Excellence . Connection . Experience

Pine Plains Central School District
Paquete de inscripción de estudiantes
Registro central – Oficina del currículo e instrucción

2829 Church Street
Pine Plains, NY 12567
(518) 398-7181 ext. 1340
FAX: (518) 398-9049

PINE PLAINS CENTRAL SCHOOL DISTRICT
Central Registration
2829 CHURCH STREET • PINE PLAINS, NEW YORK 12567-5504

TEL: (518) 398-7181 ext. 1340 FAX: (518) 398-9049 WWW.PPCSD.ORG

Queridos padres y/o tutor legal,

¡Bienvenidos al distrito escolar de Pine Plains!

Para asegurarse de que el distrito tenga la información más precisa y actualizada sobre su hijo(a), hemos incluido la siguiente información con respeto al proceso de matricularse.

1. El padre/la madre/tutor legal tiene que imprimir y completar un (1) paquete de inscripción para cada estudiante. Se puede obtener los paquetes del sitio web del distrito al *www.ppcsd.org* o en la oficina del Registro Central o se puede llamar al Registro Central al **(518) 398-7181 ext. 1340.**
   El padre/la madre/tutor legal tiene que traer el/los paquetes(s) rellenado(s) Y los siguientes documentos a la oficina de Registro Central en la escuela de Stissing Mt.:

- ☐ Prueba de la fecha de nacimiento del/la estudiante (original/certificada – la copiaremos)
- ☐ Identificación con la foto del padre/madre/tutor legal
- ☐ Física actual a más tardar 12 meses firmada por su médico(a)
- ☐ Registros de inmunización
- ☐ Prueba de custodia o de tutela (si procede)
- ☐ Una (1) prueba de residencia (el nombre del padre/madre/tutor legal tiene que aparecer en estos documentos)

> **Los propietarios –** pago de impuestos original, escritura de casa, declaración de la hipoteca, o pieza de correo
>
> O
>
> **Los inquilinos –** contrato de arrendamiento original (el nombre y apellido de los padres tienen que estar en el contrato) o pieza de correo
>
> O
>
> **Si están viviendo con el/la propietario(a) o inquilino(a) del distrito –** residente del distrito tiene que proporcionar una carta notariada que implica que usted y su hijo(a) viven en esa residencia, junto con la prueba de residencia de arriba.

Tenga en cuenta: Para información adicional sobre maneras de verificar su residencia, hay que referir *a Una Guía para Entender las Nuevas Reglas para la Inscripción a la Escuela* que se encuentra bajo la página web de Registro de Estudiantes en la página web del distrito, *www.ppcsd.org*.

PINE PLAINS CENTRAL SCHOOL DISTRICT
Central Registration
2829 CHURCH STREET • PINE PLAINS, NEW YORK 12567-5504

TEL: (518) 398-7181 ext. 1340 FAX: (518) 398-9049 WWW.PPCSD.ORG

INFORMACIÓN DEL/DE LA ESTUDIANTE

Apellido	Nombre	Segundo Nombre
Fecha de nacimiento (MM/DD/YYYY)	**¿Tiene su hijo(a) un programa de IEP o de 504?**	**Sexo**
	IEP / 504 / NO	
¿Se reingresa a su hijo(a) en el Distrito escolar de Pine Plains?		**Nivel Escolar**
Sí / No		

INDENTIFICACIÓN RACIAL Y ÉTNICA DE ESTUDIANTE

Para el padre/la madre/tutor legal: El Distrito Escolar Central de Pine Plains, en cumplimiento con las regulaciones federales, requiere de la recopilación y registro de la identidad étnica de los estudiantes en el Distrito Escolar Central de Pine Plains de acuerdo con las categorías y definiciones federales. Se utiliza esta información para comunicar la información a los departamentos de educación estatal y federal.

Por favor conteste lo siguiente. Por favor léalos antes de responder.

Marque (√) en la casilla que mejor describa a su hijo. MARQUE (√) SOLO UNA CASILLA.

¿Es su hijo(a) hispano(a), latino(a) o de origen español? Ser de origen hispano, latino, o español significa una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, Centro o Sur americano, u otra cultura de origen español, independientemente de la raza.

- ☐ **Sí, hispano(a)**
- ☐ **No, no es hispano(a)**

Seleccione uno o más razas de los siguientes cinco grupos raciales. Marque (√) todos los grupos que se aplican a su hijo(a); al menos una (1) casilla.

- ☐ **INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y que mantiene su identidad cultural a través de afiliación tribal o reconocimiento de la comunidad. Por ejemplo: Los Cherokee, Mohawk, o Inuit
- ☐ **ASIÁTICO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam
- ☐ **NATIVO DE HAWAI I ISLEÑO DEL PACIFICO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico
- ☐ **NEGRO:** Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- ☐ **BLANCO:** Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, Norte de África o el Medio Oriente.

