

ROSLYN PÚBLICA ESCUELAS

DECLARACIÓN DE DIVULGACIÓN

(DEBE ESTAR NOTARIZADO)

NOMBRE DEL NIÑO/NIÑOS:

(IMPRIMIR): _____
(Nombre) (Apellido)

(IMPRIMIR): _____
(Nombre) (Apellido)

NOMBRE DEL PADRE (ESCRITURA): _____
(Nombre) (Apellido)

DIRECCIÓN: _____
(Calle) (Ciudad) (Código postal)

Entiendo que para que mi niño/niños para asistir a las escuelas públicas de Roslyn, debo ser un residente del distrito escolar de Roslyn. **Certifico que realmente he tomado la residencia y que estoy domiciliado (viviendo) en la dirección anterior con mi niño/niños a partir del _____ (INSERTAR FECHA).**

La Sección 210.25 de la Ley Penal del Estado de Nueva York prohíbe la realización de declaraciones falsas por escrito. Por lo tanto, por la presente juro / afirmo que las declaraciones contenidas en la cuenta del estudiante y los formularios de inscripción son verdaderos.

Además, entiendo que si se determina que esta certificación es falsa, mi niño/niños serán excluidos de las Escuelas Públicas de Roslyn y yo podría ser responsable del pago de la matrícula desde la fecha de inscripción hasta la fecha de terminación, y podría estar sujeto a las penas por perjurio, que es un delito menor de Clase A.

Entiendo que, además del pago de la matrícula de no residente, el Distrito buscará los costos de cobranza, incluidos los honorarios razonables de abogados. **Reconozco que es mi responsabilidad notificar al distrito escolar si me mudo.** Doy fe de que toda la información proporcionada por mí en este documento es verdadera.

**** TENGA EN CUENTA QUE EL DISTRITO MANTENGA EL DERECHO DE VERIFICAR LA RESIDENCIA MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE UNA VISITA AL HOGAR ****

Firma de los padres (DEBE SER NOTARIZADA, VER ABAJO) _____
Fecha

Estado de Nueva York)
Condado de _____)

Jurado ante mí este ____ día de _____ 20__

NOTARIO PÚBLICO

PRUEBA DE RESIDENCIA DOCUMENTOS REQUERIDOS

*** De acuerdo con la ley del estado de Nueva York, para registrar a su(s) hijo(s) en las Escuelas Públicas de Roslyn, debe estar domiciliado físicamente en su dirección de Roslyn.***

Proporcionar uno (1) de los siguientes:

- Escritura notarial de local
- Estado de cuenta de hipoteca actual del banco/prestamista
- Proyecto de ley de impuestos sobre bienes raíces del condado de Nassau (año en curso)
- Acuerdo de Vivienda (Todas las firmas deben estar notariadas)
- Contrato de arrendamiento original notariado -Si el contrato de arrendamiento NO está notariado, requerimos tanto A como B:

A.Propietario/Propietario - Adjunto; Debe estar notariado y una copia delPROPIETARIOEscrituraQ estado hipotecarioQ factura de impuesto inmobiliario.

B.Inquilino/No propietario - Adjunto; Debe estar notariado.

****NOTA:**Un contrato de venta firmado **NO** ser aceptado como prueba de propiedad de la vivienda

También proporcione dos (2) de los siguientes:

(Las facturas/estados de cuenta deben tener fecha dentro de los tres (3) meses posteriores a su cita de registro)

- Declaración de empresa de mudanzas pagada con la nueva dirección de Roslyn y la fecha de la mudanza
- Declaración actual de PSEG o National Grid (cuenta como 1 prueba)
- Declaración de entrega de combustible actual
- Declaración actual del Distrito de Agua de Roslyn (con el talón de pago adjunto)
 - Declaración actual de cable/Internet
 - Seguro de automóvil vigente (tarjeta de identificación del seguro) O Registro de automóvil con nueva dirección de Roslyn
 - Póliza de seguro actual para propietarios/inquilinos (POLÍTICA COMPLETA)

A LOS REGISTRADOS QUE NO PUEDAN PROPORCIONAR LOS ARTÍCULOS ANTERIORES SE les puede exigir que presenten documentación adicional para verificar su residencia o se les puede exigir que firmen una declaración jurada. EXCEPTOSE REALIZARÁN ACCIONES CUANDO CORRESPONDA.

DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO/ARRENDADOR

CUALQUIER FALSO DECLARACION HECHO EN ESTE AFFIDAVIT ES CASTIGABLE AS A CLASE "A" MISDEMEANOR CONFORME A SECCION 210.45 DE LA PENAL LEY.

REQUISITOS: (1) *Adjunte una copia de la Escritura O Declaración de Hipoteca O Factura de Impuestos de Bienes Raíces ; y* (2) *Adjunte una copia del contrato de arrendamiento*

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
(Imprimir primer nombre, último nombre)

ESTADO DE NUEVA YORK) _____) ss:
CONDADO DE _____)

Yo, _____, siendo debidamente juramentado, depone y dice:
(ESCRIBA EL NOMBRE DEL PROPIETARIO/DUEÑO ARRIBA)

1. Yo entiendo que esta declaración está siendo hecha BAJO LAS PENAS DE PERJURIO, para que el niño antes mencionado pueda ser admitido en las escuelas del distrito escolar de la Roslyn Escuela Distrito como un distrito residente.
2. Yo soy el legal propietario de _____
(INSERTE LA DIRECCIÓN DE LA PROPIEDAD DE ALQUILER)
3. MI DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO ES: _____.
MI NUMERO DE TELÉFONO ES: _____.

A COPIA DE LA ESCRITURA, HIPOTECA DECLARACIÓN O FACTURA DE IMPUESTOS INMOBILIARIOS DEBEN SER ADJUNTARÁN

4. Los términos y condiciones de dicho contrato de arrendamiento son como sigue: (Especificar cantidad de renta mensual, plazo arrendamiento del...) **(Adjuntar copia de arrendamiento)**

5. Para la mejor de mi conocimiento, la anteriormente mencionada propiedad es la actual residencia de la Niño nombrado anteriormente Y _____
(INSERTAR EL NOMBRE DEL PADRE/TUTOR)

6. Los siguientes nombres incluyen a TODAS las demás personas que viven en esta dirección:

1 _____ 4 _____
2 _____ 5 _____
3 _____ 6 _____

Jurada a ser antes de mí este

_____ día de, 20 _____

Nombre en letra de imprenta del Arrendador/Propietario

Firma del Notario Público

Firma del Arrendador/Propietario

DECLARACION JURADA DEL ARRENDATARIO-NO PROPIETARIO

CUALQUIER FALSO DECLARACION HECHO EN ESTE AFFIDAVIT ES CASTIGABLE AS A CLASE "A" MISDEMEANOR CONFORME A SECCION 210.45 DE LA PENAL LEY.

REQUISITOS: (1) Adjuntar una copia de arrendamiento o alquiler Acuerdo, (2) Adjuntar dos (2) Cálculo/Declaraciones del anuncio del nombre y de los padres alquiler dirección (véase la lista de facturas/declaraciones en el sitio web RoslynSchools.org aceptables), y (3) Adjunte la Declaración jurada del propietario.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____
(Imprimir primer nombre, último nombre)

ESTADO DE NUEVA YORK) _____) ss:
CONDADO DE _____)

Yo, _____ **(ESCRIBA EL NOMBRE DEL ARRENDATARIO/NO DUEÑO)** estando debidamente juramentado, declaro y digo:

1. Yo entiendo que esta declaración está siendo hecha BAJO LAS PENAS DE PERJURIO en orden de que mi hijo/pupilo puede ser admitido a las escuelas de la distrito escolar de Roslyn como un distrito residente. Yo aún entiendo que si mi infantil se encuentra no a ser una legítima resident e de la Roslyn Escuela Distrito que yo LE SEA LEGALMENTE RESPONSABLE POR Y LE SER MANDADO LA ESCUELA DISTRITO ANUAL DE MATRÍCULA TIPO, POR NIÑO, retroactivo a la primera jornada de la admission. Yo también doy cuenta de que el robo de gubernamentales de servicios es un delito punible en virtud del Estado Penal Ley y que una falsa declaración hecha en conexión con esta aplicación va a hacer que me hace responsable de penal persecución.

2. Yo he sido informado de que la escuela del distrito puede realizar sin previo aviso caseros visitas para los propósitos de la residencia de verificación.

