



WAPPINGERS | Empower
CENTRAL SCHOOL DISTRICT | Challenge
Grow

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN

Sírvase hacer una cita para inscribir a su hijo en el Distrito Escolar Central de Wappingers llamando al (845) 298-5000 anexo 40132, entre las 8:00 a.m. y las 3:30 p.m.

En caso de mal tiempo:

Si se cancela el día escolar o se inicia con retraso debido al mal tiempo, su cita será cancelada automáticamente y tendrá que llamar para hacer una nueva. La información sobre las cancelaciones o retrasos se anunciarán en las siguientes estaciones de radio locales a partir de las 6:00 a.m.

WBNR – 1260 AM

WCZX – FM 97.7

WHUD – FM 100.7

WRNQ – FM 92.1

WKIP – 1450 AM

WRWD – FM 107.3

WSPK – FM 104.7

WPDH – FM 101.5

WEOK – 1390 AM

WGNV – 1200 AM

También puede obtener información sobre las cancelaciones o retrasos de la escuela en el sitio web:

www.wappingersschools.org

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE WAPPINGERS

INDICACIONES PARA INSCRIBIR A SU HIJO

Bienvenido al Distrito Escolar Central de Wappingers. Nuestro distrito escolar, conformado por diez escuelas primarias, dos escuelas intermedias y dos escuelas secundarias, abarca aproximadamente 110 millas cuadradas.

Los padres o apoderados que deseen inscribir a sus hijos en el Distrito Escolar Central de Wappingers deben **iniciar el proceso llamando a la Oficina Central de Inscripción, (*Central Registration Office*) ubicada en el 25 de Corporate Park Drive, PO Box 396, Hopewell Junction, NY 12533, y cuyo teléfono es el 298-5000 anexo 40132, para programar una cita.** Las horas de atención son: de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 3:30 p.m.

Los niños pueden acompañar a sus padres, aunque no es necesario. A los estudiantes se les inscribirá de acuerdo a las demarcaciones limítrofes actuales de las escuelas. Si no está seguro de la escuela que pertenece a su zona, comuníquese con la Oficina Central de Inscripción.

De conformidad con la reglamentación del comisionado, su hijo contará inicialmente con su inscripción y el derecho de empezar a asistir a la escuela que le toca al siguiente día de clases o tan pronto sea dable luego de que el padre, apoderado o persona que hace las veces de padre solicite la inscripción. Usted tiene tres (3) días laborables a partir de la inscripción de su hijo para enviarnos documentos y/o proporcionar la información que establece que su hijo reside en el distrito. Por lo tanto, si todavía no ha entregado tal documentación y/o información, hágalo ya. Si desea hablar de este asunto en persona, llame a la Oficina Central de Inscripción inmediatamente al (845) 298-5000 x40132 y haga una cita para conversar sobre los documentos y/o la información que haya presentado para comprobar que su hijo vive en el distrito.

Se exige que los padres o apoderados presenten los documentos y/o información sobre la edad, domicilio y vacunas del niño con el fin de que el distrito pueda determinar definitivamente que el niño tiene derecho a asistir a las escuelas del distrito sin pago de matrícula.

Prueba de la edad

La transcripción certificada del acta de nacimiento o registro de bautizo (incluso la transcripción certificada de un acta de nacimiento o registro de bautizo extranjero) o, si no se tiene ni uno ni el otro, el pasaporte (así sea un pasaporte extranjero) será suficiente para determinar la edad del niño.

A continuación damos algunos ejemplos de otros documentos a usarse como evidencia (los cuales deben tener por lo menos dos años de existencia) que pueden considerarse para establecer la edad de un estudiante si no se tiene la transcripción certificada del acta de nacimiento o registro de bautizo (nacional o extranjero), o el pasaporte (nacional o extranjero). No se intenta decir que esta lista esté completa ni que se trata de una lista de documentos imprescindibles.

