

**Valley Stream UFSD Veinticuatro
75 Avenida Horton
Valley Stream, NY 11581**

Dr. Unal Karakas
SUPERINTENDENTE DE ESCUELAS

Newville Roberts
OFICIAL DE RESIDENCIA
516-872-5694

TODOS LOS FORMULARIOS NECESARIOS DEBEN SER REGRESADOS EN PERSONA A LA OFICINA DE RESIDENCIA: (516-872-5694) 1 KENT ROAD, VALLEY STREAM, NY 11580. LUNES – MIERCOLES 9 a.m. – 11 a.m. O PUEDE ENVIAR POR EMAIL LOS DOCUMENTOS COMPLETOS A MONIQUE SANDORFI A: SANDORFM@VSCHSD.ORG

INSTRUCCIONES DE REGISTRO

SI USTED ES UN PADRE/MADRE NATURAL, TUTOR O CUSTODIO DEL NIÑO (A):

Los siguientes documentos deben presentarse en el momento de la inscripción, junto con los formularios adecuados:

1. Transcripción **ORIGINAL** o **CERTIFICADA** del niño(a) su acta de nacimiento o registro de bautismo que indique la fecha de nacimiento. Esto incluye documentos de países extranjeros. Si ninguno de los dos está disponible, un pasaporte (incluido un pasaporte extranjero) es aceptable. Si no se dispone de ninguna de las anteriores, se pueden considerar otras pruebas documentales.
2. Certificado de inmunización firmado por un médico o centro de salud.
3. **SI USTED ES DUEÑO DE UNA CASA, PRESENTE SU ESCRITURA ORIGINAL, SU DECLARACIÓN DE HIPOTECA ACTUAL O RECIBO DE IMPUESTOS INMOBILIARIOS ACTUAL** Y uno de los siguientes: otras formas de documentación y / o información que establezcan una presencia física en el Distrito, que puede incluir, pero no ser limitado a, talón de pago, formulario de impuesto, facturas de servicios públicos u otras, documentos de membresía basados en residencia, documentos de registro de votantes, licencia de conducir oficial, permiso de aprendizaje o identificación de no conductor, identificación emitida por el estado u otro gobierno, u otros documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales. **Deberán adjuntarse los formularios "A" y "B".**
4. **SI ESTÁ ALQUILANDO O ARRENDANDO** un apartamento o casa, presente su contrato de arrendamiento o alquiler y complete el **Formulario de Declaración Jurada "C"**. Proporcionar a la escuela **DOS ORIGINALES** de lo siguiente: otras formas de documentación o información que establezcan una presencia física en el Distrito, que puede incluir, pero no limitarse a, talón de pago, formulario de impuesto sobre la renta, facturas de servicios públicos u otras, documentos de membresía basado en residencia, documentos de registro de votantes, licencia de conducir oficial, permiso de aprendizaje o identificación de no conductor, identificación estatal u otra identificación emitida por el gobierno, documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales. Su arrendador **DEBE** completar el **Formulario "B"** y presentar la prueba requerida de propiedad como se indica en el punto # 3 anterior.
5. **SI ESTÁ ALQUILANDO, PERO NO TIENE UN CONTRATO DE ALQUILER O ARRENDAMIENTO POR ESCRITO, O RESIDE EN LA CASA DE UN RESIDENTE DEL DISTRITO, COMPLETE EL FORMULARIO DE DECLARACIÓN JURADA "C", MÁS DOS PRUEBAS ADICIONALES DE RESIDENCIA DEL PUNTO 4.** Haga que su arrendador complete el **Formulario "B"** y presente las pruebas de propiedad requeridas, como se indica en el punto # 3 anterior.
6. **TODAS** las declaraciones juradas de residencia **DEBEN** ser notariadas.
7. El padre, madre, tutor o custodio **DEBE** presentar una identificación **con foto VÁLIDA**.

8. Inmediatamente después de la admisión a la escuela, se le pedirá que presente una copia de la última boleta de calificaciones del estudiante. Los niños que reciben servicios de educación especial deberán proporcionar el IEP más reciente.

9. No es necesario llevar a su hijo(a) al registro. Si es posible, haga que los niños se queden en otro lugar.

10. El Enlace para personas sin hogar facilitará y acelerará todas las inscripciones para familias elegibles y estudiantes que residen en viviendas que no son fijas, regulares y adecuadas.

