BIENVENIDO(A) AL DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE PINE BUSH

Los nuevos estudiantes se registran con cita previa en la Oficina Central de Registro que se encuentra en la Escuela Primaria Pine Bush Elementary, 21 Ulsterville Road, Pine Bush, Nueva York.

Los formularios y documentos de registro pueden enviarse a través de uno de los siguientes métodos:

- Escanee y envíe los documentos por correo electrónico a: registration@pinebushschools.org
- Comuníquese con el Registro Central al (845) 744-4058 para hacer una cita para devolver los documentos en persona

Los Padres/Guardián Legal debe de obtener y completar el paquete de registro antes de programar una cita. Los paquetes están disponibles en la oficina de registro,en el sitio web del distrito, y en cada edificio escolar.

TENGA EN CUENTA:

Los padres/guardián legal tiene que estar presente en el momento de la inscripción y también proporcionar una identificación con foto válida.

Registradora Central
Distrito Escolar Central de Pine Bush
Teléfono: (845) 744-4058
Fax: (845) 744-4059

registration@pinebushschools.org

Comité de Educación Especial Preescolar
Paquete de Registro

Estimado Padre /Guardián,

Adjunto encontrará los formularios necesarios para completar para remitir a su hijo al Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE). Su hijo en edad preescolar debe estar registrado en el Distrito Escolar Central de Pine Bush antes de que se pueda procesar su solicitud de evaluación.

Una vez que haya completado los formularios adjuntos y haya reunido los documentos de respaldo correspondientes, devuelva todos los formularios y documentos a través de uno de los siguientes métodos:

- Escanee y envíe por correo electrónico los formularios y documentos a: registro@pinebushschools.org
  Cuando sea posible, incluya todos los formularios y documentos en UN correo electrónico
- Comuníquese con el Registrador Central al (845) 744-4058 para hacer para devolver los documentos en persona

Lista de verificación de registro de CPSE

Por favor complete y devuelva los siguientes formularios:

- ☐ Formulario de registro de estudiantes
- ☐ Formulario médico del estudiante
- ☐ Cuestionario del idioma del hogar
- ☐ Cuestionario de vivienda
- ☐ Remisión al CPSE
- ☐ Cuestionario para padres
- ☐ Formulario de solicitud de registros (solo si se transfiere de otro distrito escolar)
- ☐

Porporcione los siguientes documentos:

- ☐ Copia de la identificación con foto válida del padre/tutor
- ☐ Copia del acta de nacimiento del niño que contenga un sello en relieve
- ☐ Prueba de residencia (consulte las "Instrucciones de registro de estudiantes")
- ☐ Copia de la visita de bienestar más reciente fechada dentro de un año
- ☐ Registro de vacunas, firmado o sellado por un proveedor de atención médica con licencia
- ☐ Formulario LDSS-2999 (solo para niños de crianza)
- ☐ Documentos de custodia (si corresponde)
- ☐ Cualquier documento médico y/o preescolar adicional que pueda ser útil para identificar las habilidades y áreas de preocupación de su hijo

Instrucciones de Registro de Estudiantes

Se debe proporcionar la siguiente documentación para registrar a su hijo en el distrito escolar. Todos los formularios del paquete de registro deben completarse y aprobarse antes de que el registro sea definitivo y comience la asistencia.
Los formularios y documentos de registro pueden enviarse a través de uno de los siguientes métodos:

- Escanee y envíe los documentos por correo electrónico a: registration@pinebushschools.org
- Comuníquese con el Registrador Central al (845) 744-2031 extensión 4058 para hacer una cita para devolver los documentos en persona

1) **Prueba de residencia**: Todos los estudiantes nuevos que ingresan al Distrito Escolar Central de Pine Bush deben de traer prueba con **dos formas** de comprobante de residencia, uno primario y otro secundario.

   Prueba principal de residencia (enseñar uno de los siguientes):

   - Fractura de impuestos;
   - Recibo de arrendamiento o alquiler firmado con el nombre del arrendador, dirección, número de teléfono, número de sección, lote y bloque;
   - Carta notariada del arrendador respaldada por recibo de alquiler con el nombre del arrendador; o
   - Declaración/escritura de hipoteca que muestre la compra de la casa, nombre, dirección, sección, lote y número de bloque.