_____ _____

Firma de Padre/Madre/Tutor Legal **Fecha**

PINE PLAINS CENTRAL SCHOOL DISTRICT
Central Registration
2829 CHURCH STREET • PINE PLAINS, NEW YORK 12567-5504

TEL: (518) 398-7181 ext. 1340 FAX: (518) 398-9049 WWW.PPCSD.ORG

INFORMACIÓN DEL HOGAR

La información solicitada es necesaria para el distrito escolar para matricular a su hijo/a y entrar a él o ella en nuestro Sistema de Gestión de Datos del Estudiante. Por favor, rellene el siguiente formulario de forma completa y precisa. Evidencia de la fecha de su hijo de nacimiento, comprobante de residencia en el distrito, y la vacunación se requiere antes de que podamos registrar a su hijo/a. Por favor escriba claramente en tinta. Gracias por su cooperación.

Padre/Madre/Tutor Legal A (Dirección principal del/la estudiante)	
Nombre legal completo (Apellido, Nombre)	**Relación al/la estudiante**
Dirección de la residencia (Calle)	**Ciudad, Estado, Código Postal**
Dirección postal (si es diferente)	**Ciudad, Estado, Código Postal**
Dirección de correo electrónico	**Teléfono de la casa**
Teléfono del trabajo (incluya la extensión)	**Teléfono del celular**
Padre/Madre/Tutor Legal B	
Nombre legal completo (Apellido, Nombre)	**Relación al/la estudiante**
Dirección de la residencia (Calle)	**Ciudad, Estado, Código Postal**
Dirección postal (si es diferente)	**Ciudad, Estado, Código Postal**
Dirección de correo electrónico	**Teléfono de la casa**
Teléfono del trabajo (incluya la extensión)	**Teléfono del celular**

¿Hay un acuerdo de custodia para su hijo(a)? (por favor marque uno) **SÍ / NO**

En tal caso, por favor indique el tipo de acuerdo. (custodia exclusiva, compartida, etc.): _____

_____

POR FAVOR, PROPORCIONE UNA COPIA DEL ACUERDO DE CUSTODIA A LA HORA DE REGISTRO

Todos los niños que viven en la misma dirección (usar una hoja por separado si necesita más espacio)				
Apellido	**Nombre y 2. Nombre**	**Fecha de Nac.**	**Sexo**	**Escuela/Nivel Escolar**

Yo certifico que todas las declaraciones hechas en este formulario de inscripción son verdaderas y correctas a mi mejor conocimiento.

_____ _____

Firma de Padre/Madre/Tutor Legal **Fecha**

PINE PLAINS CENTRAL SCHOOL DISTRICT
Central Registration
2829 CHURCH STREET • PINE PLAINS, NEW YORK 12567-5504

TEL: (518) 398-7181 ext. 1340 FAX: (518) 398-9049 WWW.PPCSD.ORG

SALIR TEMPRANO/INFORMACIÓN DE CONTACTOS DE EMERGENCIA

Por favor, tenga en cuenta que los contactos enumerados a continuación les darán autoridad para recoger a su hijo(a) en el caso de que no se pueda poner en contacto con los padres o tutor legal(es). **No hay que rellenar todos los cuatro contactos**.

Nombre	# Teléfono principal	# Teléfono Alt.	Relación al/la estudiante
Nombre	**# Teléfono principal**	**# Teléfono Alt.**	**Relación al/la estudiante**
Nombre	**# Teléfono principal**	**# Teléfono Alt.**	**Relación al/la estudiante**
Nombre	**# Teléfono principal**	**# Teléfono Alt.**	**Relación al/la estudiante**

El Distrito usa un sistema de alerta telefónica automatizado llamado Blackboard Connect para ponerse en contacto con los contactos de emergencia de arriba con respeto al cierre de la escuela, salida temprano, evacuaciones de emergencia, etc. En circunstancias ciertas, solamente les llamaremos a dos (2) contactos. En otras circunstancias, les llamaremos a TODOS los contactos. Por favor enumere los números de teléfono en el orden en que los quiere que llamemos. No incluya los números de teléfono que no quiere que llamemos.

1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	

Yo, el abajo firmante, autorizo a los funcionarios del Distrito Escolar Central de Pine Plains para contactar directamente con la persona indicada en este formulario, y autorizo a los médicos nombrados utilizar dicho tratamiento según sea necesario en caso de emergencia para la salud del dicho niño. En caso que los médicos, otras personas nombradas en este formulario, o los padres no puedan ser contactados, se autorizan a los funcionarios de la escuela tomar cualquier acción que se considere necesario a sus juicios para la salud del niño mencionado. Yo estoy de acuerdo que el Distrito no es financieramente responsable por el cuidado de emergencia y/o el transporte del niño/a mencionado. Sobre una base de "necesidad saber", yo autorizo al Personal del Distrito Escolar Central de Pine Plains, y cualquier personal médico dando el tratamiento a mi niño/a tener acceso a los registros médicos de mi hijo/a. (Se requiere que firmen todos los padres y/o tutores legales que viven con el/la estudiante.