3. Soy _____
(inserte LA PADRE/EL PADRE, TUTOR o PADRE CUSTODIAL arriba)
de la nina/nino mencionada anteriormente hijo/pupilo. Yo resido en (estado de dirección y especificar la exacta naturaleza de la espacio: sótano apartamento, segundo piso apartamento, número de habitaciones...)

con mi hijo/pupilo, y

1 _____ 4 _____

2 _____ 5 _____

3 _____ 6 _____

(LISTA DE CADA Y CADA OTRA PERSONA DE VIDA EN LA ANTERIOR DIRECCIÓN.)

Esta es mi única y actual residencia permanente. Mi hijo/pupilo vive con mí y dijo que la dirección es su/su verdadera y única permanente residencia.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE : _____
(Imprimir primer nombre, último nombre)

4. **Mi última dirección fue en :** _____ donde vivi con:

1 _____ 4 _____

2 _____ 5 _____

3 _____ 6 _____

(LISTA DE CADA Y CADA PERSONA QUE VIVIÓ EN LA ANTERIOR DIRECCIÓN)

5. **Yo empecé a vivir a** _____
(ACTUAL DIRECCIÓN) el _____ (FECHA). Mi arreglo
de vivienda se rige por:

(MARQUE LA OPCIÓN APROPIADA):

____ Arrendamiento formal (adjunte copia del contrato de arrendamiento y Declaración jurada del propietario)

____ Otro (adjunte el contrato de alquiler o la declaración del agente inmobiliario y la Declaración jurada del propietario)

6. Los términos y condiciones de mi arrendamiento son los siguientes (especificar alquiler, plazo...):

ALQUILER MENSUAL: _____
DURACIÓN / PLAZO DE ALQUILER: _____

Jurada a ser antes de mí este
____ día de _____, 20 _____

Nombre en letra de imprenta del Arrendatario/no Propietario

Firma del Notario Público

Firma del Arrendatario / No Propietario



Formulario de retiro de equipo informático

SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

NOMBRE: _____
GRADO: _____
EDIFICIO: _____
N.º ESTUDIANTE: _____
AÑO DE GRADUACIÓN: _____

En este formulario se le otorga la responsabilidad principal del equipo de Roslyn Public Schools al prestatario. El prestatario será responsable de tomar las precauciones necesarias para proteger el equipo y almacenarlo de forma que esté adecuadamente protegido cuando no se utilice, de modo que se prevengan posibles robos o daños. Si se determina que la pérdida o los daños son el resultado de la negligencia, el prestatario puede ser considerado como el responsable económico de la reparación o la sustitución del equipo.

Nombre del estudiante _____

Nombre del padre o de la madre _____

Descripción del equipo: Dell ChromeBook 11 - 3189

1. El prestatario será responsable de devolver el ChromeBook y todos los accesorios en las mismas condiciones en las que los recibió (es decir, el ChromeBook y el cable del cargador).
2. Los estudiantes no tienen permitido colocar ningún adhesivo de adorno en el ChromeBook. Se espera que las imágenes del fondo de pantalla y del protector de pantalla muestren contenido apropiado.
3. Es responsabilidad de los estudiantes tener su ChromeBook preparado para las clases, lo que incluye tener la batería cargada.
4. No se puede prestar ni transferir el equipo a un tercero.
5. El prestatario no puede modificar el equipo de ninguna manera sin la aprobación por escrito del distrito.
6. Los estudiantes no deben prestarle su ChromeBook a ningún amigo o familiar bajo ninguna circunstancia. Ningún estudiante puede tomar el ChromeBook de otro estudiante. Los estudiantes no deben tocar, usar ni alterar el ChromeBook de otra persona de ninguna manera.
7. El prestatario tendrá el equipo disponible en cualquier momento en que el distrito se lo solicite.
8. Si el equipo o la propiedad se perdieran o resultaran dañados y se determinara que la pérdida o los daños son el resultado de la negligencia, el prestatario podría ser considerado como el responsable económico de la reparación o la sustitución de los elementos. El reembolso a Roslyn Public Schools por parte del prestatario que tomó prestado el equipo debe corresponder al valor justo de mercado del equipo o la propiedad en el momento en que ocurrió la pérdida o el daño (\$220 para el Chromebook y \$30 para el adaptador de corriente alterna al 2022).