Si vive con un residente del distrito (p. ej., padre, abuelo, amigo, etc.) y no paga el alquiler, complete el conjunto de declaraciones juradas firmadas y notariadas, que se probarán si se solicitan. Las declaraciones juradas deben completarse de la siguiente manera:

- El primero debe ser firmado por el residente del distrito, quien también debe enseñar prueba de residencia como se indicó anteriormente.
- El segundo debe ser firmado por el padre o guardián legal del estudiante que se registra, quien debe enseñar documentos adicionales de la lista no exhaustiva a continuación para establecer la residencia.

Comprobante secundario de residencia (enseñar uno de los siguientes):

- metro las últimas facturas de servicios públicos (teléfono, gas, electricidad, cable) o recibo de depósito para la puesta en marcha del servicio de gas, electricidad, teléfono;
- factura de agua;
- factura de teléfono celular;
- verificación DSS
- sus impuestos

- credencial de elector;
- Copia de la licencia de conducir estatal o tarjeta de identificación del estado con foto que muestre la dirección actual del distrito (no temporales). Si se ha cambiado la dirección, esta no será aceptada;
- Tarjeta de seguro de automóvil;
- Tarjeta de registro de vehículos de motor;
- Declaraciones de beneficios de atención médica
- Formulario oficial de cambio de dirección postal;
- Recibo de una empresa de mudanzas importante o recibo de una empresa local que muestre la entrega de muebles o un electrodoméstico principal recién comprado;
- Chequera de la cuenta bancaria actualmente activa con el nombre y la dirección impresos (se puede contactar al banco para verificar la cuenta bancaria existente)

La falsificación de cualquier información o documentos requeridos para esta verificación resultará en la revocación de la inscripción del estudiante, y los padres/tutores y/o el estudiante pueden estar sujetos a acciones legales para recuperar la matrícula.

1) **Certificado de nacimiento:** Se requiere prueba de la edad de su hijo al momento de la inscripción. Se debe proporcionar un certificado de nacimiento original o una copia certificada con un sello en relieve. Si no tiene un certificado de nacimiento original, podemos aceptar un pasaporte válido o el certificado de bautismo original de su hijo con un sello en relieve. Si ninguno de estos está disponible, se pueden considerar otros documentos para verificar la fecha de nacimiento de su hijo.

2) **Registros de Salud/Vacunas:**Se debe proporcionar un registro de vacunas en el registro. Esto debe estar firmado o sellado por un proveedor de atención médica autorizado.

3) **Expediente educativo:**Se requiere una transcripción de todos los estudiantes de secundaria y se recomienda una boleta de calificaciones para todos los demás niveles de grado. Incluya el Programa de Educación Individualizado (IEP) más reciente, si corresponde.

4) **Circunstancias especiales:**
   Niños de crianza: *Un LDSS-2999* Se requiere un formulario y una orden de custodia firmada en el momento del registro.
   Guardián: Si eres el guardián legal, se requieren documentos firmados por un oficial de la corte.

*Si hay otras circunstancias especiales, como cambio de nombre, acuerdo de custodia, etc., proporcione esos documentos junto con los formularios y documentos de registro requeridos.

(La Ley del Estado de Nueva York, Sección 3202, establece: "Un niño debe residir con uno o ambos de sus padres a menos que sean reducidos, encarcelados o internados en una institución, hayan desertado o abandonado a un niño, o residan fuera del Estado de Nueva York. En tales casos, sólo los tutores legalmente designados o los padres adoptivos pueden asumir la custodia y responsabilidad del cuidado del niño.)

Gracias de antemano por proporcionar la documentación requerida para el registro.

Cuestionario De Vivienda

Nombre del Distrito Escolar: ___Pine Bush Central School District_____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido Primer Nombre Segundo Nombre

Género: ○ Hombre ○ Mujer Fecha de Nacimiento: _____ / _____ / _____ Grado:_____ ID#: _____

Mes Día Año (jardín de infantes – 12) (opciónal)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.

¿Donde está el estudiante viviendo actualmente? (*Por favor marque **una***.)

