Asistencia, Calificaciones en Exámenes, 504 y IEP

  *La asignación inicial se realizará basándose en los expedientes y en las directrices del Departamento de Educación (DOE). La administración podrá realizar ajustes a su discreción cuando la evaluación indique que dichos ajustes serían beneficiosos para el niño.

Información de Matricula

1.0 VERIFICACIÓN DE DOMICILIO/RESIDENCIA

1.1 Toda persona que matricula a un estudiante en las Escuelas de Red Bank deberá demostrar que residen en la ciudad de Red Bank. El distrito aceptará una combinación de cualquiera de las siguientes formas de documentación de la persona que intenta demostrar la elegibilidad de un estudiante para su matrícula. Para comprobar su domicilio, **usted deberá proporcionar, 1 documento del "a" y 3 documentos del "b al h" estos se enumeran a continuación:**

a.	Recibo de los impuestos de la propiedad, Titulo o Documentos de Cierre de una propiedad adquirida, contratos de venta, contrato de arrendamiento **o** una Declaración Jurada de Sostenimiento (2.0) o la Declaración Oral de Arrendamiento (3.0)
b.	Registración de votante, licencias, permisos, información de la cuenta financiera, recibos de utilidades, recibos de envíos y otras pruebas de apego personal a un lugar en particular;
c.	Órdenes de la corte, acuerdos con agencia del estado y otras pruebas de corte o colocaciones con agencias o directivas;
d.	Recibos, facturas, cheques cancelados, reclamos o pagos de seguros y otras pruebas de gastos que muestran apego personal a un lugar determinado, o, donde es aplicable, para ayudar al estudiante;
e.	Informes médicos, evaluaciones de consejero o trabajador social, documentos de trabajo, reclamos de desempleo, declaraciones de beneficio o cualquier otra evidencia de circunstancias demostrando, en su caso, familiares o dificultades económicas o residencia temporal;
f.	Declaraciones juradas, certificaciones y juramentaciones que atestigüen los términos de estatutos para asistir a la escuela, del padre, madre, tutor legal, persona que tenga una declaración jurada del estudiante; estudiante adulto, persona con quien vive una familia, u otros según corresponda;
g.	Documentos que indique afiliación militar y asignación; y
h.	Cualquier otro expediente de negocios o documento expedido por una entidad gubernamental.

1.2 Casos Especiales de Matrícula - Prueba temporal de residencia podrá establecerse mediante el comprobante de cualquiera de los siguientes documentos, sin haber caducado o vencido hasta la fecha, **por un período de 20 días solamente (K-8)**:

- Tarjeta de la matrícula vehicular y del seguro del auto
- Recibo de una utilidad
- Verificación de dirección de la oficina de correo
- Cualquier otro expediente de negocios o documento expedido por una entidad gubernamental
- Otros que son permitidos por la ley N.J.A.C. 6A:22-3.4

2.0 DECLARACIÓN JURADA DE SOSTENIMIENTO (N.J.A.C. 6A:22-3.2)

Ocasionalmente, se presentan circunstancias en el cual un estudiante se quedó residiendo en el hogar de un residente de Red Bank y esté está recibiendo **el apoyo financiero completo de ese residente de Red Bank.** Antes de que cualquier estudiante pueda ser matriculado, el residente de la ciudad de Red Bank debe completar una Declaración Jurada de Sostenimiento, que documente el apoyo financiero completo del estudiante. Todas las Declaraciones Juradas son válidas por un año escolar solamente y se deben renovar anualmente antes del 1º de agosto. (Ejemplo: de septiembre de 2026 a junio de 2027 es considerado un año escolar.)

2.1 Las Declaraciones Jurada de Sostenimiento se dan solamente cuando se demuestra que hay una **situación difícil**. Por ejemplo, cuando un niño no está viviendo con ninguno de los padres, ni con el encargado legal.

2.2 El residente de la Ciudad de Red Bank está dispuesto a:

- Mostrar prueba que el niño/a está residiendo en el distrito.
- Mostrar prueba que el niño/a está siendo mantenido gratis, De acuerdo con N.J.S.A. 18A:38-1.
- Asumir todas las obligaciones personales del niño con relación a los requisitos de la escuela.
- Mostrar prueba de domicilio/residencia según lo indicado en la parte 1.1
- El estudiante debe vivir con el residente de la Ciudad de Red Bank gratuitamente durante el año escolar y calendario.
- El residente tiene **que firmar** la Declaración Jurada de Sostenimiento y de Residencia/Domicilio.