De conformidad con la Ley de Educación del Estado de Nueva York, el distrito exige que los documentos certifiquen la edad de su hijo. Entre los documentos aceptables tenemos el acta de nacimiento o registro de bautizo, e incluso la transcripción certificada del acta de nacimiento o registro de bautizo. Si falta esta información, el distrito puede aceptar el pasaporte, incluso si es un

pasaporte extranjero, para determinar la edad del niño. Si no se cuenta con los documentos mencionados anteriormente, el distrito puede considerar los siguientes documentos o evidencia registrada si ya tienen por lo menos dos (2) años de existencia, con la excepción de un acta de declaración de la edad, para determinar la edad del niño:

- Licencia de conducir oficial.
- Identificación otorgada por el Estado u otra entidad del Gobierno.
- Identificación con foto de la escuela que contenga la fecha de nacimiento.
- Tarjeta de identificación del consulado.
- Expedientes médicos o del hospital.
- Tarjeta de identificación como dependiente de un militar.
- Documentos otorgados por agencias locales, estatales o federales.
- Órdenes judiciales u otros documentos otorgados por la corte.
- Documento tribal de los americanos oriundos.
- Expedientes de una agencia de ayuda internacional sin fines de lucro o agencia voluntaria.

Prueba de los exámenes de salud y vacunas

De conformidad con la reglamentación del comisionado, los estudiantes que inician cualquier año de estudios en una escuela pública tienen que contar con un examen de salud satisfactorio llevado a cabo no más de doce meses antes del primer día del año escolar en cuestión. Si no se proporciona un certificado de salud aceptable en el lapso de 30 días, será el médico del distrito el que lleve a cabo el examen. El distrito no exige un certificado de salud si el estudiante o sus padres objetan y sostienen que hay un conflicto con sus genuinas y sinceras creencias religiosas. La solicitud de excepción para esto debe darse por escrito y contener documentos de sustento.

También, de conformidad con la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, se exigen registros de vacunación o los documentos para la excepción a todos los estudiantes que ingresan o ya asisten a una escuela pública. La Ley de Salud Pública permite un periodo de asistencia limitado a 14 días sin tener prueba de las vacunas, siempre que el estudiante demuestre de buena fe que está tratando de obtener las vacunas necesarias y/o los documentos que las certifican. (Atención: cuando el niño viene de otro estado o país, el periodo de 14 días se puede alargar por no más de 30 días). Vea el programa de vacunación que se exige a los estudiantes en la siguiente página.

Documentos sobre la custodia legal y circunstancias especiales

Si usted no es el padre biológico sino el apoderado legal del estudiante, preséntenos los documentos pertinentes que tenga o el acta de declaración de custodia completa.

De existir otras circunstancias especiales, tales como acuerdos de custodia u órdenes de protección, preséntenos dichos documentos para copiarlos y ponerlos en los expedientes del estudiante. Las escuelas no pueden rehusarse a entregar a un niño al padre o apoderado legal a menos que existan documentos judiciales en los expedientes del distrito que indiquen lo contrario.

Prueba de domicilio

Todos los estudiantes nuevos que deseen inscribirse en el Distrito Escolar Central de Wappingers deben proporcionar la documentación y/o información adecuada para comprobar el domicilio.

En un lapso de tres (3) días laborables luego de la inscripción inicial de su hijo, se revisarán los documentos y/o la información presentada para tomar una decisión definitiva con respecto al domicilio. Si se determina que no se reside en el distrito, se le notificará por escrito.

A continuación le indicamos los documentos que se pueden utilizar para comprobar el domicilio (**Atención: No se intenta decir que esta lista esté completa, y el distrito puede considerar que otros documentos y/o datos son apropiados**):

- Copia del contrato de arrendamiento o prueba de ser el dueño de una casa, tal como el título de propiedad o informe sobre la hipoteca.
- Una declaración notariada o firmada por un tercero que sea arrendador, el dueño o inquilino con el que los padres, apoderados, o personas que hacen las veces de padres tienen un contrato de arrendamiento o comparten una propiedad que está dentro del distrito.
- Otros documentos pueden ser:
 - Talones de pago.
 - Declaración de impuestos del estado de Nueva York o del gobierno federal, formulario W-2 o declaración de ingresos.
 - Recibo de servicio público.
 - Tarjeta de notificación para inscripción del votante.
 - Licencia de conducir oficial, permiso de aprendiz de manejo o identificación de no conductor.
 - Documentos otorgados por las agencias federales, estatales o locales (tales como agencias de servicio social).
 - Identificación otorgada por el Gobierno.
 - Documento de membresía en base al domicilio.

