

Distrito escolar de Lockport City
Formularios de documentación para el registro de estudiantes

El Distrito Escolar de Lockport City requiere los siguientes documentos para completar la inscripción final de un estudiante:

Prueba de residencia: debe proporcionar dos de los siguientes:

- 1) Copia del alquiler residencial ACTUAL o prueba de propiedad de una casa
- 2) Declaración de un propietario, propietario o inquilino de terceros a quien el padre / tutor legal alquila o reside (vea el formulario del distrito que se puede usar). Este formulario o documento debe estar notariado.
- 3) Cualquier otra declaración de un tercero estableciendo el padre / tutor y la presencia física del estudiante en el distrito (el lugar donde el niño se acuesta cada noche):
 - a. Factura de servicios actual (teléfono fijo, electricidad, calefacción, cable o agua)segundo.
 - b. Cuenta de impuestos actual de la escuela,
 - c. Pueblo o condadodo.
 - d. Estado actual de la hipoteca o declaración de seguro del propietarioore.
 - e. Correspondencia actual con el Departamento de Servicios Sociales del Condado de Niagara mi.
 - f. Documentos de compra actuales de un hogar

Comprobante de edad: debe proporcionar uno de los siguientes:

- 1) Certificado de nacimiento
- 2) Registro de bautismo
- 3) Pasaporte (incluido el pasaporte extranjero)
- 4) Si ninguno de los anteriores está disponible, el distrito aceptará:
 - a. Licencia de conducir oficialsegundo.
 - b. Estado de otra identificación emitida por el gobiernodo.
 - c. Identificación con foto de la escuela que incluye la fecha de nacimientore.
 - d. Tarjeta de identificación del consulado mi.
 - e. Tarjeta de identificación de dependiente militar
 - f. Documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales gramo.
 - g. Órdenes judiciales u otros documentos emitidos por el tribunal
 - h. Documento tribal nativo Americano yo.
 - i. Registros de agencias de ayuda internacional sin fines de lucro y agencias voluntarias

Prueba de inmunizaciones

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE LOCKPORT - FORMULARIO DE HISTORIAL MÉDICO

La ley estatal exige que todas las personas que ingresan por primera vez presenten una prueba del estado de vacunación suficiente. POR LO TANTO: SE REQUIERE UNA COPIA DE LAS VACUNAS DE UN MÉDICO O CLÍNICA.

ADJUNTE A ESTE FORMULARIO.

Entiendo que la información contenida en este formulario se mantendrá confidencial y se puede compartir con la escuela y el personal de transporte si es necesario para proteger la salud y seguridad del estudiante mientras está en la escuela.

EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

(Primero) (Inicial) (Ultimo)

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____ SEXO: () Femenino () Masculino

(Ciudad) (Expresar) (País)

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ NOMBRE DEL DENTISTA: _____

CONDICIONES DE SALUD POR FAVOR MARQUE CUALQUIERA QUE CORRESPONDA A SU HIJO

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Curvatura espinal anormal (escoliosis, etc.) | <input type="checkbox"/> Infecciones de oído (más de 3 en un año) | <input type="checkbox"/> Lesión en la cabeza o pérdida del conocimiento |
| <input type="checkbox"/> Asma o sibilancias Sistema | <input type="checkbox"/> Tubos en oídos: Izquierdo ___ Derecho ___ | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza frecuentes |
| <input type="checkbox"/> inmunitario deprimido Enfermedad de células falciformes/trastorno de la sangre | <input type="checkbox"/> usa audífono | <input type="checkbox"/> hemorragias nasales frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Trastorno convulsivo Diabetes ___ Embarazo | <input type="checkbox"/> Usa anteojos/lentes de contacto | <input type="checkbox"/> Desmayo o desmayo |
| <input type="checkbox"/> Huesos rotos | <input type="checkbox"/> Otra discapacidad visual _____ | <input type="checkbox"/> Preocupación por la relación con hermanos o amigos. |
| | <input type="checkbox"/> Deterioro ortopédico _____ | <input type="checkbox"/> Problemas conductuales/emocionales |
| | <input type="checkbox"/> Condición cardíaca/soplo _____ | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias: ___ Drogas ___ Alcohol |
| <input type="checkbox"/> Otros (especificar): _____ | | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Cualquier Cirugía: _____ | <input type="checkbox"/> Cualquier restricción: _____ | <input type="checkbox"/> intento de suicidio |