_____ _____
Nombre (Padre/Madre/Tutor Legal A) **Firma (Padre/Madre/Tutor Legal A)**

_____ _____
Nombre (Padre/Madre/Tutor Legal B) **Firma (Padre/Madre/Tutor Legal B)**

Fecha _____

PINE PLAINS CENTRAL SCHOOL DISTRICT
Central Registration
2829 CHURCH STREET • PINE PLAINS, NEW YORK 12567-5504

TEL: (518) 398-7181 ext. 1340 FAX: (518) 398-9049 WWW.PPCSD.ORG

CUESTIONARIO DE RESIDENCIA PARA ESTUDIANTES

Nombre de la escuela: _____

Nombre del/la estudiante: _____

La dirección actual del/la estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

El propósito de este cuestionario es presentar los objetivos del Acta McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. Las respuestas a estas preguntas ayudarán determinar los servicios que el estudiante debe recibir.

1. ¿Es su domicilio actual un arreglo de vivienda temporal (ej., irregular, insuficiente, de poca duración)? _____ SÍ _____ NO

2. ¿Es este arreglo de Vivienda temporal debido a la pérdida de su casa, vivienda, o habitación, o debido a algún problema económico? _____ SÍ _____ NO

¿Dónde vive el estudiante actualmente? (Marque una opción)

- ☐ Con otra familia u otra persona debido a pérdida de vivienda o debido a dificultades económicas
- ☐ En un hotel / motel / refugio (Circule uno)
- ☐ En un carro, parque, autobús, tren, o campamento
- ☐ Otro arreglo de vivienda temporal (Por favor describe):_____
- ☐ En un domicilio permanente

Nombre del/los padres(s)/tutor legal(es): _____

Dirección anterior (si procede): _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Presentar información falsa o la falsificación de documentos para uso escolar son ofensas bajo la Sección 37.10 del Código Penal, y la inscripción del estudiante usando documentos falsos traerá como consecuencia que los responsables estarán sujetos a pagar los gastos de instrucción u otros cargos. TEC Sec. 25.002(3)(d).

_____ _____

Firma del padre/madre/tutor legal Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

I certify the above-named student qualifies for the Child Nutrition Program under the provisions of the McKinney-Vento Act.

Date:_____ McKinney-Vento Liaison Signature:_____

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

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:
Mes *Día* *Año*		❑ Masculino ❑ Femenino
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?	❑ Inglés	❑ Otro	*especifique*	
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	❑ Inglés	❑ Otro	*especifique*	
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	❑ Padre 1 *especifique*	❑ Padre 2 *especifique*	❑ Tutor(es) *especifique*	
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro	*especifique*	
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro	*especifique*	❑ No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro	*especifique*	❑ No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	❑ Inglés	❑ Otro	*especifique*	❑ No sabe escribir

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. ¿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. *<u>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación,*</u> ¿ha <u>recibido</u> 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 (Individualized Education Program - IEP)? ❑ 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 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: ❑ 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:

Pine Plains Central School District

Pupil Personnel Services

2829 Church Street

Tel: 518.398.7181 Pine Plains, NY 12567-5504 **Fax: 518.398.9191**

Dear Parent/Guardian:

As per New York State Statute: Chapter 434 of the Laws of 2014:

Upon their child's enrollment or attendance in a public school, such school shall notify every parent or person in parental relation of their rights regarding referral and evaluation of their child for the purposes of special education services or programs pursuant to applicable federal and state laws. Such notification may be provided by directing parents or persons in parental relation to obtain information located on the department's website relating to a parent's guide to special education in New York state for children ages three through twenty-one provided the notification shall also contain the name and contact information for the chairperson of the school district's committee on special education or other individual who is charged with processing referrals to the committee in the district.

Use the following link to the New York State Education Department's website for A Parent's Guide to Special Education in New York State for Children Ages 3-21.

http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentsguide.pdf

If you have any questions or if you require additional information, please contact this office.