He leído la información antes mencionada y estoy de acuerdo con los términos y las condiciones que contiene.

Firma del padre o de la madre _____ Fecha _____

Firma del estudiante _____ Fecha _____

(En el momento de la recepción)

**ROSLYN PUBLIC SCHOOLS - INSCRIPCIÓN EN LA OFICINA DE SALUD
(PARA QUE COMPLETE EL PADRE, LA MADRE O EL TUTOR)**

Nombre	Fecha de nacimiento	Grado
Dirección	Ciudad/código postal	Número de teléfono del estudiante, si corresponde
Nombre del padre o del tutor		Número de teléfono
Nombre de la madre o de la tutora		Número de teléfono
Nombre del médico para llamar en caso de emergencia		Número de teléfono

Antecedentes médicos***

Alergias:	
Asma:	¿Necesita inhalador? SÍ _____ NO _____
Diabetes:	
Problemas cardíacos:	
Problemas de la audición:	
Operaciones:	
Accidentes graves:	
Enfermedades graves:	
Trastorno convulsivo:	
Otros diagnósticos médicos:	
Utiliza lentes:	Utiliza lentes de contacto:
Toma medicamentos diariamente (que no sean vitaminas):	
Toma medicamentos durante la jornada escolar:	
¿Necesita su hijo(a) alguna adaptación especial?	
¿Tiene alguna preocupación especial relacionada con la salud de su hijo(a) cuando se encuentra en la escuela?	

*****NOTA: Los estudiantes no pueden llevar ningún medicamento (incluidos los de venta libre) a menos que el padre o la madre y el médico completen el “Self-Medication Release Form” (“Formulario de autorización para automedicación”) y se lo entreguen al personal de enfermería. El personal de enfermería no puede administrar medicamentos a menos que se le proporcione el formulario de “Permission for Administration of Medication in School” (“Permiso para la administración de medicamentos en la escuela”) completado por el padre o la madre y el médico. Ambos formularios se encuentran en el sitio web del edificio de la escuela.**

PARA LA INSCRIPCIÓN SE REQUIERE UN CERTIFICADO DE VACUNACIÓN EXPEDIDO POR UN MÉDICO. La Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York 2164 establece que la escuela no puede admitir a un niño a menos que el padre o la madre presente ante la escuela un certificado de vacunación expedido por un médico. El personal de enfermería de la escuela determinará la validez del certificado.

La información de este formulario se puede compartir con el personal escolar correspondiente para fines de salud y educación.

Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con la Oficina de Salud del edificio de la escuela.

Nombre en letra de imprenta del padre, de la madre o del tutor: _____

Firma del padre, de la madre o del tutor

Fecha

**FORMULARIO DE EXAMEN MÉDICO EXIGIDO POR LAS ESCUELAS DE NYS
PARA SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD PRIVADO O EL DIRECTOR MÉDICO ESCOLAR**

Nota: NYSED requiere un examen médico para estudiantes de nuevo ingreso y estudiantes en los grados Pre-K o K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11; anualmente para deportes interescolares; y documentos funcionales según sea necesario; o según lo requiera el Comité de Educación Especial (CSE) o el Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE).

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

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

ANTECEDENTES MÉDICOS

Alergias <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Orden de medicamentos/tratamiento adjunta	<input type="checkbox"/> Plan de atención de anafilaxia adjunto
<input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	<input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Insectos <input type="checkbox"/> Látex	<input type="checkbox"/> Medicamentos <input type="checkbox"/> Ambiental

Asma <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Orden de medicamentos/tratamiento adjunta	<input type="checkbox"/> Plan de atención de asma adjunto
<input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	<input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Continua	<input type="checkbox"/> Otra : _____

Convulsiones <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Orden de medicamentos/tratamiento adjunta	<input type="checkbox"/> Plan de atención de convulsiones adjunto
<input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	<input type="checkbox"/> Tipo: _____	Fecha de la última convulsión: _____

Diabetes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Orden de medicamentos/tratamiento adjunta	<input type="checkbox"/> Plan de control médico de diabetes adjunto
<input type="checkbox"/> Sí, indique el tipo	<input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2	<input type="checkbox"/> Resultados de HbA1c: _____ Fecha muestra: _____

Factores de riesgo para la diabetes o prediabetes:

Considere hacer pruebas para detectar DM2 (diabetes tipo 2) si el IMC > 85% y tiene 2 o más factores de riesgo: Antecedentes familiares de DM2, origen étnico, síntomas de resistencia a la Insulina, antecedentes de diabetes gestacional de la madre; y/o prediabetes.

