



Excellence • Connection • Experience

Registro Central
El Comité de Educación Especial Preescolar
(CPSE)
2829 Church Street
Pine Plains, NY 12567
518-398-7181 Ext. 1340
Fax (518) 398-9049

Pine Plains Central School District

Pupil Personnel Services

2829 Church Street

Pine Plains, NY 12567-5504

Tel: 518.398.7181

Fax: 518.398.9191

EL PROCESO PARA EL COMITE DE EDUCACION ESPECIAL PREESCOLAR (CPSE)

Cuando un padre o una madre solicita verbalmente que le evalúe a su hijo(a) preescolar (pronto a tener 3 – 5 años) para la logopedia, terapia ocupacional, la fisioterapia y/o servicios educativos:

1. El padre/la madre tiene que enviar una carta de solicitud firmada a la oficina de servicios de personal de alumnos en el Distrito Escolar Central de Pine Plains que incluye el nombre y apellido del niño(a) y su fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono y el motivo para la solicitud.

2. Cuando reciban la carta anterior, se pondrá en contacto con el padre/lamadre y hay que matricular a su hijo(a) a través del Registro Central. Por favor póngase en contacto con Maddie Hardy al (518) 398-7181 extensión 1340. Se puede acceder al paquete de registro en línea al www.ppsd.org.

3. Cuando se haya matriculado al niño(a), le mandaremos al padre/la madre un paquete que incluye una carta de consentimiento para evaluarse. Incluso, habrá una lista de agencias de evaluadores contratadas a través de agencias de condados locales (Condados de Dutchess y Columbia). El padre/la madre tiene que escoger una agencia y notarla en el formulario de consentimiento. El departamento tiene que recibir el consentimiento firmado antes de que se evalúe al/la niño(a).

4. Cuando la oficina de PPS reciba el consentimiento firmado, le mandará una carta a la agencia de evaluador que escogió el padre/la madre. Esta carta resumirá qué evaluaciones deben realizarse. La agencia de evaluadores se pondrá en contacto con el padre/la madre para hacer una cita para la evaluación.

Cuando se completan las evaluaciones, se mandará las copias a la oficina de PPS y el padre/la madre. Entonces, la oficina de PPS programará una reunión de CPSE y le invitará al padre/la madre, la agencia de evaluador y el condado la agencia de residencia. Basado en las evaluaciones, el comité determinará en la reunión de CPSE si el niño(a) es elegible para recibir servicios. Las evaluaciones completadas y la reunión del comité de educación especial preescolar se llevarán a cabo dentro de 60 días desde la fecha que la oficina de PPS recibe el consentimiento firmado del padre/la madre.

Si el niño(a) es elegible para los servicios de educación especial, la oficina de PPS se pondrá en contacto con los proveedores (contratados a través de las agencias de condados locales – los condados de Dutches y Columbia) para averiguar su disponibilidad para hacer los servicios recomendados como se resume en su programa de educación individualizada (IEP). Cuando se consiga los proveedores, se completará y se mandará el borrador del IEP a la junta educative para su aprobación. Después de su aprobación, el padre/la madre recibirá una copia de su IEP finalizado y los servicios comenzará después de la fecha de aprobación de la junta educativa.

Si el niño(a) no es elegible para los servicios de educación especial, se mandará un document de determinación de inelegibilidad a la junta educative para su aprobación. Cuando se apruebe, le reenviaremos una copia de este documento.

Gracias por su cooperación. Por favor, póngase en contacto con Janine Babcock, directora de servicios de personal de alumnos si tiene preguntas en el Distrito Escolar Central de Pine Plains.

Janine Babcock, directora de servicios de personal de alumnos

Roseann Kemp, secretaria Ext. 1310

Peg Bonneville, secretaria Ext. 1311

Octubre 2024

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 respecto 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) relleno(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		

IDENTIFICACIÓN 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 HAWAII 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

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: _____



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 ☐ 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	☐ No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	☐ Inglés ☐ Otro	☐ No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	☐ Inglés ☐ Otro	☐ 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, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?</u> ☐ 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? _____

Firma de un padre o de la persona en relación paternal

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

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:	

AUTORIZACIÓN PARA SOLICITAR LOS **REGISTROS**

Por favor, completar, firmar y devuelva este formulario de solicitud para el Distrito Escolar Central de Pine Plains con su paquete de inscripción.

Yo, el padre/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. Por favor incluya cualquier calificación actual, las pruebas disponibles para los trimestres o semestres anteriores.

Nombre del/de la estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela anterior: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Código Postal:** _____

Número de Teléfono de la escuela anterior: _____

Número de Fax: _____

Firma del/padre/madre/tutor legal

Fecha

Por favor, mande por fax al:

**Pupil Personnel Services
Committee on Preschool Special Education
2829 Church Street
Pine Plains, NY 12567
ATTN: Roseann Kemp
518-398-7181 Ext. 1310
518-398-9191 Fax**

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 artículo 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 celiaca)	
		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

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

Janine Babcock, Director of Pupil Personnel Services

Roseann Kemp, Secretary Ext. 1310

Peg Bonneville, Secretary Ext. 1311

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).

<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

Janine Babcock, Director of Pupil Personnel Services

Roseann Kemp, Secretary Ext. 1310

Peg Bonneville, Secretary Ext. 1311