*** Describa/explique las condiciones de salud mencionadas anteriormente, junto con cualquier otra inquietud que considere que la escuela debería tener en cuenta al dorso de este formulario:

ALERGIAS: (Enumere y describa las reacciones): _____

ENFERMEDADES O LESIONES GRAVES: _____

MEDICAMENTOS DIARIOS Y DOSIS: (enumere y explique la condición médica asociada) _____

OTRO: _____

(Escriba el nombre de la persona que completa este formulario)

(Firma de la persona que completa este formulario)

(Relación con el estudiante)

(Fecha de finalización)

Explicación de las condiciones de salud desde el otro lado:

Otras inquietudes o comentarios:

(Revisado 9/07, 1/08, 7/08 bas)

FORMULARIO DE EXAMEN DE SALUD ESCOLAR OBLIGATORIO DEL ESTADO DE NUEVA YORK

PARA SER COMPLETADO POR EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA PRIVADO O EL DIRECTOR MÉDICO DE LA ESCUELA

SI NO SE EVALUA UN ÁREA INDICAR NO HECHO

Nota: NYSED requiere un examen físico para los nuevos ingresantes y estudiantes en los grados Pre-K o K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11; anualmente para deportes interescolares; papeles de trabajo 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: M F	Fecha de nacimiento:
Escuela:	Calificación:	Fecha del examen:

HISTORIA DE SALUD

Alergias No Sí, indicar tipo	Escribe: Medicamento/Orden de Tratamiento Adjunto	Plan de atención de anafilaxia adjunto
Asma No Sí, indicar tipo	Intermitente Persistente Otro: Medicamento/Orden de Tratamiento Adjunto	Plan de atención del asma adjunto
Convulsiones No Sí, indicar tipo	Escribe: Medicamento/Orden de Tratamiento Adjunto	Fecha de la última incautación: Plan de atención de convulsiones adjunto
Diabetes No Sí, indicar tipo	Tipo: 1 2 Medicamento/Orden de Tratamiento Adjunto	Gestión médica de la diabetes. Plano adjunto

Factores de riesgo para diabetes o prediabetes: Considere la detección de DM2 si el % de IMC es > 85 % y tiene 2 o más factores de riesgo: antecedentes familiares de DM2, origen étnico, resistencia a la insulina Sx, historial gestacional de la madre y/o prediabetes.

IMC _____ kg/m²

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

Hiperlipidemia: No Sí No hecho

Hipertensión: No Sí No hecho

EXAMEN FÍSICO/EVALUACIÓN

Altura:	Peso:	PA:	Legumbres:	Respiraciones:
Prueba de laboratorio	Positivo negativo	Fecha	Enumere otras preocupaciones médicas pertinentes (p. ej., conmoción cerebral, salud mental, un órgano en funcionamiento)	
TB-PRN				
Examen de células falciformes-PRN				
Nivel de plomo requerido Grados Pre-K y K		Fecha		
Prueba realizada	Plomo elevado > 5 µg/dL			

Revisión del sistema y hallazgos anormales enumerados a continuación

ENTORNO	Ganglios linfáticos	abdomen	Extremidades	Habla
Odontología	Cardiovascular	Espalda/columna	Piel	Socioemocional
cuello	vertebral Pulmones Genitourinario	Escoliosis/	Neurológico	Musculoesquelético

recomendaciones:

Diagnósticos/Problemas (lista)