11. Todos los padres de crianza deben presentar una carta de colocación de la agencia, indicando el nombre del parent/madre de crianza más la fecha de nacimiento y el grado de cada estudiante que se registrará. La agencia también debe incluir el historial de salud, incluidas las fechas de vacunación obligatoria de cada estudiante, y el formulario DSS-2999 con el número CIN / Medicaid, ACS o SOO número para cada estudiante.

SI USTED ES EL TUTOR O CUSTODIO DEL NIÑO(A), DEBE COMPLETAR EL FORMULARIO "D."
TODOS LOS PAQUETES DE INSCRIPCIÓN DEBEN INCLUIR LOS FORMULARIOS "A" Y "B"
COMPLETADOS.

Le agradecemos su cooperación para hacer que el registro sea un proceso sin problemas para todos los involucrados.

Revisado: 12/2025

VALLEY STREAM UFSD VEINTICUATRO
INFORMACIÓN DE REGISTRO
FORMULARIO A

<u>Solo uso en Office</u>			
Escuela	ID#	RM#	Dem.

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA O PERSONAS QUE PROPORCIONEN INFORMACIÓN DELIBERADAMENTE FALSA CON RESPECTO A LA RESIDENCIA ESTARÁN SUJETAS A SANCIONES PENALES. UNA DECLARACIÓN FALSA CON RESPECTO A LA RESIDENCIA O EL DERECHO A UNA EDUCACIÓN GRATUITA DE MATRÍCULA DEL DISTRITO ES CASTIGABLE COMO UN DELITO MENOR DE CLASE A. ADEMÁS, SI SE DETERMINA QUE EL HIJO(A) DE UN SOLICITANTE DE REGISTRO RESIDE FUERA DEL DISTRITO, EL DISTRITO PUEDE EMPRENDER ACCIONES LEGALES PARA COBRAR LOS CARGOS DE MATRÍCULA, QUE EXCEDEN LOS \$12,000 POR AÑO SI EL ESTUDIANTE NO TIENE DERECHO LEGAL A RECIBIR UNA EDUCACIÓN GRATUITA DEL DISTRITO. EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE INVESTIGAR LA RESIDENCIA DE CUALQUIER ESTUDIANTE POR CUALQUIER MEDIO LEGAL DISPONIBLE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, REGISTROS PÚBLICOS, VISITAS AL SITIO Y OTROS MÉTODOS LEGALES DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del alumno _____ **Fecha de nacimiento** _____

Edad _____ **Grado** _____ **Género** _____ **Idioma(s) hablado(s)** _____

Dirección Actual _____

Número de teléfono _____ **Personas sin hogar Sí/No**

Escuela anterior donde asistió el niño(a) _____

Dirección de la escuela anterior _____

Teléfono de la escuela anterior _____

Dirección de correo electrónico o sitio web de la escuela anterior _____

El niño(a) reside con ()ambos padres ()madre solamente ()padre solamente ()tutor

() acuerdo de custodia de los padres adoptivos registrado

Estado Civil-Padres: () Casado () Divorciado () Separado () Nunca casado

Nombre del parente/tutor _____ **Fecha de nacimiento** _____

Dirección _____ **Email** _____

Teléfono residencial _____ **Teléfono celular** _____

Nombre del empleador _____ Teléfono de negocios _____

Nombre de la madre/tutor _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____

Teléfono residencial _____ Teléfono celular _____

Email _____ Nombre del empleador _____

Teléfono de negocios _____

Si las personas carecen de hogar indican Sí o Nó

Tutor adoptivo/ guardián o padrastro

Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

Número de teléfono residencial _____ Relación _____

Nombre del empleador _____ Teléfono de negocios _____

Teléfono celular _____

Si el niño(a) es un niño(a) de crianza, escriba el nombre de la agencia _____

Información de contacto de emergencia

Nombre _____ Número de teléfono _____

Dirección _____

Nombre del médico _____ Teléfono _____

Todos los demás niños de la familia

Nombre	Género	Fecha de nacimiento	Grado/Escuela actual

Puede incluir cualquier información adicional en la parte posterior de este formulario

EL REQUISITO DE FIRMA Y EL REQUISITO DE NOTARIZACIÓN SE APLICAN A TODAS LAS SECCIONES DEL FORMULARIO "A." YO/NOSOTROS JURO O AFIRMAMOS QUE LA INFORMACIÓN CONTENIDA EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA. ENTIENDO QUE LAS DECLARACIONES EN ESTA SOLICITUD ESTÁN SUJETAS A VERIFICACIÓN POR PARTE DEL DISTRITO. ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD NOTIFICAR A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO Y CIRCUNSTANCIA QUE AFECTE ESTA SOLICITUD.