Sincerely,

Janine Babcock
Director of Pupil Personnel Services
Chairperson, Committee on Special Education

/rmk

Pine Plains Central School District

Pupil Personnel Services

2829 Church Street

Tel: 518.398.7181 Pine Plains, NY 12567-5504 **Fax: 518.398.9191**

Querido Padre/Tutor

De acuerdo con el Estatuto del Estado de Nueva York: Capítulo 434 de las Leyes de 2014:

Después de la inscripción o la asistencia de su hijo en una escuela pública, como la escuela notificará a todos los padres o de la persona en relación con los padres de sus derechos en cuanto a la remisión y la evaluación de su hijo a los efectos de los servicios o programas de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables de educación especial. Dicha notificación puede ser proporcionada por la dirección de los padres o de las personas en relación con los padres para obtener la información se encuentra en el sitio web del departamento en relación con la guía de los padres a la educación especial en el estado de Nueva York para niños de tres a veintiún años proporcionó la notificación contendrá también el nombre y la información de contacto para el presidente del comité del distrito escolar de educación especial o de otro individuo que está acusado de referencias de procesamiento al comité en el distrito.

Utilice el siguiente enlace de la página web del Departamento de Educación del Estado de Nueva York para A Parent's Guide to Special Education in New York State for Children Ages 3-21.

http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/spanishparentguide.htm

Si usted tiene alguna pregunta o si necesita información adicional, favor de llamar a esta oficina.

Sinceramente,

Janine Babcock
Director of Pupil Personnel Services
Chairperson, Committee on Special Education

/rmk

PINE PLAINS CENTRAL SCHOOL DISTRICT
Registro Central
2829 CHURCH STREET • PINE PLAINS, NEW YORK 12567-5504

TEL: (518) 398-7181 ext. 1340 FAX: (518) 398-9049 WWW.PPCSD.ORG

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR LOS REGISTROS

Por favor, complete la sección superior de este formulario, firme y devuelva este formulario de solicitud para el Distrito Escolar Central de Pine Plains con su paquete de inscripción.

Nombre del/de la estudiante:_____Nivel Escolar:____Fec. Nac.: _____

Dirección: _____

Nombre de la escuela anterior: _____

Dirección de la escuela: _____

Número de Teléfono de la escuela:_____Número de Fax: _____

El/la estudiante nombrado/a arriba está inscrito/a en nuestro distrito escolar. Por favor, proporcione copias de los siguientes registros con respecto a este/a estudiante:

___ Los registros académicos (El expediente/El boletín de notas)

___ Los puntajes de pruebas estandarizadas

___ Los registros de salud (las vacunaciones/su último examen físico)

___ Los registros psicológicos (CONFIDENCIAL)

___ El plan de educación individual (CONFIDENCIAL)

___Otro: _____

Yo, el padre/madre/tutor del menor nombrado a continuación, doy mi consentimiento para la divulgación de los registros académicos, psicológico, educación especial, y médicos con respecto a mi hijo/a.

_____

Firma del/padre/madre/tutor legal Fecha

Por favor, envíe los registros a:

☐ **Cold Spring Early Learning Center (Niveles PK-1)**
ATTN: Main Office – Student Records
FAX: (845) 868-1105

☐ **Seymour Smith Intermediate Learning Center (Niveles 2-5)**
ATTN: Main Office – Student Records
FAX: (518) 398-1141

☐ **Stissing Mountain Junior/Senior High School (Niveles 6-12)**
ATTN: Central Registration
FAX: (518) 398-9049

O envíe un correo electrónico al: Registro Central – Pine Plains Central School District
j.lydon@ppcsd.org
(518) 398-7181 ext. 1340

FOR OFFICE USE ONLY

Date registered: _____

Records request sent on: _____

Records received on: _____

La Historia de Salud del Distrito Escolar de Pine Plains # del Estudiante _____

Nombre del/la Estudiante: _____ **Sexo:** _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
(Apellido, Nombre, Segundo Nombre)

Padre/Madre/Tutor legal: _____ **Relación con el/la niño(a):** _____

Padre/Madre/Tutor legal: _____ **Relación con el/la niño(a):** _____

Hermano(s): _____ **Fecha de nacimiento**: _____ _____ **Fecha de nacimiento:** _____

_____ **Fecha de nacimiento**: _____ _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Marque SI o NO a todos los artículos. Proporcione detalles al lado derecho para cualquier articulo marcado con una SI.