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Hipertensión: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
---	---

EXAMEN/EVALUACIÓN MÉDICA

Altura:	Peso:	PA:	Pulso:	Respiraciones:
PRUEBAS	Positivo	Negativo	Fecha	Otras preocupaciones médicas pertinentes
PPD/ PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Uno funcional: <input type="checkbox"/> Ojo <input type="checkbox"/> Riñón <input type="checkbox"/> Testículo
Evaluación cel. falciforme/PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Conmoción – Último incidente: _____
Concentración de plomo requerido para grados Pre- K y K			Fecha	<input type="checkbox"/> Salud mental: _____
<input type="checkbox"/> Prueba realizada <input type="checkbox"/> Plomo elevado ≥ 10 $\mu\text{g/dL}$				<input type="checkbox"/> Otro: _____

Revisión y examen del sistema completamente normal

Marque las casillas de evaluación *fuera* de los límites normales y anote en anomalías

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Ganglios 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/Columna vertebral	<input type="checkbox"/> Piel	<input type="checkbox"/> Socioemocional
<input type="checkbox"/> Cuello	<input type="checkbox"/> Pulmones	<input type="checkbox"/> Genitourinario	<input type="checkbox"/> Neurológico	<input type="checkbox"/> Osteomuscular

<input type="checkbox"/> Evaluación/anomalías observadas/recomendaciones:	Diagnósticos/Problemas (enumerar)	Código ICD-10
	_____	_____
	_____	_____
	_____	_____
<input type="checkbox"/> Información adicional adjunta		

Nombre:			Fecha nacimiento:	
EVALUACIONES				
Visión	Derecho	Izquierdo	Remisión	Notas
Agudeza a distancia	20/	20/	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Agudeza a distancia con lentes	20/	20/	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Visión – Visión cercana	20/	20/		
Visión – Color <input type="checkbox"/> Pasa <input type="checkbox"/> No pasa				
Audición	Derecho dB	Izquierdo dB	Remisión	
Evaluación de tono puro			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Escoliosis Requerida para niños grado 9 y niñas grados 5 y 7	Negativo	Positivo	Remisión	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Grado de desviación:	<input type="checkbox"/>	Ángulo de rotación del tronco:		
Recomendaciones:				
RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA/DEPORTES/PATIO DE JUEGOS/TRABAJO				
<input type="checkbox"/> Actividad plena sin restricciones incluyendo educación física y atletismo.				
<input type="checkbox"/> Restricciones/Ajustes Utilice las categorías de deportes interescolares (a continuación) para restricciones o modificaciones				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No deportes de contacto Incluye: béisbol, baloncesto, porristas para competencia, hockey sobre césped, fútbol americano, hockey sobre hielo, lacrosse, fútbol, softbol, voleibol y lucha libre				
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> No deportes sin contacto Incluye: tiro al arco, bádminton, boliche, campo traviesa, esgrima, golf, gimnasia, rifle, esquiar, natación y buceo, tenis y atletismo				
<input type="checkbox"/> Otras restricciones:				
<input type="checkbox"/> Etapa de desarrollo para el proceso de colocación atlética SOLAMENTE Grados 7 y 8 para jugar en el nivel de escuela secundaria O grados 9-12 para jugar deportes del nivel de la escuela intermedia Estudiante está en la Etapa Tanner: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V				
<input type="checkbox"/> Adaptaciones: Use el espacio adicional a continuación para explicar				
<input type="checkbox"/> Dispositivo ortopédico*		<input type="checkbox"/> Aparato de colostomía*	<input type="checkbox"/> Audífonos	
<input type="checkbox"/> Bomba/sensor de insulina*		<input type="checkbox"/> Dispositivo médico/Protésico*	<input type="checkbox"/> Marcapasos/Desfibrilador *	
<input type="checkbox"/> Equipo de protección		<input type="checkbox"/> Gafas deportivas de seguridad	<input type="checkbox"/> Otro:	
* Consulte con el órgano rector atlético si se requiere la aprobación previa o completar un formulario para poder usar el dispositivo en competiciones atléticas.				
Explique: _____				
MEDICAMENTOS				
<input type="checkbox"/> Formulario de orden de medicamentos necesarios en la escuela adjunto				
Lista de medicamentos tomados en casa:				
VACUNAS				
<input type="checkbox"/> Registro adjunto		<input type="checkbox"/> Reportado en NYSIIS		Recibido hoy: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE SALUD				
Firma del proveedor médico:			Fecha:	
Nombre del proveedor: <i>(con letra de molde)</i>			Sello:	
Dirección del proveedor:				
Teléfono:				
Fax:				
Por favor devuelva este formulario a la escuela de su hijo cuando se haya completado totalmente.				