- ○ En un refugio
- ○ Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
- ○ En un hotel/motel
- ○ En un carro, parque, autobús, tren, o camping
- ○ Otra vivienda temporal (Por favor describa):
  _____
- ○ En un hogar permanente

_____ _____

Nombre de Padre, Guardián, o Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Firma de Padre, Guardián, o Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

_____

Fecha

Si CUALQUIER caja que no sea "En un hogar permanente" está marcada, **no se requieren prueba de domicilio** u otros documentos normalmente requeridos para inscripción **y el estudiante debe ser matriculado inmediatamente**. Después de que el estudiante sea matriculado, el distrito o la escuela debe pedir los documentos escolares, incluyendo los documentos de inmunización, al distrito o la escuela anterior. El enlace del distrito debe ayudar al estudiante conseguir cualquier otro documento necesario o inmunización.

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Si el estudiante **NO** vive en un hogar permanente, favor de asegúrese que una Formulario de Designación sea completado.

Formulario de Registro de Estudiantes

INFORMATION DEL ESTUDIANTE

Apellido Sufijo Nombre Medio Apodo

Fecha de nacimiento: _____ Género: ____ Niño ____Niña Grado de ingreso:____

El niño es hispano o latino: ☐ Sí ☐ No

Etnicidad:(El estado de Nueva York requiere un código para fines de recopilación de datos. Seleccione el código más cercano al origen étnico de su hijo).

☐ Blanco ☐ Negro o afroamericano ☐ Asiático ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái/Otra isla del Pacífico

POR FAVOR INDIQUE LA DIRECCIÓN DONDE RESIDE EL NIÑO

Dirección de casa/residencia Inicio/Ciudad de Residencia Inicio/Código postal de residencia

Dirección postal (si es diferente a la anterior) Ciudad de envío Código postal de envío

Condado de residencia: ☐ Condado de Orange ☐ Condado de Sullivan ☐ Condado de Ulster

Municipio de residencia: ☐ Crawford ☐ Gardiner ☐ Mamakating ☐ Montgomery ☐ Mount Hope ☐ Shawangunk ☐ Wallkill

INFORMACIÓN FAMILIAR CON QUIÉN VIVE EL NIÑO

Relación del padre/guardián con el niño: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Guardián ☐ Padrastro ☐ Padre cuidador ☐ Otro

Marital Estado del padre/guardián: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Recasado ☐ Viudo

Apellido Nombre Nombre y dirección del empleador

Número primario Número de teléfono móvil Número de trabajo

Correo electrónico

Relación del padre/guardián con el niño: ☐ Padre ☐ Madre ☐ Guardián ☐ Padrastro ☐ Padre cuidador ☐ Otro

Estado Civil del Padre/guardián: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Recasado ☐ Viudo

Apellido Nombre Nombreydirecciódelemleador

Numero primario Número de teléfono móvil Número de trabajo

Correo electrónico

INFORMACIÓN BIOLÓGICA DEL PADRE (si es diferente a la información del padre/guardián anterior)

¿Está vivo el padre del niño? ☐ Sí ☐ No

Apellido	Nombre de pila	Dirección de casa	Número de teléfono principal

¿Está viva la madre del niño? ☐ Sí ☐ No

Apellido	Nombre	Dirección de casa	Número de teléfono principal

Si es hijo de crianza, por favor enumere lo siguiente:

Agencia Nombre	Dirección de la agencia

Contacto/asistente social Nombre	Número de teléfono

INFORMACIÓN DE HERMANOS

Apellido, Nombre	Fecha de nacimiento	Niño/Niña	Grado	Escuela
Apellido, Nombre	Fecha de nacimiento	Niño/Niña	Grado	Escuela
Apellido, Nombre	Fecha de nacimiento	Niño/Niña	Grado	Escuela
Apellido, Nombre	Fecha de nacimiento	Niño/Niña	Grado	Escuela

INFORMACIÓN DE EMERGENCIA

	Contacto de Emergencia #1	**Contacto de Emergencia #2**	**Contacto de Emergencia #3**
Nombre			
Relación			
Número de teléfono de casa			
Número de teléfono móvil			
Número de teléfono del trabajo			

Por la presente certifico que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Nombre del padre/guardián:_____ Relación con el niño:_____

Firma del padre/guardián:_____ Fecha: _____

Información médica del estudiante

TENGA EN CUENTA: LAS LEYES DEL ESTADO DE NUEVA YORK REQUIEREN UN MÍNIMO DE INMUNIZACIONES Y DEBEN VERIFICARSE CON LA FIRMA O EL SELLO DEL MÉDICO.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del médico: _____ Número de teléfono del médico: _____