SI	NO	ALERGIAS	Detalles / Fechas *Enumera la alergia específica y el tipo de reacción
		Alergia alimentaria	
		Alergia al maní	
		Alergia a la nuez de árbol	
		Alergia a medicamentos	
		Alergias estacionales o ambientales	
		Alergia a las abejas/otros insectos punzantes	
		Historia de las alergias a las picaduras en la familia (ser específico)	
		¿se ha picado el/la niño(a)	
		¿Tiene un EpiPen?	
		Otras alergias:	
SI	**NO**	**Estado de Salud**	**Detalles / Fechas**
		Asma / vías respiratorias reactivas	
		¿Usa un inhalador y/o nebulizador?	
		Neumonía o trastorno pulmonar	
		Soplo del corazón	
		Afección cardíaca / hipertensión	
		Trastorno hemorrágico / anemia	
		Diabetes Fecha del diagnóstico: Dependiente de la insulina: Sí / No	
		¿Diabetes en la familia inmediata?	
		Trastorno convulsivo Tipo: Medicamento:	
		Conmoción cerebral grave o traumatismo craneal	
		Dolor de cabeza recurrente / migraña	
		Accidente grave / lesión	
		Cirugía / hospitalizaciones:	
		Fracturas: ser específico(a)	
		Enfermedad articular o muscular / problemas ortopédicos / Preocupaciones de movilidad / órtesis antequino/ equipo especial (Por favor enumerar)	
		Escoliosis o curva de columna anormal	
		Problemas renales o urinarios	
		Dieta especial / problemas intestinales y/o digestivos	
		Intolerancia a la lactosa	
		Intolerancia al gluten (enfermedad celíaca)	
		Afección cutánea	
		Enfermedad de Lyme	
		Fiebre reumática	

SI	NO	Estado de Salud	Detalles / Fechas
		Mononucleosis (Mono)	
		Varicela	
		Trastorno de déficit de atención (ADD o ADHD) **Fecha del diagnóstico:** **Medicamento actual:** **Medicamento anterior:**	
		Autismo / Síndrome de Asperger	
		Trastorno neurológico	
		Trastorno conductual o psicológico	
		Otro:	
SI	**NO**	**Especialistas / servicios**	**Detalles / Fechas**
		El habla/lenguaje	
		Terapia ocupacional	
		Terapia física	
		Neurólogo	
		Servicios de psicología (ej. consejería)	
		Alergólogo	
		Otorrinolaringólogo / audióloga	
		Oftalmólogo / Optometrista	
SI	**NO**	**Audiencia y visión**	**Detalles / Fechas**
		Infección de oído habitual / líquido en el oído / tubos	
		Pérdida auditiva: (izquierda / derecha) **Debido a:** **La última evaluación:**	
		Audífono / audífono de implante óseo / implante coclear / entrenador FM	
		Problemas de visión/ defecto ocular / ciego(a) legalmente: **Fecha del último examen ocular:**	
		Lleva gafas / contactos / los dos **Todo el tiempo:** **Para Distancia:** **Para lectura:**	
		Deficiencia para ver los colores	
		Otro:	

Enumere todos los medicamentos que su hijo(a) toma diariamente o con frecuencia:

_____

_____

*** ¿Hay algún medicamento que debe tomarse mientras la escuela está en sesión?**_____

**Se debe seguir la política de medicamentos de la escuela incluida la orden del médico.*

Enumere cualquier problema de salud que no se haya mencionado anteriormente:

_____

Consentimiento Informado de Historial de Salud

La divulgación de la información de salud del estudiante dentro de la escuela se limita a la información necesaria para atender los intereses educativos o de salud del estudiante. Su firma da permiso para que la enfermera informe al personal de la escuela sobre las precauciones y los procedimientos para proteger a su hijo en el salón de clases y fomentar el éxito académico.

Su firma es un consentimiento informado para compartir esta información del historial de salud con el personal de la escuela según sea necesario para el éxito académico y los planes de emergencia, según lo determine la enfermera.

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

Número de Teléfono: _____

PINE PLAINS CENTRAL SCHOOL DISTRICT

DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE

Solicitud de transporte dentro del distrito: nuevo solicitante de registro

Nota: Para ser elegible para el transporte, los niños deben tener al menos cuatro (4) años de edad y ser residentes del distrito escolar. Se pueden solicitar excepciones en las paradas de autobús, pero no están garantizadas. Si es necesario realizar un cambio durante el año escolar, se debe completar un formulario de solicitud de transporte adicional y enviarlo al Departamento de Transporte al menos dos semanas antes de la fecha de entrada en vigencia. Todos los cambios están sujetos a aprobación y no están garantizados. Es su responsabilidad proporcionar información precisa para que el distrito pueda programar rutas y determinar la capacidad y las necesidades presupuestarias. Los nuevos solicitantes deben presentar prueba de residencia y todos los cambios de dirección requieren una verificación de residencia actualizada. Todas las rutas están sujetas a cambios por seguridad y eficiencia durante todo el año.

POR FAVOR, ASEGÚRESE DE QUE ESTE FORMULARIO SE LLENE COMPLETAMENTE ANTES DE ENVIARLO.

