

**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 DOCUMENTS COMPLETOS A MONIQUE SANDORFI A: [SANDORFM@VSCHSD.ORG](mailto: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 padre/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**

<b><u>Solo uso en Office</u></b>			
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 padre/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 No

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 }

} SS:

CONDADO DE }

**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 padre/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 padre/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(los) padre(s)/tutor(es)/custodio(s) \_\_\_\_\_

Dirección	Teléfono #
-----------	------------

Firma del padre/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) Según mi leal saber y entender, esta propiedad es la residencia actual de  
\_\_\_\_\_(Nombre del padre/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  
SS

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	¿Cón 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

\_\_\_\_\_  
FECHA

JURÓ ANTE MÍ ESTO

DÍA DE \_\_\_\_\_, 20\_\_\_\_

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 ÁREA, 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**

<b>Alergias</b> <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 adjunta
<b>Asma</b> <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
<b>Convulsiones</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	Tipo: Fecha de la última convulsión: <input type="checkbox"/> Orden de medicamentos/tratamiento adjunta <input type="checkbox"/> Plan de Cuidado de convulsiones adjunto
<b>Diabetes</b> <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/m<sup>2</sup>

**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**

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

☐ Revisión del sistema y hallazgos anormales enumerados a continuación

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Módulos 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:				
<b>Exámenes de vision y audición - Required para PreK o K, 1, 3, 5, 7 y 11</b>				
<b>Visión (con corrección si se prescribe)</b>	<b>Derecha</b>	<b>Izquierda</b>	<b>Recomendación</b>	<b>No hecho</b>
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.				<b>No hecho</b>
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	<b>Negativo</b>	<b>Positivo</b>	<b>Recomendación</b>	<b>No hecho</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/>
<b>RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA / DEPORTES / PATIO DE RECREO / TRABAJO</b>				
<input type="checkbox"/> El estudiante puede participar en todas las actividades sin restricciones. <input type="checkbox"/> El estudiante tiene restringida la participación en: <input type="checkbox"/> <b>Deportes de contacto:</b> baloncesto, porristas competitivas, buceo, esquí alpino, hockey sobre césped, fútbol, gimnasia, hockey sobre hielo, Lacrosse, fútbol y lucha libre. <input type="checkbox"/> <b>Deportes de contacto limitado:</b> béisbol, esgrima, softbol y voleibol. <input type="checkbox"/> <b>Deportes sin contacto:</b> tiro con arco, bádminton, bolos, campo traviesa, golf, rifle, natación, tenis y atletismo. <input type="checkbox"/> <b>Otras restricciones:</b>				
<b>Etapas 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.</b> <b>Etapas Tanner:</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <span style="float: right;"><b>Edad de la Primera Menstruación (si corresponde):</b></span> <input type="checkbox"/> <b>Otras adaptaciones*:</b> (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.				
<b>MEDICAMENTOS</b>				
<input type="checkbox"/> <b>Formulario de pedido de medicamentos necesarios en la escuela adjunto</b>				
<b>VACUNAS</b>				
<input type="checkbox"/> Registro adjunto <span style="margin-left: 100px;"><input type="checkbox"/> reportado en NYSIS</span>				
<b>Proveedor de salud</b>				
Firma del proveedor médico:				
Nombre del proveedor: <i>(por favor imprima)</i>				
Dirección del proveedor:				
Teléfono: <span style="float: right;">Fax:</span>				
<b>Por favor, devuelva este formulario a la escuela de su hijo cuando se complete</b>				



## 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 Matthew  
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: \_\_\_\_\_

**BUSCA LO IMPRESIONANTE**  
[valleystreamschooldistrict24.org](http://valleystreamschooldistrict24.org)



**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<sup>er</sup> grado, 3er grado y 5to 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: \_\_\_\_\_

**MAKE THE CONNECTION**  
Innovating Our Future  
[valleystreamschooldistrict24.org](http://valleystreamschooldistrict24.org)

**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 involucramiento 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](mailto: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 \_\_\_\_\_