ESTADO DE NUEVA YORK} }
CONDADO DE } }
SS:

Juró ante mí
Este ____ día de ____, 20 ____.

Firma del padre/madre/tutor

NOTARIO PÚBLICO

Suplemento al Formulario A

Información adicional

Para uso en la oficina

Nombre del alumno _____

Asignado al grado _____ Profesor _____

Fecha de entrada _____

Prueba de residencia:

- Escritura de la casa Contrato de arrendamiento debidamente ejecutado Declaración de cierre de bienes raíces
 - Contrato de venta de vivienda Proyecto de ley de impuestos del condado de Nassau Proyecto de ley de seguro de propietario
 - Factura de servicios públicos Declaración de hipoteca Licencia de conducir
 - Orden judicial o decisión judicial Formulario de impuestos del IRS, federal o estatal
 - Declaración jurada notariada del arrendador (FORMULARIO "B")
y declaración jurada notariada del no propietario/arrendatario (FORMULARIO "C")
 - Otros

Prueba de edad:

- Certificado de nacimiento Certificado de bautismo Pasaporte Otros

Verificación de la fecha de nacimiento: pendiente [] Aprobado []

Seguimiento:

[] Salud [] Censo [] Detección [] Solicitud de registros
[] Registro Permanente [] Carpeta del alumno [] Carta de Superintendente [] Rolodex

Al parent/madre/tutor:

El Distrito Escolar 24 de Valley Stream debe recopilar y registrar la identidad étnica de los estudiantes del Distrito de acuerdo con las categorías y definiciones federales. La información se utilizará para:

- Reportar información a los Departamentos de Educación estatales y federales.
- Planifique programas educativos y asegúrese de que estén disponibles para todos los estudiantes.
- Analizar las diferencias en el rendimiento académico, la asistencia y la finalización de la escuela.

Necesitamos su ayuda para llevar a cabo esta tarea. El Distrito entiende la naturaleza sensible de esta información y le asegura que se mantendrá segura y confidencial de acuerdo con todas las leyes y regulaciones estatales y federales de privacidad estudiantil. Si la información solicitada no se proporciona en este formulario, se requerirá que un oficial de registros estudiantiles del Distrito identifique el grupo al que el estudiante parece pertenecer, se identifica o se considera que pertenece en la comunidad.

Gracias por su ayuda.

DISTRITO ESCOLAR DE VALLEY STREAM VEINTICUATRO

Nombre del estudiante: Apellido, Primer Nombre, Inicial de Segundo Nombre:

Fecha de nacimiento / / Grado _____

INSTRUCCIONES PARA LOS PADRES/TUTORES

POR FAVOR, RESPONDA A LAS PREGUNTAS (1) y (2). POR FAVOR, LÉALOS DETENIDAMENTE ANTES DE RESPONDER.

Para la pregunta (1), coloque una marca de verificación en la casilla que mejor describa a su hijo(a).

1. **¿El estudiante es de origen hispano, latino o español? Origen hispano, latino o español significa una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centroamericano o sudamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de su raza.**

SÍ, hispano

NO, no hispano

2. **Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales y marque TODOS los grupos que se aplican a su hijo(a), marcando al menos una 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 la identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento de la comunidad; por ejemplo., Cherokee, Mohawk, Inuit.

ASIÁTICO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los orígenes de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio, incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, la isla filipina, Tailandia y Vietnam.

NATIVO DE HAWÁI U OTRO ISLEÑO DEL PACÍFICO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.

NEGRO O AFROAMERICANO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.

BLANCO: Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, África del Norte o el Medio Oriente.