2.3 El padre/madre natural o el encargado legal tendrá que hacer lo siguiente:

- Firmar un **Permiso Parental de Residencia/Domicilio y de Sostenimiento.**
- Mostrar documentación de declaración de la falta de apoyo.
- En la ausencia de una Declaración Jurada por parte del padre/madre, el encargado legal de la custodia del niño debe firmar la declaración jurada que indica el desconocido paradero de los padres del niño antes mencionado (Consentimiento de Ausencia de los Padres).
- **NOTA: El padre/madre o el encargado no tiene ningún derecho u obligación personal con la escuela en relación con el niño.**

2.4 La Junta de Educación deberá aplicar N.J.A.C. 6A:22-3.2 en las declaraciones jurada que no se obtengan.

3.0 DECLARACIÓN JURADA DE ARRENDAMIENTO ORAL

Cualquier persona que desee matricular a un niño o niños, donde el nombre de los padres del niño o el tutor designado por la corte no aparece en la escritura de la propiedad o el contrato de arrendamiento, deberá completar una declaración jurada de arrendamiento oral. Todas las declaraciones son válidas solo por un año escolar y deben ser renovadas cada año en agosto 1º. (Ejemplo: septiembre de 2026 a junio de 2027 se considera un año escolar.)

3.1 Declaración Jurada de Arrendamiento Oral se dan cuando un residente reside de forma permanente en la Ciudad de Red Bank, pero no tiene un contrato por escrito.

3.2 Uno de los padres de familia/tutores **deben firmar** la declaración jurada y debe ser notariada.

Además de la Declaración Jurada de Arrendamiento Oral Notariada

- **Los Padres de familia matriculando** deben presentar 2 documentos que prueben su residencia como lo indica la sesión 1.1 “b-h”.
- **El Residente de la Ciudad de Red Bank** deberá de tener 1 documento que prueben la residencia como lo indica en la sesión 1.1.

El incumplimiento legal con las Declaraciones Juradas de Arrendamiento o Declaración Jurada de Sostenimiento resultara en una cuenta para pagar los costos de la colegiatura.

El distrito deberá comprobar al azar el estado de residencia de los estudiantes actualmente matriculados en el sistema escolar. Si el distrito encuentra estudiantes no residentes de Red Bank y que asisten a las escuelas de Red Bank, la Junta de Educación tiene la obligación de cobrar la colegiatura que a partir del 2025 se calcula a aproximadamente $23,000 dólares por estudiante en grados K-8 por cada año escolar. La colegiatura para estudiantes que reciben servicios de educación especial puede ser significativamente más alta.

Verificación - La Junta de Educación se reserva el derecho de verificar la residencia de cualquier estudiante y la validez de cualquier declaración de custodia en cualquier momento durante el año. Las Declaraciones Juradas de Arrendamiento y de Sostenimiento se renuevan anualmente y/o se completan al momento de la matrícula. Cambio de residencia durante el año escolar también debe ser verificado. Las instrucciones de verificación de residencia deben ser seguidas.

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Primer Nombre Legal del Estudiante:	**Segundo Nombre:**	**Apellido:**
Dirección:	**Fecha de Nacimiento:**	
Ciudad, Estado, Código Postal:	**Género: Masculino / Femenino**	
Teléfono Principal (Numero para recibir llamadas automatizadas):		
País de Nacimiento: **Fecha de entrada si no nació en USA:**	**Idioma que prefiere recibir comunicaciones de la escuela:**	
Ciudad de Nacimiento:		
¿Está el Padre/Madre o Tutor activo en la Guardia Nacional o en la Reserva de U.S.A.? SÍ o NO		
Etnicidad (Por favor circule uno.): Hispano/Latino No-Hispano/Latino		
Raza (Por favor circule uno, por lo menos.): Blanco Negro Indio Americano/Alaska Asiático Islas del Pacifico		

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre:	**Parentesco con el Niño:**
Dirección:	**Guardián Legal: SÍ o NO**
Ciudad, Estado, Código Postal:	**Email:**
Empleado en:	**Teléfono de Casa:**
Teléfono del Trabajo:	**Celular:**
Nombre:	**Parentesco con el Niño:**
Dirección:	**Guardián Legal: SÍ o NO**
Ciudad, Estado, Código Postal:	**Email:**
Empleado en:	**Teléfono de Casa:**
Teléfono del Trabajo:	**Celular:**

INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA- DIFERENTE A PADRE/MADRE/TUTOR

Nombre:	**Nombre:**
Parentesco:	**Parentesco:**
Teléfono Móvil:	**Teléfono Móvil:**
Teléfono de Casa:	**Teléfono de Casa:**
Teléfono del Trabajo:	**Teléfono del Trabajo:**
Tiene permiso de recoger de la escuela: SÍ o NO	**Tiene permiso de recoger de la escuela: SÍ o NO**

Por favor circule una opción en cada cajita.