ESCUELA DE ASISTENCIA (Circule uno)	**Stissing Mtn JR/SR HS**	**Seymour Smith ILC**	**Cold Spring ELC**	
SOLICITUD DE TRANSPORTE (Circule uno)	**SÓLO POR LA MAÑANA**	**SÓLO POR LA TARDE**	**LOS DOS**	**NINGUNO**

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido _____ Nombre _____ Sº Nombre _____ Fecha de Nacimiento _____

Dirección _____ Nivel Escolar _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____ ☐ M ☐ F

Nombre y Apellido del padre/madre/tutor legal: 1._____ (Por favor escriba) 2._____ (Por favor escriba)

1. Teléfono de casa #: (____)_____ Teléfono de trabajo #: (____)_____ Móvil #: (____)_____

2. Teléfono de casa #: (____)_____ Teléfono de trabajo #: (____)_____Móvil #: (____)_____

Correo Electrónico 1._____ 2._____

CONTACTO DE EMERGENCIA – APARTE DE LOS PADRES O TUTOR LEGAL

Nombre de contacto:_____ Relación con el estudiante:_____ amigo(a), vecino(a), otro(a)

Teléfono de casa #: (____)_____Teléfono de trabajo #: (____)_____Móvil #: (____)_____

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

FOR DISTRICT TRANSPORTATION USE ONLY

Received By:_____

Proof of Residency Verified:_____

Student ID #:_____

Request (circle one): APPROVED DENIED

Reason:_____

Signed: _____
Supervisor of Transportation

Devuelva la solicitud completa a:
Pine Plains Central School District
Transportation Department
2829 Church Street
Pine Plains, NY 12567

Phone: (518) 398-3000 ext. 3115
Fax: 518-398-1140
Correo electrónico: bus.routes@ppcsd.org

NO SE PROPORCIONARÁ TRANSPORTE A LOS ESTUDIANTES A MENOS QUE SE PRESENTE UN FORMULARIO DE SOLICITUD.

Distrito Escolar Central de Pine Plains

El Uso de Tecnología del Estudiante – Formulario del Acuerdo de Usuario (9/22/17)

El Distrito Escolar Central de Pine Plains se compromete a utilizar la tecnología de forma eficiente para ayudar a mejorar la instrucción, facilitar el proceso de aprendizaje, proporcionar recursos adicionales, mejorar la comunicación, y administrar los datos.

Como un(a) usuario(a) estudiantil de los recursos tecnológicos y recursos de red proporcionados por PPCSD, entiendo y respetaré los términos y condiciones abajo establecidos por la política de uso aceptable. También entiendo que el uso de estos recursos es un privilegio, no un derecho, y el uso inadecuado de estos recursos puede resultar en la cancelación de estos privilegios. Además, el uso inapropiado de estos recursos puede resultar en medidas disciplinarias y/o medidas judiciales apropiadas como requerido por la ley estatal y federal y/o gasto de daños que resultan de acciones de destrucción intencionales, maliciosos, y/o premeditados. Las acciones que se consideran inapropiadas incluyen, pero no está limitadas a lo siguiente:

- Uso de la red o dispositivo para facilitar actividades ilegales.
- Uso de la red con fines comerciales o lucrativos.
- Uso de la red para publicidad de productos o cabildeo político.
- Uso de la red o dispositivo para correo de odio, comentarios discriminatorios, amenazas terroristas y comunicación ofensiva o incendiaria.
- Instalación, modificación, distribución, reproducción o uso no autorizado o ilegal de materiales con derechos de autor
- Uso de la red o dispositivo para acceder a material obsceno o pornográfico.
- Acceder a material que es dañino para menores o que se determina que es inapropiado o inconsistente con los propósitos educativos y la misión del distrito.
- Uso de lenguaje inapropiado o malas palabras en la red o el dispositivo.
- Uso de la red o dispositivo para transmitir material que pueda ser ofensivo u objetable para destinatarios.
- Uso de la red o dispositivo para obtener o modificar archivos, contraseñas, y datos intencionalmente pertenecientes a otros usuarios.
- Suplantación de identidad de otro usuario de la red, intentos de anonimato o uso de seudónimos.
- Instalación de contenido que se sabe que no está autorizado o prohibido por el Distrito.
- Uso de la red o dispositivo para interrumpir el trabajo de otros usuarios.
- Destrucción, modificación, abuso o acceso no autorizado al hardware, software y datos de la red por cualquier medio, ya sea físico o electrónico (Incluidos virus, malware, adware, etc.).
- La intimidación o el ciberacoso.
- Citar Comunicaciones personales en cualquier foro público o en línea sin la autorización previa del autor.
- Eludir o deshabilitar los filtros de Internet o cualquiera otra medida de seguridad.
- Involucrarse en la práctica de piratería con un propósito malicioso.
- Cualquier otra actividad que pueda violar cualquier código de conducta del Distrito u otro Junta de políticas educativas y reglamentos administrativos.