Código CIE-10*

Información adicional adjunta

*Requerido solo para estudiantes con un IEP que reciben Medicaid

Nombre:				Fecha de nacimiento:	
EXÁMENES DE LA VISTA Y LA AUDICIÓN - Requeridos para Pre-K o K, 1, 3, 5, 7 y 11					
Visión (con corrección si se prescribe)		Derecho		Izquierda	
Agudeza a distancia		20/		20/	
Visión de CercaAgudeza		20/		20/	
Cribado ColorPerception					
notas					
Aprobación auditiva indica que el estudiante puede escuchar 20dB en todas las frecuencias: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; para los grados 7 y 11 también pruebe a 6000 y 8000 Hz.					no hecho
Cribado de tonos puros		Derecha Pasa Falla Izquierda Pasa Falla		Referencia Sí No	
notas					
Examen de escoliosis Niños en el grado 9 y niñas en los grados 5 y 7		Negativo		Positivo	
				Remisión Sí No	
RECOMENDACIONES PARA LA PARTICIPACIÓN EN EDUCACIÓN FÍSICA/DEPORTES/PARQUES DE JUEGO/TRABAJO					
<p>El estudiante puede participar en todas las actividades sin restricciones. El estudiante tiene restricciones de participación en:</p> <p>Deportes de contacto: baloncesto, porrismo competitivo, clavados, esquí alpino, hockey sobre césped, fútbol, gimnasia, hielo Hockey, Lacrosse, Fútbol y Lucha Libre.</p> <p>Deportes de contacto limitado: béisbol, esgrima, softbol y voleibol. Deportes sin contacto: tiro con arco, bádminton, bolos, campo traviesa, golf, rifle, natación, tenis y atletismo. Otras restricciones:</p>					
<p>Etapa de desarrollo para el proceso de colocación atlética SOLAMENTE requerida para los estudiantes en los grados 7 y 8 que deseen jugar en el nivel deportivo interescolar de la escuela secundaria O los grados 9-12 que deseen jugar en el nivel deportivo interescolar modificado.</p> <p>Etapa de Tanner: I II III IV V Edad de la primera menstruación (si corresponde): _____</p> <p>Otras adaptaciones*: (p. ej., aparatos ortopédicos, bomba de insulina, prótesis, gafas deportivas, etc.) Use el espacio adicional a continuación para explicar. *Consulte con el organismo rector atlético si se requiere aprobación previa/completado de formulario para el uso del dispositivo en competencias atléticas.</p>					
MEDICAMENTOS					
Formulario de pedido de medicamento(s) Necesario en la escuela Adjunto					
VACUNAS					
Registro adjunto			Reportado en NYSIIS		
PROVEEDOR DE ATENCIÓN SANITARIA					
Firma del proveedor médico:					
Nombre del proveedor: (letra de imprenta)					
Dirección del proveedor:					
Teléfono:			Fax:		
Devuelva este formulario a la escuela de su hijo cuando esté completo.					



Distrito escolar de la ciudad de Lockport

Orgullo de nuestro pasado.... Fe en nuestro futuro

1. ¿Tiene su hijo actualmente un Plan de Educación Individualizado (IEP)?

sí No

2. ¿Tiene su hijo actualmente un Plan de Adaptación 504?

sí No

3. ¿Cuál es el nombre de la escuela y el distrito escolar donde su hijo asistió por última vez?

(Escuela)

(Distrito escolar)

DISTRITO ESCOLAR CIUDAD PUERTO BLOQUEO
CUESTIONARIO SUPLEMENTARIO DE RESIDENCIA

(to be completed by all new students and those submitting a change of address)

La respuesta que dé a continuación ayudará al Distrito a determinar qué servicios usted o su hijo pueden recibir en virtud de la Ley McKinney-Vento.

Las siguientes preguntas pretenden determinar hasta qué punto los niños y sus familias viven en una situación de vida fija, regular y adecuada.

¿Dónde vive actualmente el estudiante? (Marque uno)

_____ vivienda temporal

_____ Inahotel/motel

_____ en el refugio

_____ Conotrafamilia uotrapersona porpérdidadevivienda ocomoresultado
de las dificultades economicas

_____ En un lugar no designado para alojamiento ordinario para dormir, como
coche,parque,o camping

_____ Otra situación de vivienda temporal (por favor describa): _____

Nombre del estudiante: _____

(POR FAVOR IMPRIMIR)

Nombre del Padre de Familia / Guardian: _____

(POR FAVOR IMPRIMIR)

Firma del Padre / Tutor: _____ Fecha: _____



Distrito escolar de la ciudad de Lockport

Documento de etnicidad del estudiante



Documento de origen étnico del estudiante del distrito escolar de la ciudad de Lockport

Alumno:

Escuela:

Fecha:

Grupo étnico:

¿Es el estudiante hispano/latino?

Sí: en caso afirmativo, marque también el grupo racial apropiado designado a continuación.