Dirección del médico: _____

ALERGIAS: Alimento_____
Medicamentos_____
Insectos_____

¿Es capaz el niño de participar en todas las actividades de educación física? ☐Sí ☐No Si no, dé laazón:_____

¿Hay alguna necesidad de alterar el programa escolar del niño? ☐Sí ☐No Si es si, dé la razón:_____

ENFERMEDADES (dar fechas):

Varicela _____ Difteria _____ Sarampión alemán _____
Sarampión _____ Paperas _____ Poliomielitis _____
Diabetes_____ ___ Escarlatina _____ Epilepsia _____
Asma _____ Fiebre reumática _____ Pulmonía _____
Tuberculosis_____ Cardiopatía _____ Contacto con TB _____
Tos ferina _____ Condiciones del oído _____ Otro_____
Resfriados frecuentes/dolor de garganta ☐Sí ☐No

OTROS DATOS DE SALUD PERTINENTES:

Dificultades del Habla _____ Impedimentos Físicos _____
Dificultades de la vista _____ Anteojos ☐Sí ☐No
Dificultades auditivas _____ Audífono ☐Sí ☐No
Fiebre Alta _____ Con Convulsiones ☐Si ☐No
Menstruación Edad comenzó_____ Regular ☐Sí ☐No Dolorosa ☐Sí ☐No

HOSPITALIZACIÓN/OPERACIONES:

Motivo de la hospitalización_____ Fecha_____
Anginas _____ Apendicectomía _____ Hernia_____
Fracturas _____ Suturas/Lesiones Graves _____
Otro_____

MEDICAMENTO:

Nombre del medicamento_____ Razón_____
Tomado en casa ☐Sí ☐No ¿Con qué frecuencia?_____ Dosis_____
Tomado en la escuela ☐Sí ☐No ¿Con qué frecuencia?_____ Dosis_____

NOTA: Como procedimiento, la escuela pedirá a los padres que mantengan a sus hijos en casa si muestran signos de infecciones significativas. Si su hijo ha tenido fiebre (más de 100), no debe regresar a la escuela hasta que su temperatura haya sido normal durante al menos 24 horas. Si un niño requiere algún medicamento durante el horario escolar, un adulto debe llevar el medicamento a la enfermera de la escuela en el frasco recetado original con un formulario de permiso completado por el padre y la orden del médico. Los estudiantes no deben llevar ningún medicamento (esto incluye medicamentos de venta libre) con ellos.

Yo certifico que toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa según mi leal saber y entender.

Nombre del padre/guardián:_____ Relación con el niño:_____

Firma del padre/guardián:_____ Fecha:_____

FORMULARIO DE ALERTA MÉDICA
(FAVOR DE COMPLETAR SOLO SI APLICA)

Nombre del estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Por favor proporcionarle la siguiente información médica de emergencia para ayudarnos a garantizar la salud y la seguridad de su hijo. Mi hijo tiene los siguientes problemas médicos que el distrito escolar debe conocer (marcalas condiciones que se aplican y explicar):

	Cardíaca: (ejemplo: hipertensión, soplo cardíaco)
	Respiratoria: (ejemplo: asma)
	Sistema Nervioso: (ejemplo: trastorno convulsivo)
	Endocrino: (ejemplo: diabetes)
	Problemas de salud mental: (ejemplo: depresión, trastorno de pánico)
	Otro:

_____ _____
Firma del Padre/Guardian Fecha

Explicación: _____
_____
_____
_____
_____
_____

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

Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire - HLQ)

Estimados padres o persona en relación parental:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él o ella, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas.
Gracias.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	*Segundo nombre*	*Apellido*
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes *Día* *Año*		☐ Masculino ☐ Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	*Primer Nombre*	*Relación con el estudiante*

HOME LANGUAGE CODE _____

Conocimientos de idiomas
(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	☐ Inglés	☐ Otro _____ *especifique*	
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	☐ Inglés	☐ Otro _____ *especifique*	
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	☐ Padre 1 _____ *especifique*	☐ Padre 2 _____ *especifique*	☐ Tutor(es) _____ *especifique*
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro _____ *especifique*	
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro _____ *especifique*	☐ No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro _____ *especifique*	☐ No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	☐ Inglés	☐ Otro _____ *especifique*	☐ No sabe escribir