¿El estudiante recibe Inglés Como Segundo Idioma?	**SÍ o NO**	**¿Tiene el estudiante un IEP?**	**SÍ o NO**
¿El estudiante recibe Servicios de Habla en la escuela?	**SÍ o NO**	**¿Tiene el estudiante un Plan 504?**	**SÍ o NO**
¿Ha recibido su hijo(a) Intervención Temprana?	**SÍ o NO**	**¿Alguna vez ha reprobado?**	**SÍ o NO**
¿Estaba el Estudiante recibiendo consejería?	**SÍ o NO**		

¿Estuvo el estudiante matriculado alguna vez en las Escuelas Públicas de Red Bank? SÍ o NO

Nombre de la Escuela: _____ Cuando asistió: _____

Nombre de otra Escuela Anterior a Estas (Incluyendo Preescolar) _____

Dirección de la Escuela Anterior: _____

FOR CHILD CARE/PRESCHOOL DIRECTORS AND PARENTS: IMMUNIZATION REQUIREMENTS

NJ Department of Health (NJDOH)
Vaccine Preventable Disease Program

Summary of NJ Child Care/Preschool Immunization Requirements

Listed in the chart below are the minimum required number of doses your child must have to attend a NJ child care/preschool.* This is strictly a summary document. Exceptions to these requirements (i.e. provisional admission, grace periods, and exemptions) are specified in the Immunization of Pupils in School rules, New Jersey Administrative Code (N.J.A.C. 8:57-4). Please reference the administrative rules for more details https://www.nj.gov/health/cd/imm_requirements/acode/. Additional vaccines are recommended by Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) for optimal protection. For the complete ACIP Recommended Immunization Schedule, please visit http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html.

At this age the child should have received the following vaccines:	**2 months**	**4 months**	**6 months**	**12 months**	**15 months**	**18 months**	**19 months**	**20-59 months**
Diphtheria, tetanus & acellular pertussis (DTaP)	Dose #1	Dose #2	Dose #3			Dose #4		
Inactivated Poliovirus (Polio)	Dose #1	Dose #2				Dose#3		
Haemophilus influenzae type b (Hib)	Dose #1	Dose #2		1-4 doses† (see footnote)	.	At least 1 dose given on or after the first birthday		
Pneumococcal conjugate (PCV 13)	Dose #1	Dose #2		1-4 doses† (see footnote)	At least 1 dose given on or after the first birthday			
Measles, mumps, rubella (MMR)					Dose #1‡			
Varicella (VAR)							Dose #1 §	
Influenza (IIV; LAIV)			One dose due each year‖					

***Interpretation: Children need to receive the minimum number of age-appropriate vaccines prior to entering child care/preschool. For example, a child 2 months of age, must have 1 dose each of DTaP, Polio, Hib, and PCV before being permitted to enter child care/preschool. A child entering at a younger age range than listed above must have proof of receiving vaccines in the previous age bracket. Example: A child entering child care/preschool at 11 months of age, would need at least the following: 3 DTaP, 2 Polio, 2 Hib, and 2 PCV. If a child has not received any vaccines, he/she would need at least one dose of each required vaccine to enter school provisionally and be in the process of receiving the remaining doses as rapidly and as medically feasible. The current seasonal flu vaccine is required every year by December 31 for children 6-59 months of age.**

FOR SCHOOLS AND PARENTS: K-12 IMMUNIZATION REQUIREMENTS

NJ Department of Health (NJDOH)
Vaccine Preventable Disease Program

Summary of NJ School Immunization Requirements

Listed in the chart below are the minimum required number of doses your child must have to attend a NJ school.* This is strictly a summary document. Exceptions to these requirements (i.e. provisional admission, grace periods, and exemptions) are specified in the Immunization of Pupils in School rules, New Jersey Administrative Code (N.J.A.C. 8:57-4). Please reference the administrative rules for more details https://www.nj.gov/health/cd/imm_requirements/acode/. Additional vaccines are recommended by Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP) for optimal protection. For the complete ACIP Recommended Immunization Schedule, please visit http://www.cdc.gov/vaccines/schedules/index.html.

Grade/level child enters school:		**Minimum Number of Doses for Each Vaccine**						
		DTaP Diphtheria, Tetanus, acellular Pertussis	**Polio Inactivated Polio Vaccine (IPV)**	**MMR (Measles, Mumps, Rubella)**	**Varicella (Chickenpox)**	**Hepatitis B**	**Meningococcal**	**Tdap (Tetanus, diphtheria, acellular pertussis)**
Kindergarten – 1st grade		A total of 4 doses with one of these doses on or after the 4th birthday OR any 5 doses†	A total of 3 doses with one of these doses given on or after the 4th birthday OR any 4 doses‡	2 doses§	1 dose‖	3 doses	None	None
2nd – 5th grade		3 doses *NOTE: Children 7 years of age and older, who have not been previously vaccinated with the primary DTaP series, should receive 3 doses of Td. For use of Tdap, see footnote.* †	3 doses	2 doses	1 dose	3 doses	None	See footnote†
6th grade and higher		3 doses	3 doses	2 doses	1 dose	3 doses	1 dose required for children born on or after 1/1/97 given no earlier than ten years of age¶	1 dose required for children born on or after 1/1/97¶

HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DEL NIÑO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

DESARROLLO INFANTIL:	SÍ	NO	Si la respuesta es sí, explique e incluya la fecha:
¿Su hijo nació prematuro?	□	□	
¿Tuvo alguna dificultad antes, durante o después del parto?	□	□	
¿Tuvo algún retraso en los hitos del desarrollo - sentarse?	□	□	
¿Tuvo algún retraso en los hitos del desarrollo - caminar?	□	□	
¿Tuvo algún retraso en los hitos del desarrollo - hablar?	□	□	
ALGUNA VEZ SU HIJO:	**SÍ**	**NO**	**Si la respuesta es sí, explique e incluya la fecha:**
Tenía una afección/condición médica crónica	□	□	
Había consultado a un especialista médico (neumólogo, endocrinólogo, pediatra del desarrollo, etc.)	□	□	
Tenía alergias:	□	□	□alimentación □medio ambiente □insectos □medicación □otros
Había sido hospitalizado	□	□	
Había sido operado	□	□	
Había sufrido una lesión que requirió acudir a urgencias	□	□	
Había faltado 5 días seguidos a la escuela por enfermedad o lesión	□	□	
Había sufrido una lesión ósea o muscular	□	□	
Ha perdido el conocimiento, ha sufrido una conmoción cerebral o una lesión grave en la cabeza	□	□	
Ha tenido convulsiones o ataques epilépticos	□	□	
Ha tenido problemas o afecciones/condiciones de la vista	□	□	□ gafas/lentes □ lentes de contacto
Ha tenido problemas o afecciones/condiciones de la audición	□	□	□ audífonos □ implantes cocleares
Ha llevado puente dental, aparatos ortodónticos o protector bucal	□	□	
Algún miembro de su familia menor de 50 años ha tenido alguna vez:	**SÍ**	**NO**	**Si la respuesta es sí, explique e incluya la fecha:**
Un ataque al corazón	□	□	
Otros problemas de salud graves	□	□	

HISTORIAL MÉDICO DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DEL NIÑO: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** _____

MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE SE APLIQUEN A SU HIJO:

□ TDAH (trastorno por déficit de atención con hiperactividad)
□ Asma/dificultad para respirar
□ Autismo/síndrome de Asperger
□ Lesiones dentales
□ Diabetes
□ Infecciones de oído

□ Afecciones gastrointestinales (úlcera, reflujo, síndrome del intestino irritable)
□ Dolores de cabeza/migrañas
□ Afecciones cardíacas
□ Hipertensión arterial
□ Afecciones de salud mental (depresión, trastornos alimentarios, ansiedad, TOC, TDO, etc.)

□ Escoliosis
□ Órgano único (□riñón □testículo)
□ Afecciones cutáneas
□ Afecciones del habla
□ Afecciones urinarias

MEDICAMENTOS ACTUALES	SÍ	NO	Nombre de medicamento, dosis, hora(s)
Administrados en la escuela	□	□	
Tomados en casa	□	□	
EQUIPO DE ASISTENCIA	**SÍ**	**NO**	**Marque todas las opciones que correspondan**
Durante o fuera de la escuela	□	□	□muletas □andador □silla de ruedas □otro:
TRATAMIENTOS	**SÍ**	**NO**	
Durante o fuera de la escuela	□	□	□control de insulina/glucosa en sangre □dieta especial □inhalador/nebulizador/control del flujo máximo

¿Existe alguna condición que impida a su hijo participar en educación física o deportes?

_____

Enumere cualquier otra inquietud: _____

_____

_____

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Red Bank Borough Public Schools

Dream BIG...We'll Help You Get There!

76 Branch Avenue | Red Bank, NJ 07701
732-758-1507 | 732-212-1356 (FAX)
rbb.k12.nj.us | @RedBankSup | rumagej@rbb.k12.nj.us

Jared J. Rumage, Ed.D.
Superintendent of Schools

DREAM BIGGER
2024-2029
A Five Year Roadmap

ALERTA DE CUSTODIA

*Este formulario **tiene** que ser completado para **TODOS** estudiantes.*

LA ESCUELA DEBE SER NOTIFICADA EN CASO DE MODIFICACIONES A LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO.

_____Marque aquí si **NO hay problemas** de custodia en relación con su hijo y firme abajo.

Esta sección debe ser completada si uno o ambos padres naturales no tienen igualdad de custodia del estudiante. (Copia de Documentos de Custodia debe ser entregada a la escuela.)