Firma del parent/madre/tutor/custodio/otro _____ Fecha _____

Relación con el estudiante Padre Madre Tutor Custodio

Otro (especificar) _____

CUESTIONARIO DE RESIDENCIA DE ESTUDIANTES

Nombre del estudiante _____ Género M F
Apellido _____ Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Edad _____

Este cuestionario está destinado a abordar la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. La respuesta a esta información de residencia ayuda a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir.

¿El niño(a) carece de una residencia nocturna fija regular y adecuada? Sí _____ No _____

Si respondió SÍ a la pregunta anterior, complete el resto de este formulario. Si respondió NO, puede detenerse aquí.

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

- En un motel, hotel, parque de remolques, campamento debido a la falta de una vida alternativa adecuada.
- En un refugio de emergencia o transitorio.
- Con más de una familia en una casa o apartamento debido a pérdida de vivienda o económica penurias.
- Moviéndose de un lugar a otro.
- En un lugar no diseñado para dormir ordinario, como un automóvil, un parque o campamento, edificio abandonado, estación de autobuses o tren.

Nombre del(os) parente(s)/tutor(es)/custodio(s) _____

Dirección _____ Teléfono # _____

Firma del parente/madre/tutor legal/custodio _____ Fecha _____

DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO

FORMULARIO B

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (POR FAVOR IMPRIMIR)

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA O PERSONAS QUE PROPORCIONEN INFORMACIÓN DELIBERADAMENTE FALSA CON RESPECTO A LA RESIDENCIA ESTARÁN SUJETAS A SANCIONES PENALES. UNA DECLARACIÓN FALSA CON RESPECTO A LA RESIDENCIA O EL DERECHO A UNA EDUCACIÓN GRATUITA DE MATRÍCULA DEL DISTRITO ES CASTIGADO COMO UN DELITO DE CLASE A. ADEMÁS, SI SE DETERMINA QUE EL HIJO DE UN SOLICITANTE DE REGISTRO RESIDE FUERA DEL DISTRITO, EL DISTRITO PUEDE EMPRENDER ACCIONES LEGALES PARA COBRAR LOS CARGOS DE MATRÍCULA. QUE PUEDE EXCEDER LOS \$ 12,000 POR AÑO SI EL ESTUDIANTE NO TIENE DERECHO LEGAL A RECIBIR UNA EDUCACIÓN GRATUITA DEL DISTRITO. EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE INVESTIGAR LA RESIDENCIA DE CUALQUIER ESTUDIANTE POR CUALQUIER MEDIO LEGAL DISPONIBLE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, REGISTROS PÚBLICOS, VISITAS AL SITIO Y OTROS MÉTODOS LEGALES DE INVESTIGACIÓN.

_____, Ser debidamente jurado, deposita y dice:
Nombre del propietario

1) Entiendo que esta declaración se hace BAJO PENA DE PERJURIO, para que

(Nombre del niño/a) pueda ser admitido en las escuelas del Distrito
Escolar Gratuito de Valley Stream Union 24 como residente del Distrito.

2) Soy el propietario legal de _____ (Dirección)

PRESENTAR DOS ORIGINALES DE LO SIGUIENTE: ESCRITURA, DECLARACIÓN HIPOTECARIA O FACTURA DE IMPUESTOS

Los términos y condiciones del arrendamiento son los siguientes: (alquiler; etc.)

ADJUNTAR COPIA DEL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO

3) Segundo mi leal saber y entender, esta propiedad es la residencia actual de

(Nombre del parent/madre/tutor/custodio) y el Niño(a)/Tutelado
mencionado anteriormente.

4) Los siguientes nombres incluyen a TODAS las demás personas que viven en esta dirección:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 5. _____ |
| 2. _____ | 6. _____ |
| 3. _____ | 7. _____ |
| 4. _____ | 8. _____ |

ESTADO DE NEW YORK}
}SS:

CONDADO DE }

Firma del Propietario

Juró ante mí este _____ día de _____ de, 20____.