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:
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
Mes	Día	Año
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?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Padre 1	_____ <i>especifique</i>	<input type="checkbox"/> Padre 2
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____ <i>especifique</i>	_____ <i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> 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.	<p>¿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.</p> <p>Sí* No No se sabe</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> * En caso afirmativo, por favor explique: _____</p> <p>¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? <input type="checkbox"/> Poca gravedad <input type="checkbox"/> Algo grave <input type="checkbox"/> Muy grave</p>
10a.	¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* *Por favor, llene 10b.
10b.	<p>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?</p> <p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____</p> <p>Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):</p> <p><input type="checkbox"/> De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (Educación Especial) <input type="checkbox"/> 6 años o mayor (Educación Especial)</p>
10c.	¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11.	<p>¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
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: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">MO. DAY YR.</small>	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ <small style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;">MO. DAY YR.</small>	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

ROSLYN

PUBLIC SCHOOLS

375 Locust Lane, Roslyn Heights, NY 11577 516-801-5060 Fax 516-801-5068 www.roslynschools.org

OFFICE OF PUPIL PERSONNEL SERVICES & SPECIAL EDUCATION

Cindy Samide
Director

Marnie Cohen, Assistant Director
Rachel Barshak, Assistant Director

AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE EXPEDIENTES DEL ESTUDIANTE

FECHA: _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

ÚLTIMA ESCUELA A LA QUE ASISTIÓ (NOMBRE DE LA ESCUELA E INFORMACIÓN DE CONTACTO): _____

TELÉFONO y DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO de los contactos escolares: _____

GRADO AL QUE ASISTIÓ EN LA ÚLTIMA ESCUELA: _____

Por favor envíe los expedientes **ACADÉMICOS, MEDICOS, DE EDUCACIÓN ESPECIAL (si corresponde), y de asistencia, así como los informes psicológicos (si corresponde)**, relacionados con el estudiante mencionado anteriormente. La autorización para la divulgación de toda la información se adjunta a continuación. Por favor envíenos una descripción de su sistema de calificación, así como una traducción al inglés cuando sea necesario. Por favor envíe a la escuela marcada a continuación:

____ Michelle Hazen, Principal
Harbor Hill School
3 Glen Cove Road
Greenvale, NY 11548
Fax: (516) 801-5408

____ Mrs. Sherry Ma, Principal
East Hills School
400 Round Hill Road
Roslyn Heights, NY 11577
Fax: (516) 801-5308

____ Mrs. Mary Wood, Principal
Heights School
240 Willow Street
Roslyn Heights, NY 11577
Fax: (516) 801-5508

____ Mr. Craig Johanson, Principal
Roslyn Middle School/Guidance
375 Locust Lane
Roslyn Heights, NY 11577
Fax: (516) 801-5208

____ Mrs. Tanya Baptiste
Director, Guidance & Counseling (K-12)
Roslyn High School
475 Round Hill Road
Roslyn Heights, NY 11577
Fax: (516) 801-5138

____ Mrs. Cindy Samide
Director, Pupil Personnel
Services & Special Education
375 Locust Lane
Roslyn Heights, NY 1577
Fax: (516) 801-5068

Se agradece su pronta respuesta.

Cindy Samide

AUTORIZACIÓN PARA LA TRANSFERENCIA DE EXPEDIENTES DEL ESTUDIANTE

Por medio de la presente doy mi permiso a las Escuelas Públicas de Roslyn para obtener todos los expedientes anteriormente para el siguiente:

POR FAVOR ESCRIBA EL NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE CON LETRA DE MOLDE

FIRMA DEL PADRE / MADRE / TUTOR

FECHA