No

Para TODOS los estudiantes, marque cualquiera que corresponda:

asiático

Indio americano/nativo de Alaska

Negro o afroamericano

Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico

Blanco

Multirracial (seleccione de arriba todo lo que corresponda)

Firma del padre/tutor legal:

Sólo para uso de oficina

Fecha de Inscripción Oficial en el Distrito:

Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP)/Disposición 2 en año no básico

Formulario de elegibilidad para ingresos de vivienda

participa en la Disposición de Elegibilidad Comunitaria (por sus siglas en inglés, "CEP") o Disposición 2 en un año no básico. Todos los niños de la escuela recibirán comidas y leche sin costo, sin importar los ingresos de su hogar o si llenaron este formulario. Este formulario tiene la finalidad de determinar la elegibilidad para beneficios adicionales de programas estatales y federales que sus hijos podrían recibir. Lea las instrucciones al reverso, llene **solamente un** formulario por hogar, firmelo y entréguelo a la escuela arriba mencionada. Llame al **_____** si necesita ayuda.

1. Escriba los nombres de todos los niños de su hogar que asisten a la escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Maestro	Hijo de acogida	Sin ingresos

2. Beneficios de SNAP/TANF/FDPIR:

Si algún miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, escriba su nombre y número de CASO aquí. Vaya a la parte 5 y firme la solicitud.

Nombre: _____

N.º de caso: _____

3. Ingresos brutos del hogar: Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar, cuál es su sueldo y con qué frecuencia lo reciben (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual). No deje el ingreso en blanco. Si no tiene ingresos, marque la casilla correspondiente. Si mencionó a un hijo de acogida antes, debe incluir sus ingresos personales.

Nombre del miembro del hogar	Ingresos del trabajo antes de deducciones <i>Cantidad / Frecuencia</i>	Manutención de menores, pensión por divorcio <i>Cantidad / Frecuencia</i>	Pensiones, pagos por jubilación <i>Cantidad / Frecuencia</i>	Otros ingresos, Seguro Social <i>Cantidad / Frecuencia</i>	Sin ingresos
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	

4. Firma: Un miembro adulto del hogar debe firmar esta solicitud.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es veraz y que se han incluido todos los ingresos. Entiendo que la información se proporciona con el fin de que la escuela pueda recibir fondos federales. Los funcionarios escolares pueden verificar la información, y en caso de que haya proporcionado información falsa de manera deliberada puedo ser procesado de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, y mi hijo puede perder los beneficios de comidas.

Firma: _____

Fecha: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Teléfono de residencia _____

Teléfono de trabajo _____

Domicilio _____

NO ESCRIBA EN ESTE CUADRO – SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA
<p style="text-align: center;">Conversión de los ingresos anuales (convierta solamente cuando se informen frecuencias de ingresos distintas en la solicitud) Semanal X 52; Cada dos semanas (catorcenal) X 26; Dos veces al mes X 24; Mensual X 12</p> <p style="text-align: center;">SNAP/TANF/Acogida</p> <p style="text-align: center;">Ingresos del hogar: Ingresos totales del hogar/Frecuencia: _____ / _____ Tamaño del hogar: _____</p> <p style="text-align: center;">Elegibilidad gratuita Elegibilidad reducida Elegibilidad denegada</p> <p style="text-align: center;">Firma del funcionario que revisa: _____</p>

INSTRUCCIONES del formulario de ingresos del hogar para CEP/Disposición 2 en año no básico

- PARTE 1 TODOS LOS HOGARES DEBEN LLENAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UN FORMULARIO PARA SU HOGAR.**
- (1) Escriba en un solo formulario y con letra de molde los nombres de los niños para los que presenta la solicitud, incluyendo a los hijos de acogida.
 - (2) Escriba sus grados y escuelas.
 - (3) Marque la casilla para indicar a un hijo de acogida que vive en su hogar, y marque la casilla para cada hijo sin ingresos.

-
- PARTE 2 LOS HOGARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDPIR DEBEN LLENAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.**
- (1) Escriba el número de caso vigente de SNAP (siglas en inglés del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria), TANF (siglas en inglés de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o FDPIR (siglas en inglés del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias) de todas las personas que viven en su hogar. No use el número de 16 dígitos que aparece en su tarjeta de beneficios. El número de caso se encuentra en su carta de beneficios.
 - (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar la PARTE 4 del formulario. **OMITA LA PARTE 3** - No escriba los nombres ni los ingresos de los miembros del hogar si incluyó algún número de SNAP, TANF o FDPIR.