NOTARIO PÚBLICO _____

**DECLARACIÓN JURADA DEL ARRENDATARIO/NO PROPIETARIO
FORMULARIO C**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (ESCRIBA PRIMERO EL APELLIDO)

_____, Ser debidamente jurado, deposita y dice:
Nombre del propietario

- 1) Entiendo que esta declaración se hace BAJO LAS PENAS DE PERJURIO, para que _____ (Nombre del niño/a) Además, entiendo que, si se determina que mi hijo/pupilo no es un residente legítimo del Distrito Escolar Gratuito 24 de Valley Stream Union, **SERÉ LEGALMENTE RESPONSABLE Y SE ME FACTURARÁ LA TASA ANUAL DE MATRÍCULA DEL DISTRITO ESCOLAR, QUE PUEDE EXCEDER LOS \$ 12,000 POR AÑO, POR NIÑO, RETROACTIVA AL PRIMER DÍA DE ADMISIÓN.** También me doy cuenta de que el robo de servicios gubernamentales es un delito, punible de conformidad con la Ley Penal del Estado y que una declaración falsa hecha en relación con esta solicitud me hará responsable de un proceso penal. Se me ha informado que el Distrito hará visitas domiciliarias sin previo aviso con fines de verificación de residencia.
- 2) Yo _____, SOY EL/LA (PADRE/MADRE, TUTOR/(A), PADRE/MADRE CON CUSTODIA, PADRASTRO/MADRASTRA) del niño/pupilo mencionado anteriormente. Resido en (indique la dirección y especifique la naturaleza exacta del espacio: apartamento en el sótano, apartamento en el segundo piso, número de habitaciones; etc.)

con mi hijo/tutelado y (ENUMERE TODAS Y TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN ESTA DIRECCIÓN)

- 1) _____ 5) _____
2) _____ 6) _____
3) _____ 7) _____
4) _____ 8) _____

Esta es mi residencia real y única permanente. Mi hijo(a)/pupilo vive conmigo y esta dirección es su residencia real y única permanente.

- 3) Mi última dirección fue _____, donde viví con (MENCIONE A TODAS Y CADA PERSONA QUE VIVIÓ EN LA DIRECCIÓN ANTERIOR):

- 5) _____ 5) _____
6) _____ 6) _____
7) _____ 7) _____
8) _____ 8) _____

- 4) Comencé mi residencia en _____ (DIRECCIÓN ACTUAL) el _____ (FECHA). Mi arreglo de vivienda se rige por:

- un contrato de arrendamiento formal (**adjunte copia del contrato de arrendamiento y Declaración jurada del propietario – Formulario B**)
 - otros (**adjuntar contrato de alquiler y declaración jurada del propietario – formulario B**)

Los términos y condiciones de mi arrendamiento son los siguientes (especificar alquiler; etc.):

FIRMA DEL ARRENDATARIO/NO PROPIETARIO

ESTADO DE NUEVA YORK

55

CONDADO DE

Juró ante mí este

_____ día de _____, 20_____

NOTARIO PÚBLICO _____

DECLARACIÓN JURADA DE CUSTODIA
FORMULARIO D

NOMBRE DEL ESTUDIANTE (ESCRIBA PRIMERO EL APELLIDO)

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA O PERSONAS QUE PROPORCIONEN INFORMACIÓN DELIBERADAMENTE FALSA CON RESPECTO A LA RESIDENCIA ESTARÁN SUJETAS A SANCIONES PENALES. UNA DECLARACIÓN FALSA CON RESPECTO A LA RESIDENCIA O EL DERECHO A UNA EDUCACIÓN GRATUITA DE MATRÍCULA DEL DISTRITO ES CASTIGABLE COMO UN DELITO MENOR DE CLASE A. ADEMÁS, SE DETERMINA QUE EL HIJO DE UN SOLICITANTE DE REGISTRO RESIDE FUERA DEL DISTRITO, EL DISTRITO PUEDE EMPRENDER ACCIONES LEGALES PARA COBRAR LOS CARGOS DE MATRÍCULA. QUE EXCEDAN LOS \$ 12,000 POR AÑO SI EL ESTUDIANTE NO TIENE DERECHO LEGAL A RECIBIR UNA EDUCACIÓN GRATUITA DEL DISTRITO. EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE INVESTIGAR LA RESIDENCIA DE CUALQUIER ESTUDIANTE POR CUALQUIER MEDIO LEGAL DISPONIBLE, INCLUIDOS, ENTRE OTROS, REGISTROS PÚBLICOS, VISITAS AL SITIO

1. _____ (NOMBRE DEL CUSTODIO), debidamente juramentado depone y dice:

2. Vivo en _____ (NOMBRE COMPLETO DEL NIÑO/A) es mi _____ (PARENTESCO DEL NIÑO/A CON EL CUSTODIO) y él/ella ha estado viviendo conmigo desde _____ (FECHA).