Nombre y apellido del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor legal: _____

Nombre y apellido del/la estudiante: _____ Nivel Escolar: _____

Firma del/la estudiante: _____

Distrito Escolar Central de Pine Plains

Forumlario de permiso de dispositivo de computación portátil del distrito (7/15/15)

Instrucciones:

La siguiente lista de control debe revisarse anualmente. Los padres/tutores legales y los estudiantes deben aceptar los términos y condiciones del Distrito Escolar Central de Pine Plains antes de recibir o usar los dispositivos del distrito.

La lista de control:

El abajo firmante:

- ☐ Entender que los aparatos portátiles entregados por el PPCSD (ej. tabletas, computadoras portátiles, cargadores, etc.) a los estudiantes o profesores siguen siendo propiedad del PPCSD.
- ☐ Aceptar y firmar la política de uso aceptable de PPCSD.
- ☐ Entender que el PPCSD no es responsable de monitorear Internet y la actividad de los equipos proporcionados por la escuela cuando los estudiantes están fuera de las escuelas.
- ☐ Ser responsable del cuidado adecuado del equipamiento de PPCSD tanto dentro como fuera de la escuela.
- ☐ Entender las consecuencias del daño o la Perdida de la propiedad escolar emitida.
- ☐ Traerá el aparato emitido por PPCSD a la escuela todos los días.
- ☐ Se asegurará de que el aparato de PPCSD esté completamente cargado y listo para usar antes de llegar al campus.
- ☐ Entender que el PPCSD tiene el derecho a monitorear todos los aparatos de PPCSD, así como bloquear el acceso a aplicaciones y sitios web. No debe haber expectativas de privacidad para los archivos almacenados en aparatos proporcionados por el distrito o en la nube (por ejemplo, Google Drive, Microsoft One Drive).
- ☐ Entender que prestar o tomar prestados a otras personas los aparatos proporcionados del Distrito no están permitido.
- ☐ Tomará las precauciones adecuadas para mantener privados sus nombres de usuario y contraseñas.
- ☐ Entender que los datos y/o las personalizaciones del usuario realizadas por un(a) estudiante o padre/tutor legal en el software o sistema operativo de un aparato pueden perderse en caso de que se requiera el servicio del aparato.
- ☐ Entender que otro aparato equivalente, y no el mismo dispositivo, se puede asignar a un estudiante en caso de que se requiera el servicio del dispositivo.
- ☐ Comprender que los aparatos entregados por PPCSD deben repararse anualmente y deberán recolectarse al final de cada año escolar.
- ☐ Revisará cualquier información adicional o actualizada relacionada con los aparatos que puedan estar disponibles.

Firmas:

Al firmar a continuación, los padres/tutores y los estudiantes reconocen la comprensión de todo el contenido mencionado anteriormente y aceptan seguir los términos y condiciones establecidos por el Distrito Escolar Central de Pine Plains.

Nombre y apellido del padre/madre/tutor legal: _____ Fecha: _____

Firma del padre/madre/tutor legal: _____

Nombre y apellido del/la estudiante: _____ Fecha: _____

Firma del/la estudiante: _____

Community Eligibility Provision (CEP)/Provision 2 non-base year/Summer Electronic Benefits Transfer (EBT)
Household Income Eligibility Form

_____(*name/school)* is participating in the Community Eligibility Provision (CEP) or Provision 2 in a non-base year. All children in the school will receive meals/milk at no charge regardless of household income or completion of this form. This form is to determine eligibility for additional State and federal program benefits that your child(ren) may qualify for, including Summer Electronics Benefit Program (EBT). Read the instructions on the back, complete **only one** form for your household, sign your name and return it to the school named above. Call ___(*school phone number)*, if you need help.

1. List all children in your household who attend school:

Student Name	School	Grade/Teacher	Foster Child	No Income
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

2. SNAP/TANF/FDPIR Benefits:
If anyone in your household receives either SNAP, TANF or FDPIR benefits, list their name and CASE # here. Then skip to Part 4.

Name: _____ CASE #_____

3. Household Gross Income: List all people living in your household, how much and how often they are paid (weekly, every other week, twice per month, monthly). Do not leave income blank. If no income, check box. If you have listed a foster child above, you must report their personal income.

Name of household member	Earnings from work before deductions ***Amount / How Often***	Child Support, Alimony ***Amount / How Often***	Pensions, Retirement Payments ***Amount / How Often***	Other Income, Social Security ***Amount / How Often***	No Income
	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	☐
	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	☐
	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	☐
	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	☐
	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	☐
	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	☐
	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	☐
	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	$ _____ / _____	☐

4. Signature: An adult household member must sign this application.

I certify (promise) that all the information on this application is true and that all income is reported. I understand that the information is being given so the school may receive federal funds. The school officials may verify the information and if I purposely give false information, I may be prosecuted under applicable State and federal laws, and my children may lose meal benefits.