-
- PARTES 3 Y 4 TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN LLENAR EN SU TOTALIDAD LAS PARTES 3 Y 4.**
- (1) Escriba los nombres de todos los miembros de su hogar, reciban o no ingresos. Inclúyase a usted mismo, a los hijos por los que llena la solicitud, a todos sus demás hijos, a su cónyuge, a los abuelos y a las demás personas, con o sin parentesco, que viven en su hogar. Use otra hoja de papel si necesita más espacio.
 - (2) Escriba el monto de los ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de impuestos y de cualquier deducción, e indique de dónde proviene, como ingresos, beneficencia, pensiones u otros ingresos. Si los ingresos actuales fueron mayores o menores de lo usual, escriba los ingresos usuales de la persona. **Especifique con cuánta frecuencia recibe este monto de ingresos; semanal, cada dos semanas (catorcenal), 2 veces al mes, mensual. Si no tiene ingresos, marque la casilla correspondiente.** El valor del cuidado de niños provisto u organizado, así como cualquier monto recibido como pago por dicho cuidado de niños y reembolso por costos incurridos debido a dicho cuidado de acuerdo con el Subsidio en Bloque para Cuidado y Desarrollo de Niños, TANF y Programas de Cuidado de Menores en Situación de Riesgo, **no** debe considerarse como ingreso para efectos de este programa.
-

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD

Inserte aquí la declaración de política de privacidad de la Agencia Educativa Local.

FORMULARIO DE SALUD DE EMERGENCIA DEL DISTRITO ESCOLAR DE LOCKPORT CITY

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento _____ Hombre o mujer _____
(último) (primero) (medio)

Dirección del estudiante: _____ Escuela: _____

NO ENTREGUE A MI HIJO A: (Se requiere documentación de la corte) _____

Con quién vive el niño: () Madre/Padre misma dirección () Madre () Padre () Tutor legal () Padre adoptivo

Documentación legal de custodia: () Sí () No En caso afirmativo, proporcione a la oficina la documentación original de la corte, haremos una copia.

Nombre de la madre: _____ Célula Madre# _____
(último) (primero) Madre Hogar # _____

Dirección de la madre: _____ apt/lot # _____

Correo electrónico: _____ Empleador _____ Trabajo de la madre # _____

Nombre del padre: _____ Célula Padre# _____
(último) (primero) Madre Hogar # _____

Dirección de la padre: _____ apt/lot # _____

Correo electrónico: _____ Empleador _____ Trabajo de la padre # _____

Nombre del guardián: _____ Célula guardián: # _____
(último) (primero) Madre Hogar # _____

Dirección de la guardián: _____ apt/lot # _____

Correo electrónico: _____ Empleador _____ Trabajo de guardián: # _____

Relación _____

Condiciones médicas diagnosticadas: _____

ALERGIAS: _____ Medicamentos _____

NOMBRE DEL MÉDICO: _____ Teléfono # _____

NOMBRE DEL DENTISTA: _____ Teléfono # _____

EN CASO DE EMERGENCIA: SI NO SE PUEDE CONTACTAR AL PADRE / TUTOR, INDIQUE A ALGUIEN A QUIEN LE DÉ PERMISO DURANTE EL DÍA PARA QUE RECOJA A SU HIJO

Nombre: _____ Relación _____

Teléfono de casa # _____ Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección: _____ Apt/Lot # _____

Nombre: _____ Relación _____

Teléfono de casa # _____ Teléfono celular _____ Teléfono del trabajo _____

Dirección: _____ Apt/Lot # _____

EN EL CASO DE UN ACCIDENTE O ENFERMEDAD GRAVE QUE REQUIERA INTERVENCIÓN MÉDICA, SE HARÁ TODO LO POSIBLE PARA PONERSE EN CONTACTO CON EL PADRE / TUTOR. SI LA ESCUELA NO PUEDE COMUNICARSE CON EL PADRE / TUTOR O LA PERSONA INDICADA ANTERIORMENTE, AUTORIZO A LA ESCUELA A TRANSPORTAR A MI HIJO. TENGA EN CUENTA: EL EQUIPO LOCAL DE RESULTADOS TRANSPORTARÁ DE ACUERDO CON LA DIRECCIÓN MÉDICA PROPORCIONADA POR EMERGENCY MEDICAL SYSTEMS (EMS). ENTIENDO QUE PARTE DE LA INFORMACIÓN EN ESTE FORMULARIO ES CONFIDENCIAL Y PUEDE COMPARTIRSE CON EL PERSONAL DE LA ESCUELA / TRANSPORTE PARA PROTEGER LA SALUD Y SEGURIDAD DE MI HIJO MIENTRAS ESTÁ EN LA ESCUELA.

FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____ Fecha _____

LOCKPORT CITY SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO REQUERIDO ES OBLIGATORIO QUE ESTA FORMA SEA DEVUELTA, FIRMADA Y HECHA UNA APLICACIÓN DE GOOGLE PARA LA EDUCACIÓN: Al igual que con cualquier esfuerzo educativo, una asociación sólida con las familias es esencial para una experiencia exitosa. El Distrito Escolar de Lockport City requiere el consentimiento de un padre antes de ofrecer las herramientas en Google Apps for Education. El Distrito Escolar de Lockport City usa Google Tools, incluido eMail, Drive, Docs, Calendar y otras herramientas de Google. Con las herramientas y servicios de Google Apps for Education, los estudiantes crean, editan y comparten archivos y sitios web en colaboración para proyectos relacionados con la escuela y se comunican electrónicamente con otros estudiantes y profesores. Estos servicios están en línea y están disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana desde cualquier computadora con conexión a Internet. El uso de Google Apps for Education de los Distritos Escolares de Lockport City está configurado y asegurado únicamente con fines educativos. Por esa razón, nuestros estudiantes no están sujetos a publicidad, ya que está inhabilitada cuando nuestros alumnos acceden a Google Apps for Education. Doy mi consentimiento No doy mi consentimiento

Firma de PADRES (Guardián) - FECHA REQUERIDA – _____

PUBLICIDAD REQUERIDA (NO LIMITADA A TELEVISIÓN, PERIÓDICO, SITIO WEB, MEDIOS SOCIALES) El Distrito Escolar de Lockport promueve la promoción de logros sobresalientes y el reconocimiento de actividades relacionadas con la escuela. Con su consentimiento, permitiremos el reconocimiento de su hijo en publicaciones y promociones impresas y en línea relacionadas con el Distrito, que pueden incluir un nombre completo de estudiantes, escuela y nivel de grado, fotografías, video, audio, ejemplos de trabajo, reconocimiento de logros y / o participación. Doy mi consentimiento No doy mi consentimiento

Firma de PADRE (Tutor) - Fecha REQUERIDA – _____

POLÍTICA DE USO ACEPTABLE DEL ESTUDIANTE (EN LA PARTE POSTERIOR DEL FORMULARIO) Mi hijo y yo hemos leído y acepto cumplir con la Política de Uso Aceptable y las Pautas del Lockport Distrito escolar de la ciudad. Entendemos y aceptamos utilizar la tecnología y comunicarnos de manera adecuada, respetando todas las leyes, regulaciones y pautas relevantes. Entiendo que las violaciones de la Política de Uso Aceptable del Estudiante pueden resultar en la suspensión de privilegios de Internet y medidas disciplinarias. Acordamos seguir la Política de Uso Aceptable del Estudiante y entendemos nuestra responsabilidad por el privilegio de usar estas tecnologías educativas innovadoras. FIRMA DEL DÍA Firma del PADRE (Tutor) - REQUIERDATE - REQUERIDO Le alentamos a aprender más sobre nuestro uso de Google Apps for Education, Publicity y nuestra Política de Uso Aceptable del Estudiante y revisar nuestras pautas para publicar en el sitio web y social del Distrito Escolar de Lockport City. medios que están siempre disponibles en línea en: <http://www.lockportschools.org/TechGuidelines>

Firma de PADRE (Tutor) - Fecha REQUERIDA – _____

ESTE CONSENTIMIENTO PERMANECERÁ EN EFECTO HASTA QUE SE ENVÍE UNA FORMA ACTUALIZADA.PASAS EP RIN



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
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 ("HLO" por sus siglas en inglés)

Estimados padres o tutores:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, 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.