El tutor legal, padre de familia o tutor designado por la corte para _____ es
Nombre del Niño

_____.
Nombre de padre/madre

Las siguientes personas NO PODRÁN tener acceso legal al niño o a los expedientes del niño sin el permiso por escrito de la persona que tiene la custodia:

Nombre	Parentesco al Estudiante	Dirección	Número de Teléfono

Nombre del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Encuesta Sobre la Lengua de Hogar

*Este formulario **tiene** que ser completado para **TODOS** estudiantes.*

Información del estudiante
Apellido:
Primer nombre:
Fecha de nacimiento:

La encuesta sobre la lengua del hogar se utiliza únicamente para ofrecer servicios educativos adecuados. Esta encuesta es el primero de tres pasos para identificar si un estudiante es elegible para ser identificado como un Estudiante Multilingüe (ML). "Hogar" se define como el lugar de residencia actual del estudiante.

1: Escriba todas las lenguas utilizadas en el hogar del estudiante.	
Circule SÍ o NO para las preguntas siguientes.	
2: ¿Fue la primera lengua utilizada por el estudiante una lengua distinta del inglés?	**SÍ** **NO**
3: ¿Habla o entiende el estudiante un idioma distinto del inglés?	**SÍ** **NO** **Si contesto NO, no complete #4 y #5.**
4: Cuando interactúa con otras personas en casa (por ejemplo: padres, tutores, hermanos), ¿entiende o utiliza el estudiante un idioma distinto del inglés la mayor parte del tiempo?	**SÍ** **NO**
5: Cuando interactúa con otras personas fuera de casa (por ejemplo: amigas, cuidadores), ¿entiendo o utiliza el estudiante un idioma distinto del inglés la mayor parte del tiempo?	**SÍ** **NO**
OFFICE USE ONLY **_____ Records Review Required by ESL Supervisor**	**_____ Student Not A ML**

APPENDIX H

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

Endorsed by: *American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter*
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)

Child's Name *(Last)* *(First)*	Gender ☐ Male ☐ Female	Date of Birth / /

Does Child Have Health Insurance? ☐Yes ☐No	If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier

Parent/Guardian Name	Home Telephone Number ( ) -	Work Telephone/Cell Phone Number ( ) -
Parent/Guardian Name	Home Telephone Number ( ) -	Work Telephone/Cell Phone Number ( ) -

I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.

Signature/Date	This form may be released to WIC. ☐Yes ☐No

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

Date of Physical Examination:	Results of physical examination normal? ☐Yes ☐No

Abnormalities Noted:		
	Weight *(must be taken within 30 days for WIC)*	
	Height *(must be taken within 30 days for WIC)*	
	Head Circumference *(if <2 Years)*	
	Blood Pressure *(if ≥3 Years)*	

IMMUNIZATIONS	☐ Immunization Record Attached ☐ Date Next Immunization Due: _____

MEDICAL CONDITIONS

Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Medications/Treatments • List medications/treatments:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Allergies/Sensitivities • List allergies:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments

PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS

Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: ☐ Capillary ☐ Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		

☐ ***I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.***

Name of Health Care Provider (Print)	Health Care Provider Stamp:
Signature/Date	

Red Bank Borough Public Schools

Dream BIG...We'll Help You Get There!

76 Branch Avenue | Red Bank, NJ 07701
732-758-1507 | 732-212-1356 (FAX)
rbb.k12.nj.us | @RedBankSup | rumagej@rbb.k12.nj.us

Jared J. Rumage, Ed.D.
Superintendent of Schools

DREAM BIGGER
2024-2029
A Five Year Roadmap

Póliza del Uso Aceptable de la Tecnología Para Estudiantes

Estamos complacidos de ofrecer a los estudiantes de las Escuelas Públicas de Red Bank el acceso a la red electrónica de la escuela. Para todos los estudiantes menores de 18 años, se requiere del permiso del padre de familia para tener el acceso a la red. El acceso al Internet permitirá a los estudiantes explorar miles de bibliotecas y bases de datos a través del mundo. Las familias deben ser advertidas que algunos materiales que son accesible vía Internet podría contener artículos que son ilegales, difamatorios, inexactos o potencialmente ofensiva para algunas personas. Nuestro intento es hacer que el acceso a Internet esté disponible para ampliar las metas y los objetivos de educación. La escuela está patrocinando un programa llamado Firewall que está diseñado para bloquear estos sitios inadecuados. Creemos que las ventajas para los estudiantes de tener el acceso a Internet, exceden cualquier desventaja. Pero en última instancia, son los padres y los encargados de menores de edad los responsables de fijar y de orientar los estándares que sus niños deben seguir al usar los medios y las fuentes de información. A tal efecto, el distrito de la ciudad de Red Bank apoya y respeta los derechos de cada familia de decidir con un sí o con un no cuando aplique al acceso a la red electrónica. Éstas son las expectativas para todos los estudiantes que tengan el acceso a la red:

a. Uso apropiado del lenguaje mientras que usa la red
b. Referir todas las preocupaciones o el mal uso al maestro
c. Seguir todas las reglas de comportamiento de la escuela
d. Ser responsable de mantener las computadoras en buenas condiciones de trabajo
e. Seguir las instrucciones dadas por el maestro
f. Todos los recursos usados, incluyendo el sitio de Web, se le dan crédito apropiado
g. Respetar la privacidad del trabajo de otra gente
h. Tener acceso solamente a sitios apropiados, relacionados con la educación
i. Obtener el permiso de un maestro antes de descargar cualquier cosa del Internet
j. Nunca dar la información personal, tales como nombre, dirección, edad, o número de teléfono

Sin embargo, la libertad de discurso y el acceso a la información serán honrados. Durante las horas de escuela, los maestros guiaran a los estudiantes a los materiales apropiados. Fuera de la escuela, la familia tiene la misma responsabilidad de guiar a sus hijos cuando entran a fuentes de información tales como televisión, teléfonos, películas, radio y otros medios potencialmente ofensivos.

Esta póliza del Uso Aceptable de la Tecnología para estudiantes se requiere para comunicarles a todos los estudiantes que cumplirán con las expectativas mencionadas y que le dé a su niño/a permiso de tener acceso a la red de la escuela para la duración de su hijo/a en la escuela en el distrito. Si el padre/guardián decide modificar los permisos establecidos por esta póliza del uso aceptable de la tecnología, debe contactar directamente a la escuela.

Por favor tenga en cuenta que usted también se conceden el permiso para las fotografías de su hijo/a que se van a utilizar para la visualización y comercialización en cualquier/todos los medios – video impresión, la red, etc. A menos que usted nos indique lo contrario a continuación:

_____ DOY permiso para que se use las fotografías de mi hijo/a para ser utilizadas para la visualización y comercialización en cualquier/todos los medios – video impresión, la red, etc.

_____ NO DOY permiso para que se use las fotografías de mi hijo/a para ser utilizadas para la visualización y comercialización en cualquier/todos los medios – video impresión, la red, etc.

Nombre del Estudiante:	Grado:
Firma de Padre/Tutor:	Fecha:

Red Bank Borough Public Schools

Dream BIG...We'll Help You Get There!

76 Branch Avenue | Red Bank, NJ 07701
732-758-1507 | 732-212-1356 (FAX)
rbb.k12.nj.us | @RedBankSup | rumagej@rbb.k12.nj.us

Jared J. Rumage, Ed.D.
Superintendent of Schools

DREAM BIGGER
2024-2029
A Five Year Roadmap

DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DE NEW JERSEY
FORMULARIO DE PERMISO DE FOTOS DE ESTUDIANTES

Yo, (su *nombre completo en letra de molde*) _____, previamente dando permiso al distrito escolar local para publicar fotos/imagines de mi hijo (*nombre complete del niño en letra de molde*) _____en el sitio web del distrito/escuela, además doy permiso para que el Departamento de Educación de New Jersey (DOE) muestre fotos/imagines/videos de este niño en el sitio web del DOE www.state.nj.us/education y en las redes sociales (incluyendo, pero no limitado a Facebook, X e Instagram).

Al conceder este permiso, entiendo que el DOE puede utilizar fotos/imágenes/videos de mi hijo para fines tales como celebrar logros y dar a conocer eventos educativos, según lo considere apropiado por la Oficina de Información Pública, y que dicho uso puede incluir exposición en la Galería de Fotos del DOE y en las redes sociales. Entiendo además que, aunque se identificarán los distritos escolares y/o escuelas asociadas con fotos/imagines/videos, y que los adultos que aparecen en fotos/imagines/videos pueden ser nombrados, el nombre de mi hijo u otra información de identificación personal *no* será utilizado con cualquier foto/imagen/video.

Estoy firmando este formulario de permiso con el conocimiento de que cualquier foto/imagen/video publicados en el sitio web del DOE o en las redes sociales puede ser descargado y reimpreso por varias organizaciones de noticias, incluyendo medios impresos, electrónicos y de difusión, y yo, por lo tanto, libero el DOE de cualquier responsabilidad que surja del uso de las fotos/imágenes/videos de mi hijo en publicaciones del sitio web del DOE o redes sociales. Además, como ha aconsejado anteriormente el distrito escolar local, entiendo que hay peligros potenciales asociados con la publicación de información de identificación personal en un sitio web o en las redes sociales, ya que el acceso global a Internet no permite para el control de quien puede acceder a dicha información.