Signature: Date**:**

Email Address:

Home Phone

Work Phone

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – FOR SCHOOL USE ONLY

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster Income

Total Household Income/How Often:

Household Size:

Free Eligibility Reduced Eligibility Denied Eligibility

Signature of Reviewing Official

Home Address

CEP/Provision 2 Non-Base Year Household Income Form INSTRUCTIONS

PART 1 **ALL HOUSEHOLDS MUST COMPLETE STUDENT INFORMATION. DO NOT FILL OUT MORE THAN ONE FORM FOR YOUR HOUSEHOLD.**

(1) Print the names of the children, including foster children, for whom you are applying on one form.
(2) List their grade and school.
(3) Check the box to indicate a foster child living in your household, and check the box for each child with no income.

PART 2 **HOUSEHOLDS GETTING SNAP, TANF OR FDPIR SHOULD COMPLETE PART 2 AND SIGN PART 4.**

(1) List a current SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program), TANF (Temporary Assistance for Needy Families) or FDPIR (Food Distribution Program on Indian Reservations) case number of anyone living in your household. Do not use the 16-digit number on your benefit card. The case number is provided on your benefit letter.
(2) An adult household member must sign the form in PART 4**. SKIP PART 3** - Do not list names of household members or income if you list a SNAP, TANF or FDPIR number.

PARTS 3 & 4 **ALL OTHER HOUSEHOLDS MUST COMPLETE ALL OF PARTS 3 AND 4.**

(1) Write the names of everyone in your household, whether or not they get income. Include yourself, the children you are completing the form for, all other children, your spouse, grandparents, and other related and unrelated people living in your household. Use another piece of paper if you need more space.
(2) Write the amount of current income each household member receives, before taxes or anything else is taken out, and indicate where it came from, such as earnings, welfare, pensions and other income. If the current income was more or less than usual, write that person's usual income. **Specify how often this income amount is received: weekly, every other week (bi-weekly), 2 x per month, monthly. If no income, check the box.** The value of any child care provided or arranged, or any amount received as payment for such child care or reimbursement for costs incurred for such care under the Child Care and Development Block Grant, TANF and At Risk Child Care Programs should **not** be considered as income for this program.

PRIVACY ACT STATEMENT

Insert your LEA's privacy policy statement here.

PINE PLAINS CENTRAL SCHOOL DISTRICT
Central Registration
2829 CHURCH STREET • PINE PLAINS, NEW YORK 12567-5504

TEL: (518) 398-7181 ext. 1340 FAX: (518) 398-9049 WWW.PPCSD.ORG

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Cold Spring Early Learning Center – (845) 868-7451

- Kristen Fischetti, directora – ext. 2201, k.fischetti@ppcsd.org
- Renée Shea, secretaria de la oficina central – ext. 2201, r.shea@ppcsd.org
- Jennifer Heath, enfermera titulada – ext. 2239, j.heath@ppcsd.org
- Nicole Kluge, recepción/persona que da la bienvenida – ext. 2255, n.kluge@ppcsd.org

Seymour Smith Intermediate Learning Center – (518) 398-3000

- Julie Roberts, directora – ext. 3102, j.roberts@ppcsd.org
- Kathleen Lounsbury, secretaria de la oficina central – ext. 3102, k.lounsbury@ppcsd.org
- Jennifer Funk, enfermera titulada – ext. 3103, j.funk@ppcsd.org
- Recepción/persona que da la bienvenida – ext. 3112

Escuela Secundaria de Stissing Mountain – (518) 398-7181

- Christopher Boyd, director – ext. 1300, c.boyd@ppcsd.org
- Sara Von Burg, vicedirectora – ext. 1300, s.vonburg@ppcsd.org
- Megan Winters, secretaria de la oficina central – ext. 1300, m.winters1@ppcsd.org
- Margaret Anderson, enfermera titulada – ext. 1336, m.anderson@ppcsd.org
- Juliana Zengen, enfermera titulada – ext. 1335, j.zengen@ppcsd.org
- Wendy Remsburger, secretaria de atletismo – ext. 1366, w.remsburger@ppcsd.org

Departamento de Transporte – (518) 398-3000

- Kelly Roger, supervisor asistente de transporte– ext. 3115, k.roger@ppcsd.org

Servicios de Alimentos– (518) 398-7181

- Michael Dandola, director de servicios de alimentos – ext. 1351, m.dandola@ppcsd.org

Registro Central – (518) 398-7181

- Jenn Lydon, registradora del distrito – ext. 1340, j.lydon@ppcsd.org