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.		
NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante
CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR		

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"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	_____
			<i>especifique</i>
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)		_____
			<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	<input type="checkbox"/> No sabe hablar
			<i>especifique</i>
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe leer
			<i>especifique</i>
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe escribir
			<i>especifique</i>

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

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 ("IEP" por sus siglas en inglés)? 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 del padre/madre o de la persona en relación paternal* _____ *Date*

Relación con el estudiante: Madre 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:

**Programa de Educación Migrante del Estado de Nueva 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 de Educación Primaria y Secundaria. El MEP brinda una variedad de servicios educativos a las familias que trabajan en la agricultura. Este programa es gratuito para todas las familias elegibles y puede incluir tutoría, elegibilidad para almuerzo gratis, excursiones educativas, programas de verano, actividades de participación de padres, necesidades de emergencia y derivaciones a otros servicios según sea necesario. Por favor tómese unos minutos para completar este cuestionario.

1) ¿Alguien de su familia se mudó de otro país, pueblo o distrito escolar en los últimos 3 años? _____ Si no

2) ¿Alguno de su familia trabajó o buscó trabajo en las siguientes ocupaciones en los últimos 3 años?

_____ ¿Cualquier trabajo agrícola o agrícola como heno, productos lácteos, cultivos de frutas o vegetales, aves de corral, piscicultura, vivero / invernadero, otros)?

_____ ¿Trabajo relacionado con la tala, el cultivo de madera o la recolección? ¿Trabaja en la planta de procesamiento de alimentos, como plantas procesadoras de vegetales o aves de corral, empacando manzanas o vegetales?

Si responde SÍ, por favor comprobó la información de contacto a continuación:

Firma de padre / tutor / persona elegible: _____

Dirección de casa: _____ Número de teléfono: _____

Dirección anterior: _____

Nombre (s) de los estudiantes con edades y calificaciones:

Para enviar esta referencia, comuníquese con Irene Sanchez (reclutadora) al 585-694-1460 o envíe un fax al 585-395-5731 o por correo al Programa de Tutorías y Servicios de Apoyo para Educación Migrante de Brockport, The College at Brockport, 350 New Campus Drive B-9, Brockport, Nueva York 14420.
About Google TranslateCommunityMobileAbout GooglePrivacy & TermsHelpSend feedback



Distrito escolar de la ciudad de Lockport

Orgullo de nuestro pasado.... Fe en nuestro futuro

130 Beattie Avenue, Lockport, Nueva York 14094-5099 ♦ (716) 478-4811 ♦ Fax: (716) 478-4819 www.lockportschools.org

AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del estudiante: _____ Calificación: _____ Fecha de nacimiento: _____

_____ (padre/tutor legal), solicita a las autoridades escolares de
Yo, el Distrito Escolar de la Ciudad de Lockport, solicito información escolar, que incluye, entre otros:

Certificado de nacimiento

Transcripciones

Las boletas de calificaciones

Registros médicos (incluidas las vacunas)

Registros de asistencia

Registros de disciplina

Materiales CSE (incluyendo IEP, evaluaciones psicológicas/del habla/OT/PT/visión/audición, cualquier informe resumido)

Otra información pertinente sobre el estudiante mencionado anteriormente

Firma del Padre / Tutor

Fecha

Devuelva la información a las ubicaciones seleccionadas a continuación:

___ Escuela secundaria de Lockport, 250 Lincoln Ave., Lockport, NY 14094, teléfono: 716-478-4501, fax: 716-478-4497

___ Lockport High School West, 310 West Ave., Lockport, NY 14094, teléfono: 716-478-4626, fax: 716-478-4634

___ Aaron Mossell Junior High School, 160 Passaic Avenue, Lockport, NY 14094, teléfono: 716-478-4702, fax: 716-478-4705

___ Escuela intermedia Emmet Belknap, 491 High Street, Lockport, NY 14094, teléfono: 716-478-4552, fax: 716-478-4535

___ Escuela primaria Anna Merritt, 389 Green Street, Lockport, NY 14094, teléfono: 716-478-4726, fax: 716-478-4730

___ Escuela primaria Charles Upson, 28 Harding Ave., Lockport, NY 14094, teléfono: 716-478-4402, fax: 716-439-6857

___ Escuela primaria George Southard, 6385 Locust St. Ext., Lockport, NY 14094, teléfono: 716-478-4771, fax: 716-478-4775

___ Escuela primaria Roy B Kelley, 610 East High St., Lockport, NY 14094, teléfono: 716-478-4671, fax: 716-478-4685

___ Junta de Educación, 130 Beattie Ave., Lockport, NY 14094, teléfono: 716-478-4811, fax: 716-478-4819