3. _____ (NOMBRE DEL NIÑO/A) tiene la intención de residir conmigo durante _____ (PERÍODO DE TIEMPO).

4. Este arreglo de vivienda es _____ permanente _____ temporal. Si es temporal, el arreglo terminará el _____. Por favor explique: _____

5. Describa la(s) razón(es) y el propósito de entregarle el cuidado, la custodia y el control del niño(a). _____

6. Dirección(es) anterior(es) donde ha vivido el niño(a):

Calle	Ciudad	Estado	Fechas	¿Con quién?

7. _____ (NOMBRE DEL NIÑO/A) no vive en ninguna otra dirección.

8. Los alimentos, la ropa y todas las demás necesidades se proporcionan a _____ (NOMBRE DEL NIÑO/A) por _____.

8A. El seguro de salud es proporcionado por _____.
(presentar comprobante del mismo)

9. ¿Pasará el niño(a) la noche, los fines de semana, los días festivos o las vacaciones en otro lugar? En caso afirmativo, explique:

10. ¿Cada padre tiene la intención de permanecer en su dirección actual? Por favor explique:

11. ¿Dónde está registrado cada padre para votar? Madre _____ Padre _____

12. ¿Qué órdenes judiciales se han dictado con respecto a la tutela o custodia del niño(a)?
(ADJUNTE UNA COPIA DE TODAS ESAS ÓRDENES)

13. Si el tutor tiene otros hijos, proporcione la siguiente información:

Nombre	Edad	Dirección	Relación con el tutor	Escuela

14. Yo _____ (NOMBRE DEL CUSTODIO) asumo toda la responsabilidad por todos los asuntos relacionados con la educación y atención médica de _____ NOMBRE DEL NIÑO(A).

15. Declaración de otros hechos relevantes

Las preguntas “A” a la “E” deben ser respondidas cuando la solicitud de admisión sea presentada por personas que no sean los padres naturales (TUTOR/CUSTODIA).

A) ¿Por qué el niño(a) no vive con sus padres biológicos o adoptivos? _____

B) ¿El estudiante vive exclusivamente en su casa?

C) ¿Con qué frecuencia verán los padres al niño(a)?

D) ¿Qué porcentaje de apoyo económico será realizado por los padres naturales?

E) ¿Qué porcentaje de apoyo económico realizará usted?

JURO O AFIRMO QUE LA INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD ES VERDADERA Y CORRECTA. ENTIENDO QUE LAS DECLARACIONES EN ESTA SOLICITUD ESTÁN SUJETAS A VERIFICACIÓN POR PARTE DEL DISTRITO. TAMBIÉN ENTIENDO QUE ES MI RESPONSABILIDAD NOTIFICAR A LA ESCUELA DE CUALQUIER CAMBIO Y CIRCUNSTANCIAS QUE AFECTEN ESTA SOLICITUD.

FIRMA DEL PADRE/MADRE

FIRMA DEL CUSTODIO

FECHA

JURÓ ANTE MÍ ESTO
DÍA DE _____, 20____

FECHA

JURÓ ANTE MÍ ESTO
DÍA DE _____, 20____

NOTARIO PÚBLICO

NOTARIO PÚBLICO

FORMULARIO DE EXAMEN DE SALUD ESCOLAR REQUERIDO DE NYS

**PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR PRIVADO DE ATENCION MÉDICO O DIRECTOR DE MEDICINA ES
SI NO SE EVALÚA UN AREA, INDIQUE QUE NO SE HA HECHO**

Nota: NYSED requiere un examen físico para nuevos participantes y estudiantes en los grados Pre-K o K, 1,3,5,7,9 y 11; anualmente para deportes Inter escolares; y documentos de trabajo según sea necesario; o según lo requiera el Comité de Educación Especial (CSE) o Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE).