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
District Name (Number) & School *Address*	

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Sí ◯ ***No*** ◯ ***No se sabe*** ◯ *** En caso afirmativo, por favor explique:** _____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? ☐ Poca gravedad ☐ Algo grave ☐ Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? ☐ **No** ☐ **Sí*** ***Por favor, llene 10b.***

10b. ****Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación,* **¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

☐ **No** ☐ **Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:** _____

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial *(favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):*

☐ **De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana)** ☐ **3 a 5 años (Educación Especial)** ☐ **6 años o mayor (Educación Especial)**

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? ☐ **No** ☐ **Sí**

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? *(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)*

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

_____ Mes: Día: Año: _____

Firma de un padre o de la persona en relación paternal ***Fecha***

Relación con el estudiante: ☐ **Padre** ☐ **Otra:** _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ **POSITION:** _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ **POSITION:** _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: ☐ **NO** ☐ **YES**

****DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:** _____ (MO DAY YR.)

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:
☐ ADMINISTER NYSITELL
☐ ENGLISH PROFICIENT
☐ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ **POSITION:** _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ (MO. DAY YR.)

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ☐ ENTERING ☐ EMERGING ☐ TRANSITIONING ☐ EXPANDING ☐ COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

Remisión al Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE)

EL NOMBRE DEL NIÑO:_____ FECHA DE NACIMIENTO:_____

Estimado presidente del CPSE,

Le escribo para remitir a mi hijo al Comité de Educación Especial Preescolar. Le pido que realice una evaluación inicial para determinar si mi hijo tiene una discapacidad que afecta su capacidad para participar adecuadamente en las actividades. Me preocupa el desarrollo de mi hijo en las siguientes áreas (marque todas las que correspondan y describa sus inquietudes):

☐ Aprendizaje/Cognitivo:_____

☐ Discurso y Lenguaje:_____

☐ Motricidad fina y/o procesamiento sensorial: _____

☐ Motricidad gruesa: _____

☐ Atención: _____

☐ Desarrollo socioemocional:_____

☐ Adaptativo/Vida Diaria:_____

☐ Otro: _____

Enumere los diagnósticos médicos pertinentes:

_____

Atentamente,

_____
(Firma del Padre /Guardián)

POR FAVOR PROVEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre del padre/tutor: _____

Direccion: _____

Número de teléfono principal:_____ Correo electrónico:_____

¿Recibe actualmente su hijo Servicios de Intervención Temprana? ◯ Sí ◯ No

Si su respuesta es sí, indique el nombre de su Coordinador de Servicios Continuos:_____

Cuestionario para padres Solo Pre-K y Kindergarten

EL NOMBRE DEL NIÑO: _____ FECHA DE NACIMIENTO:_____

EXPERIENCIA ESCOLAR PASADA Y PRESENTE

¿Está su hijo actualmente inscrito en un programa de preescolar/guardería infantil? ____Sí ___No

En caso que sí, indique los días y horas de asistencia:

☐Lunes_____ ☐Martes_____ ☐Miércoles_____ ☐Jueves_____ ☐Viernes_____

Nombre del programa preescolar/guardería infantil actual del niño:_____

¿Cuánto tiempo ha asistido su hijo este programa?

☐ Menos de 6 meses ☐ 6 meses a 1 año ☐ 1 a 2 años ☐ mas de 2 años

*Si **no**, ¿su hijo ha asistido previamente a un programa de preescolar/guardería infantil?* ☐ Sí ☐No

Nombre del programa preescolar/guardería infantil más reciente del niño:

_____

¿Cuánto tiempo asistió su hijo a un programa de preescolar/guardería infantil?:

☐ Menos de 6 meses ☐6 meses a un 1 año ☐ 1 a 2 años ☐mas de 2 años

DESARROLLO INFANTIL

Por favor indique SÍ o NO en respuesta a cada frase abajo.