Advertencia: Toda persona que intencionalmente proporcione información falsa sobre el domicilio puede estar sujeta a sanciones penales. La declaración falsa con respecto al domicilio o al derecho a la educación sin costo de matrícula en el Distrito Escolar Central de Wappingers puede ser castigable como delito menor de clase A. Además, si se establece que el hijo de la persona que lo inscribe reside fuera del Distrito Escolar Central de Wappingers, el distrito puede entablar acción legal para cobrar la matrícula. La matrícula es de \$9,495.00 (educación normal K-6); \$10,324.00 (educación normal 7-12); \$35,090.00 (educación especial K-6); \$35,919.00 (educación especial 7-12) por niño y por año si el estudiante no tiene derecho legal para recibir educación sin costo de matrícula de parte del distrito. El distrito se reserva el derecho de investigar sobre el domicilio de cualquier estudiante a través de cualquier medio legal que puede incluir y no se limita solo a registros públicos, visitas al domicilio y otros métodos legales de investigación.

Firma del padre o apoderado y fecha

Firma del testigo (Distrito de Wapp.)

Al firmar, el padre o apoderado confirma que ha leído y entendido las normas sobre el domicilio que rigen en el Distrito Escolar Central de Wappingers y las consecuencias que se pueden sufrir si se da ilegalmente información falsa.



Distrito Escolar Central de Wappingers

Hoja de datos para inscripción

(El personal de WCS D llenará las áreas sombreadas)



Apellido del estudiante	Primer nombre	Segundo nombre	Student ID #	Yr. Grad.	Building	HR	Entry Date	N O R R
Dirección del estudiante N.º de la casa (lote)		Calle	N.º de apto.	Ciudad	Estado	Código postal		
Dirección para cartas (si es distinta)		Calle	N.º de Apto.	Ciudad	Estado	Código postal		
Sexo	Evidencia de nacimiento	Discapacitado	Educación especial	Dotado	ESL	Fecha 1.ª vacuna de polio	Tel. de casa	
<input type="checkbox"/> Certif. de nacimiento	<input type="checkbox"/> Certif. de bautizo	<input type="checkbox"/> Otro	Dirección de mail del padre o apoderado:					
Fecha de nacmto.	País	Estado/Provincia	Ciudad	Código postal				
School Name		Grade	Teacher		Date Student First Entered 9th Grade			
Nombre de la madre o apoderado			Dirección de la madre/apoderado – Si es diferente a la del niño			Tel. de emergencia		
Ocupación de la madre o apoderado		Lugar de trabajo			Tel. del trabajo 1		Celular	
Nombre del padre o apoderado 2			Dirección del padre/apoderado 2 – Si es diferente a la del niño			Tel. de emergencia		
Ocupación del padre o apoderado 2		Lugar de trabajo			Tel. del trabajo 1		Celular	
Niño vive con sus padres biológicos		Idioma en el hogar			Idioma del estudiante			
Custody Clarified	LTD Release	O T H E R <input type="checkbox"/> Social Service Form DSS – 2999 Completed; Agency _____ <input type="checkbox"/> Foster Child Report Completed <input type="checkbox"/> Designation for Homeless Child Form Completed <input type="checkbox"/> Migrant <input type="checkbox"/> Exchange Student				Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano		
¿Dónde y cómo vive?		Verification of Legal Residency				Raza: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/oriundo de Alaska <input type="checkbox"/> Oriundo de Hawai/Islas del Pacífico		
Escuelas anteriores		Ciudad, estado, país		Fechas		Año(s)		Programa LEP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Repetió año <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si repitió, ¿Qué año?		Si asistió a una escuela del distrito escolar de Wappingers. ¿A qué escuela fue y cuándo?					
Comentarios								
ALGUNA ENFERMEDAD DE LA QUE LA OFICINA DE SALUD DEBA SABER <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO								
OTROS HIJOS								
Nombre	Fecha de nacmto.	Escuela	Año	Nombre	Fecha de nacmto.	Escuela	Año	
Firmas:								
Administrador				Padre (Si firma sabe que el estado de NY exige una evaluación general de todos los estudiantes nuevos)				
Consejero				Estudiante				