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Nombre	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Grado:	Fecha del examen:

HISTORIA DE SALUD

Alergias <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	Tipo: <input type="checkbox"/> Orden de medicamentos/tratamiento adjunta			<input type="checkbox"/> Plan de cuidado de la anafilaxia adjunto
Asma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	<input type="checkbox"/> Intermitente	<input type="checkbox"/> persistente	<input type="checkbox"/> Otros: <input type="checkbox"/> Orden de medicamentos/ tratamiento adjunta	<input type="checkbox"/> Plan de atención del asma adjunto
Convulsiones <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	Tipo: <input type="checkbox"/> Orden de medicamentos/tratamiento adjunta			Fecha de la última convulsión: <input type="checkbox"/> Plan de Cuidado de convulsiones adjunto
Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	Tipo: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Orden de medicamentos/tratamiento adjunta			<input type="checkbox"/> Plan de control médico de la diabetes adjunto

Factores de riesgo para la diabetes o la prediabetes: Considere la detección de T2DM si el IMC > 85% y tiene 2 o más factores de riesgo: historia familiar de T2DM, etnia, signos de resistencia a la insulina, historia gestacional de la madre y / o prediabetes.

IMC _____ kg/m²

Percentil (categoría de estado de peso): <5 5-49 50-84 85-94 95-98 99 y >

Hiperlipidemia: No Sí No Hecho

Hipertensión: No Sí No Hecho

EXAMEN/EVALUACIÓN FÍSICA

Altura:	Peso:	PA:	Pulso:	Respiraciones:
Prueba de laboratorio	Positivo	Negativo	Fecha	Enumere otras preocupaciones médicas pertinentes (por ejemplo, conmoción cerebral, salud mental, un órgano funcional)
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Prueba de detección de células falciformes-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Nivel de plomo requerido grados Pre-K y K	Fecha			
<input type="checkbox"/> Prueba realizada <input type="checkbox"/> plomo elevado <u>> 5 µg/dL</u>				

Revisión del sistema y hallazgos anormales enumerados a continuación

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Ñódulos linfáticos	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremidades	<input type="checkbox"/> Habla
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Espalda/Espina	<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Emocional social
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Genitourinarias	<input type="checkbox"/> Neurológicos	<input type="checkbox"/> Musculoesqueléticos

Evaluación/anomalías observadas/recomendaciones:

Diagnósticos/Problemas (lista) Código ICD-10 *

Información adicional adjunta

*Requerido solo para estudiantes con un IEP que recibe Medicaid

Nombre:

Examenes de vision y audición - Required para PreK o K, 1, 3, 5, 7 y 11

Visión (con corrección si se prescribe)	Derecha	Izquierda	Recomendación	No hecho
Agudeza de distancia	20/	20/	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Agudeza de visión cercana	20/	20/		<input type="checkbox"/>
Evaluación de percepción del color	<input type="checkbox"/> Pasa <input type="checkbox"/> Fallo			<input type="checkbox"/>
Notas				
Aprobación auditiva indica que el estudiante puede escuchar 20dB en todas las frecuencias: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; para los grados 7 y 11 también pruebe a 6000 y 8000 Hz.				No hecho
Detección de tono puro	Derecha <input type="checkbox"/> Pasa <input type="checkbox"/> Fallo	Izquierdo <input type="checkbox"/> Pasa <input type="checkbox"/> Fallo	Referencia <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
Notas				
Pantalla de escoliosis Niños en el grado 9 y niñas en los grados 5 y 7	Negativo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	Recomendación	No hecho <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA / DEPORTES / PATIO DE RECREO / TRABAJO

- El estudiante puede participar en todas las actividades sin restricciones.
- El estudiante tiene restringida la participación en:
 - Deportes de contacto: baloncesto, porristas competitivas, buceo, esquí alpino, hockey sobre césped, fútbol, gimnasia, hockey sobre hielo, Lacrosse, fútbol y lucha libre.
 - Deportes de contacto limitado: béisbol, esgrima, softbol y voleibol.
 - Deportes sin contacto: tiro con arco, bádminton, bolos, campo traviesa, golf, rifle, natación, tenis y atletismo.
 - Otras restricciones:

Etapa de desarrollo para el **proceso de colocación atlética** **SOLO** se requiere para estudiantes en los grados 7 y 8 que desean jugar en el nivel de deportes Inter escolares de la escuela secundaria **O** los grados 9-12 que desean jugar en el nivel de deportes interescolares modificado.