Su hijo:	**Sí**	**No**
Usa crayones o marcadores para hacer garabatos o dibujar	☐	☐
Escuche las historias que se leen	☐	☐
Pasar las páginas de un libro y mirar imágenes.	☐	☐
Recordar historias o eventos.	☐	☐
Juega bien con otros niños	☐	☐
Siga instrucciones simples y apropiadas para su edad.	☐	☐
Sigue las reglas	☐	☐
Responder bien a perder un juego o no llegar a hacer algo	☐	☐
Disfruta jugando con una variedad de juguetes.	☐	☐
Quitarse y ponerse el abrigo y la ropa por su cuenta	☐	☐
Usar el baño de forma independiente	☐	☐

¿Tiene alguna preocupación sobre el patrón de dormir de su hijo? ☐Sí ☐No

En caso que sí, describa sus preocupaciones:_____

_____

¿Tiene alguna preocupación sobre las habilidades sociales o de juego de su hijo? ☐Sí ☐No

En caso que sí, describa sus preocupaciones:_____

_____

¿Tiene alguna preocupación sobre el comportamiento de su hijo? ☐Sí ☐No

En caso que sí, describa sus preocupaciones:_____

_____

¿Es su hijo: Muy activo ☐Sí ☐No demasiado callado ☐Sí ☐No

¿Cuáles son algunas de las actividades favoritas de su hijo?

_____

_____

_____

Indique cualquier otra información que le gustaría que el distrito tenga en cuenta:

_____

_____

_____

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Relación hacía el niño: _____

Fecha: _____

PO Box 700 | 156 Route 302 | Pine Bush, NY 12566 | (845) 744-2031 | www.pinebushschools.org

Pedido de Registros

Nombre del estudiante:_____Fecha de nacimiento:_____ Grado:_____

Nombre de la escuela anterior: _____

Dirección de la escuela anterior: _____

Número de fax de la escuela anterior:_____

Correo electrónico de contacto de la escuela anterior: _____

Yo autorizo la divulgación de todos los registros enumerados a continuación.

_____ _____ _____

Escriba el nombre del padre/guardián | Firma del Padre /guardián | Fecha

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL ESCOLAR:

Tenga en cuenta que el niño mencionado anteriormente, que asistió a su escuela, se inscribió en el Distrito Escolar Central de Pine Bush a partir de _____. Elimínalos de su distrito antes de esta fecha.

Envíe todos los registros educativos, las calificaciones actuales del salón de clases y de transferencia, los puntajes de las pruebas, los registros de salud, el certificado de nacimiento, los informes psicológicos y/o psiquiátricos, los IEP, los informes médicos, los registros disciplinarios y cualquier otra información pertinente que nos ayude a ubicar a este estudiante en:

☐ Secundaria Pine Bush
Atención: Oficina de Consejería
Circleville, NY 10919
845-744-2031 extensión 3500
Fax 845-744-8586

☐ Primaria Circleville
PO Box 43 PO Box 148
Circleville, NY 10919
845-744-2031 extensión 5500
Fax 845-361-2136

☐ Primaria Pakansink
PO Box 670
Pine Bush, NY 12566
845-744-2031 extensión 5700
Fax 845-361-3816

☐ Escuela Intermedia Crispell
Atención: Oficina de Consejería
PO Box 780
Pine Bush, NY 12566
845-744-2031 extensión 4404
Fax 845-744-6483

☐ Primaria Pine Bush
PO Box 899
Pine Bush, NY 12566
845-744-2031 extensión 4300
Fax 845-744-8092

☐ Primaria EJ Russell
PO Box 730
Pine Bush, NY 12566
845-744-2031 extensión 4200
Fax 845-744-3308

☐ Escuela Intermedia de Circleville
Atención: Oficina de Consejería
PO Box 143, Circleville, NY 10919
845-744-2031 extensión 5605
Fax 845-361-1385

☐ Programas Especiales
PO Box 700
Pine Bush, NY 12566
845-744-2031 extensión 4800
Fax 845-744-2241

FAXED BY _____ **DISTRICT** _____

PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA MIGRANTES DEL ESTADO DE NEW YORK

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 Ley Cada Estudiante Triunfa (ESSA). 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, 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 alguien en su familia ha trabajado en la agricultura?
¿Se han mudado durante los últimos 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: _____ Ciudad_____

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 envíelo por fax a 845-257-2953, o por correo a Mid-Hudson Migrant Education Program- 353 VH Annex – 1 Hawk Drive New Paltz, NY 12561