REV.15/16

VACUNAS

El artículo 2164 de la Ley del Estado de Nueva York exige estas vacunas para el ingreso a la escuela desde Kindergarten hasta el último año de secundaria

(Nacidos el 1/enero/2005 o después)

Vacuna	Número de dosis
Polio	De 3 a 4 dosis y la última debe darse después de cumplir 4 años antes de Kindergarten
Hepatitis B	3 dosis con intervalos específicos*
Difteria/Tétano/Tos ferina	4 a 5 dosis y la última debe darse después de cumplir 4 años antes de Kindergarten
Measles/Mumps/Rubella	2 dosis recibidas antes de Kindergarten
Tdap:	Los estudiantes de 11 años o mayores que ingresan a los grados 6 a 12 deben recibir una dosis de Tdap. Los estudiantes que tienen 10 años de edad en el sexto grado y que no han recibido una vacuna Tdap pueden ingresar, pero deben recibir la vacuna cuando cumplan 11 años.
Varicela	2 dosis para los que van a Kindergarten, la segunda dosis se exige antes de admitirlo al sexto año.
Menactra	La primera dosis se requiere antes de la admisión en el séptimo grado y la segunda dosis se requiere antes de la entrada en el grado 12.

*Las dosis para la hepatitis B deben darse en el lapso de 4 semanas entre la primera y la segunda dosis, 8 semanas entre la segunda y tercera dosis, 16 semanas entre la primera y tercera dosis, y la serie total no debe completarse antes de las 24 semanas de nacido.

LA PRUEBA DE LAS VACUNAS DEBE MOSTRARSE AL MOMENTO DE INSCRIPCIÓN.

La prueba de la vacuna puede ser cualquiera de estos tres documentos:

- Certificado de vacuna firmado por su proveedor de atención médica.
- Informe de registro de vacunas, conocido en inglés como *“Immunization Registry Report”* (NYSIIS o CIR de NYC), de su proveedor de atención médica o del Departamento de Salud de su condado.
- Informe del laboratorio sobre el examen de sangre (*“titer”* en inglés) que prueba que su niño es inmune a estas enfermedades.
- En el caso de la varicela (*“chickenpox”* en inglés), también se acepta una nota de su proveedor de atención médica que indique que su niño tuvo la enfermedad.



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 _____ <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	_____ <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>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>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:	

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE WAPPINGERS
25 Corporate Park Drive
Hopewell Junction, NY 12533
Teléfono: 845-298-5000

ENCUESTA DEL ASPECTO SOCIAL Y DEL HOGAR PARA KINDERGARTEN

Sírvase completar la encuesta y devolverla a la maestra de kindergarten de su niño. Esta encuesta será archivada de manera permanente en el folder de su hijo y la usará solamente el personal de la escuela. Al final de la primaria, la encuesta se retirará del folder de su hijo, pero los padres que deseen que la encuesta se retire antes de esto deben comunicarse con la directora de la escuela.

Fecha: _____ Firma: _____

Nombre del niño: _____

¿Cómo prefiere el niño que se le llame? _____

¿Con quién vive el niño? (Marque todo lo que corresponda)

Mamá Papá Hermanos Abuelos Otro _____

¿Qué lugar ocupa su hijo en la familia?

Primer hijo De en medio El último El único Otro _____

¿Los otros parientes viven en otra parte? Sí No

¿Su niño ha asistido a alguna guardería? Sí No

Nombre _____ N.º de teléfono _____

¿Podemos llamar para pedir información? Sí No

DESARROLLO DEL NIÑO

¿El niño puede vestirse solo? Sí No

¿El niño puede atenderse solo en el baño? Sí No

¿El niño puede seguir instrucciones? Sí No

¿Puede escuchar una historia por 15 o 20 minutos? Sí No

¿El niño ha escogido que mano prefiere usar? Sí No

Si es así, ¿qué mano ha escogido? Izqda. Drcha.