Además, entiendo que, si deseo rescindir este acuerdo, puedo hacerlo en cualquier momento enviando una carta al director de la escuela de mi hijo, quien notificará inmediatamente al DOE por fax o correo electrónico. La rescisión solicitada surtirá efecto al DOE recibir la notificación del director.

_____ _____

Firma de Padre/Tutor Legal *Fecha*

_____

Grado

Notificación Anual de Medicaid sobre el Consentimiento de los Padres

Antecedentes: El Estado de Nueva Jersey participa en el programa federal Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés), desde 1994. El programa ayuda a los distritos escolares con el reembolso parcial de servicios médicos relacionados con el Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés). El programa SEMI funciona con el auspicio del Departamento del Tesoro de New Jersey en colaboración con el Departamento de Educación de New Jersey y la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS, por sus siglas en inglés) de New Jersey. En 2013, se reformularon las normas relativas al consentimiento de los padres requerido por Medicaid para los servicios brindados en las escuelas. Actualmente, la normativa exige que antes de acceder a los beneficios o seguros públicos de un niño por primera vez y, posteriormente, cada año, los distritos escolares deben enviar a los padres o tutores una notificación por escrito y obtener la autorización de los padres por única vez. ¿Hay un costo para usted? No. Los servicios del IEP se proporcionan a los estudiantes en la escuela sin costo alguno para los padres o tutores. ¿De qué manera SEMI podría afectar los beneficios que mi familia recibe de Medicaid? El programa SEMI no afecta los servicios, fondos o límites de cobertura de Medicaid para las familias. El programa de servicios brindados en las escuelas de New Jersey funciona de manera diferente que el programa de Medicaid para las familias. El programa SEMI no afecta los beneficios de Medicaid para su familia de ninguna manera. ¿Qué tipo de servicios cubre el programa brindado en la escuela?

• Evaluaciones

• Terapia del lenguaje

• Terapia ocupacional

• Terapia física

• Consejería sicológica

• Audiología

• Enfermería

• Transporte especializado ¿Qué tipo de información sobre su hijo(a) podría ser divulgada? Para someter solicitudes de reembolso al SEMI, se podría requerir brindar los siguientes datos sobre su hijo(a): primer nombre, segundo nombre, apellidos, dirección, fecha de nacimiento, número de carnet de estudiante, número de identificación de Medicaid, tipo de discapacidad, fechas y tipo de servicios prestados. ¿Quién podría tener acceso a esa información? La información sobre el programa de educación especial que recibe su hijo(a) puede ser compartida con la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud de New Jersey y sus agencias afiliadas, incluyendo el Departamento del Tesoro y el Departamento de Educación, con el propósito de verificar la elegibilidad por parte de Medicaid y la presentación de reclamos. ¿Qué pasa si usted cambia de opinión sobre el consentimiento otorgado? Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento que permite la facturación a Medicaid en cualquier momento, poniéndose en contacto con la escuela en la que está matriculado(a) su hijo(a). ¿Podrían ser afectados los servicios que recibe su hijo(a) cuando usted otorga o deniega su consentimiento? No. Su distrito escolar debe seguir proporcionando los servicios necesarios a su hijo(a) de conformidad con su IEP, independientemente de su estatus de elegibilidad con Medicaid o su decisión de dar su consentimiento para la facturación al SEMI. ¿Qué pasa si usted tiene preguntas? Por favor, llame al Departamento de Educación Especial de su distrito escolar si tiene preguntas o inquietudes o si necesita obtener una copia del formulario de consentimiento de los padres.

Forma de entrega: (marque una opción):

___ Por correo postal a los padres ____ Por e-mail a los padres ____ Reunión del IEP _X__ Entregado personalmente

Red Bank Borough Public Schools

Dream BIG...We'll Help You Get There!

76 Branch Avenue | Red Bank, NJ 07701
732-758-1507 | 732-212-1356 (FAX)
rbb.k12.nj.us | @RedBankSup | rumagej@rbb.k12.nj.us

Jared J. Rumage, Ed.D.
Superintendent of Schools

DREAM BIGGER
2024-2029
A Five Year Roadmap

Formulario de consentimiento de los padres de Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI) 2026-2027

El Distrito Escolar de las Escuelas Públicas de Red Bank participa en el programa de Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés), que permite a los distritos escolares facturar al programa de salud Medicaid por servicios que se ofrecen a los estudiantes. De acuerdo con la Ley federal sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), 34CFR§99.30 y la Sección 617 de la Parte B de la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) sobre requisitos de consentimiento en 34 CFR§300.622, se necesita un consentimiento único antes de poder acceder a beneficios públicos.

Este consentimiento establece que los datos personales de su hijo(a), tales como su historial en la escuela o información acerca de los servicios que le son proporcionados, incluyendo las evaluaciones y los servicios especificados del Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) que recibe su hijo(a) (terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, terapia psicológica para estudiantes, audiología, enfermería y transporte especializado), pueden ser revelados al programa Medicaid y al Departamento del Tesoro con el fin de recibir el reembolso de Medicaid en el distrito escolar.