Etapa Tanner: I II III IV V

Edad de la Primera Menstruación (si corresponde):

Otras adaptaciones*: (por ejemplo, aparatos ortopédicos, bomba de insulina, prótesis, gafas deportivas, etc.) Utilice el espacio adicional debajo para explicar. * Consulte con el organismo de gobierno atlético si se requiere la aprobación previa / finalización del formulario para el uso del dispositivo en competiciones atléticas.

MEDICAMENTOS

Formulario de pedido de medicamentos necesarios en la escuela adjunto

VACUNAS

Registro adjunto

reportado en NYSIIS

Proveedor de salud

Firma del proveedor médico:

Nombre del proveedor: (*por favor imprima*)

Dirección del proveedor:

Teléfono:

Fax:

Por favor, devuelva este formulario a la escuela de su hijo cuando se complete



DISTRITO ESCOLAR 24 DE VALLEY STREAM

75 Horton Avenue, Valley Stream, Nueva York 11581-1499

(516) 434-2825 • FAX: (516) 256-0163

Dr. Unal Karakas
Superintendente de Escuelas

BOARD OF EDUCATION

Melissa Herrera
President

Markus Wilson
Vice President

Alisa Clark
Armando Hernandez
John Maier
Annette Mathew
Cynthia Nuñez
Trustees

Jeannie L. Padilla
District Clerk

Brian Cleary
Treasurer

Guercio & Guercio, LLP
School Attorney

Estimado padre/madre/tutor de los estudiantes entrantes de 6th grado:

Esta carta es para informarle que los estudiantes que ingresan al Grado 6 y que tienen 11 años de edad o más, deben recibir una vacuna que contenga toxoides tetánicos, difteria y tos ferina acelular (Tdap).

Haga que su médico complete la sección a continuación y devuelva esta carta a la enfermera de su escuela. El incumplimiento de este requisito retrasará el ingreso de su hijo a la escuela.

Sinceramente,

Enfermeras de distrito

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

El paciente anterior (complete la entrada correspondiente):

_____ ha recibido una vacuna TD, DT o DTaP en los últimos dos años.

_____ Tdap se aplazará hasta _____ (Fecha de inmunización)

El estudiante tiene 10 años:

_____ Ha recibido Tdap (Boostrix). Fecha: _____

_____ Retrasar la vacuna hasta que el estudiante tenga 11 años de edad.

_____ Ha recibido Tdap (Adacel) Fecha: _____

Firma del médico: _____

Dirección del médico: _____

Teléfono del médico: _____



VALLEY STREAM SCHOOL DISTRICT 24
75 Horton Avenue, Valley Stream, New York 11581-1499
(516) 434-2825 • FAX: (516) 256-0163

Dr. Unal Karakas
Superintendent of Schools

**BOARD OF
EDUCATION**

Melissa Herrera
President

Markus Wilson
Vice President

Alisa Clark
Armando Hernandez
John Maier
Annette Matthew
Cynthia Nuñez
Trustees

Jennie L. Padilla
District Clerk

Brian Cleary
Treasurer

Guercio & Guercio, LLP
School Attorney

Estimados padres/tutores,

Los exámenes dentales son recomendados por el Estado, para aquellos estudiantes que ingresan a Kindergarten, 1^{er} grado, 3^{er} grado y 5^{to} grado.

Por favor, tómese el tiempo para visitar a su dentista familiar al menos una vez al año. Tenga su dentista llene el formulario y devuélvalo a la Oficina de Salud.

Sinceramente

Enfermeras del Distrito 24
Valley Stream UFSD #24

Estudiante: _____

_____ ha completado su trabajo dental / certificado adjunto

_____ necesita seguimiento

Dentista: _____ Teléfono: _____

Fecha: _____

OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, sin importar su nacionalidad o estado legal. Este programa es gratuito para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de envolvimiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.

¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?

- Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: (____)-_____-_____ Mejor tiempo para ser contactado _____ AM/PM

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Para someter este referido, por favor enviarlo por correo electrónico a migranteducation@esboces.org, o enviar un fax al No. 631-240-8912, o enviarlo por correo al Programa de Educación para Migrantes de Long-Island-METRO, 969 Roanoke Avenue, Riverhead, NY. 11901.

Nombre del distrito o de la organización que envía el referido _____