Como padre o madre/tutor del o la menor nombrado(a) abajo, doy permiso para que se revele la información descrita anteriormente; así como entiendo y acepto que Medicaid puede tener acceso a los beneficios públicos o seguros de mi hijo(a) o míos para pagar los servicios de educación especial y relacionados al amparo de la Parte 300 (servicios bajo IDEA). Yo entiendo que el distrito escolar todavía tiene que proporcionar servicios a mi niño según su IEP, sin importar mi estatus de elegibilidad de Medicaid o disposición de consentimiento a facturar SEMI. Yo entiendo que cobrar por estos servicios por el distrito no afecta mi capacidad de tener acceso a estos servicios para mi niño fuera del ambiente escolar, ni habrá un costo incurrido a mi familia incluyendo pago compartido, deducibles, perdida de elegibilidad o afectar el derecho a beneficios por el resto de su vida.

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: _____/_____/_____

Padre/Tutor: _____ Fecha: ___/___/___

Doy mi consentimiento para facturar al SEMI: Sí ____ No_____

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, poniéndose en contacto, por escrito, con el administrador de la escuela de su hijo/a.

_X_ Por correo postal a los padres ____ Por e-mail a los padres ___ Reunión del IEP __X__ Entregado personalmente

Red Bank Borough Public Schools

Dream BIG...We'll Help You Get There!

76 Branch Avenue | Red Bank, NJ 07701
732-758-1507 | 732-212-1356 (FAX)
rbb.k12.nj.us | @RedBankSup | rumagej@rbb.k12.nj.us

Jared J. Rumage, Ed.D.
Superintendent of Schools

DREAM BIGGER
2024-2029
A Five Year Roadmap

Red Bank Middle School (Grades 4-8)
101 Harding Road | Red Bank, New Jersey 07701
Phone: (732) 758-1500 ext. 1516
Fax: (732) 758-1518
James Pierson, Principal

Red Bank Primary School (Grades K-3)
222 River Street | Red Bank, New Jersey 07701
Phone: (732) 758-1500 ext. 1531
Fax: (732) 758-0172
Maria Iozzi, Principal

Student Records Request Form

(Please complete and return with records.)

Student's Last Name: _____
Student's First Name: _____
Grade: _____
Date of Birth: _____
NJ State ID No.: _____

As the parent/guardian of the above listed student, I have been notified that my child's records and pertinent information are being requested by the Red Bank Borough Public Schools. State requirements mandate that the student's discipline file be requested.

_____ _____
Parent/Guardian Signature **Date**

FOR SCHOOL USE ONLY - (Please complete and return with records.)

Records to be released (if applicable):

Cumulative Record Folder
Report Cards & Test Scores
Discipline Records
Free or Reduced Lunch Status
Health Records
Attendance Records
IEP or Section 504 Plan
Special Education Medicaid Incentive (SEMI)

Child Study Team Records: Has the student ever been referred to the Child Study Team?
Yes_____ No_____

If YES, indicate the classification and any pertinent comments regarding special education services.
_____
_____

Programs student participated in:

_____Bilingual/ESL
_____Speech
_____Gifted and Talented
_____Basic Skills

Red Bank Borough Public Schools

Dream BIG...We'll Help You Get There!

76 Branch Avenue | Red Bank, NJ 07701
732-758-1507 | 732-212-1356 (FAX)
rbb.k12.nj.us | @RedBankSup | rumagej@rbb.k12.nj.us

Jared J. Rumage, Ed.D.
Superintendent of Schools

DREAM BIGGER
2024-2029
A Five Year Roadmap

CHILD FIND

ATTENTION: RED BANK PARENTS/GUARDIANS

Children can experience physical, sensory, emotional, communication, cognitive, or social difficulties.

Any parent/guardian who has concerns about the development of:

- A preschool child turning age 3 within the next year
- A child between the ages 3 and 5
- A school-age child between the ages 6 – 21 should contact:

Red Bank Borough Public Schools
Office of Pupil Personnel Services 732-758-1520

ATENCIÓN: PADRES/TUTORES DE LA CIUDAD DE RED BANK

Niños pueden experimentar problemas físicos, sensoriales, emocionales, de comunicación o dificultades en su adaptación social.

Cualquier padre/madre/tutor que crea que hay un **problema en el desarrollo** de su niño/a:

- de edad preescolar que cumplan 3 años el próximo año
- entre las edades de 3 a 5 años
- de edad escolar entre las edades de 6 – 21 deben comunicarse con:

El Distrito Escolar de Red Bank
Oficina de Educación Especial 732-758-1520