¿Pueden usted y otros entender lo que dice el niño? Sí No

¿Cree que su hijo necesitará ayuda especial en alguna de las siguientes áreas?

- 1. El habla Sí No
- 2. La conducta Sí No
- 3. Rapidez de aprendizaje Sí No
- 4. La salud Sí No
- 5. La coordinación Sí No

¿Con qué frecuencia le lee al niño? _____

¿Tienen algunas aficiones o intereses que usted y su familia estarían dispuestos a compartir con la clase de kindergarten de su hijo?

Comparta cualquier otra cosa acerca de su hijo que usted piense que sería útil que la maestra sepa, por ejemplo: algún interés en especial, experiencias inusuales, temores, cuestiones familiares – que pueden tratarse incluso de custodia y/o temas de salud – tales como alergias a ciertos alimentos, problemas de alimentación o para dormir. Si prefiere, puede hablar directamente con la maestra de su niño para tratar algún tema específico.

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE WAPPINGERS
Oficina Central de Inscripción
25 Corporate Park Drive
PO Box 396
Hopewell Junction, NY 12533
(845) 298-5000 x 40132

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Fecha: _____

Estimado director:

El siguiente estudiante está inscrito en el Distrito Escolar Central de Wappingers. Sírvase transferir copias de expedientes, incluyendo expedientes acumulativos, evaluaciones psicológicas, notas de exámenes, datos sobre la salud y toda otra información pertinente a la dirección que se indica a continuación.

Estudiantes ELL.– Si el estudiante estuvo inscrito antes en una escuela del estado de Nueva York, y estuvo en un programa de ELL o bilingüe, incluya el puntaje del examen LAB-R o NYSESLAT.

Gracias por atender mi pedido.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de ncmtó.: _____

Dirección actual: _____

Escuela: _____ Año: _____

Por el presente, autorizo para que se transfieran los expedientes ya mencionados y cualquier otra información pertinente con respecto a mi hijo.

FIRMA DEL PADRE _____

FECHA _____

Oficina Central de Inscripción del Distrito Escolar Central de Wappingers

25 Corporate Park Drive-PO Box 396
Hopewell Junction, NY 12533

Marque todo lo que corresponda

Certificado de nacimiento

Vacunas

Transcripciones

IEP/504

Pase los expedientes por fax al 845-896-1459

Si necesita llamar a la Central de Inscripción, marque: **845-298-5000 x 40132.**

Información escolar previa:

Nombre de la escuela: _____

Dirección: _____

Teléfono (____) _____

Fax: (____) _____

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE WAPPINGERS

25 Corporate Park Drive

Hopewell Junction, NY 12533

TEL.: 845-298-5000

Departamento de Educación Especial y Servicios al Estudiante

(845) 298-5000 ext. 40135 Fax (845) 897-2482

HOJA DE TRANSFERENCIA PARA NIÑOS SIN HOGAR (MCKINNEY-VENTO)

Nombre del estudiante: _____ Año de estudios: _____
Fecha de inicio: _____
Escuela asignada: _____ Identificación: _____
Fecha de ncmt.: _____
Padre/Apoderado: _____ Teléfono: _____
Dirección Actual: _____ Dirección anterior: _____

1. ¿Cuál es la mejor descripción sobre cómo vive el estudiante? Marque una casilla:
- Refugio.
 - Vivienda provisional.
 - Doble, con más de una familia en la casa o apartamento.
 - Hotel/Motel.
 - No en un albergue, en el carro o un campamento.
 - Esperando atención como hijo de crianza.
 - Con amigos o parientes (que no son el padre ni el apoderado).
 - Las opciones de esta sección no corresponden.

Describe la situación actual a continuación. (Debe responder)

2. Razón de la condición de vivienda actual: _____

3. ¿Está la familia o el estudiante tratando con agencias externas? Sí No
Si es así, indique la persona a contactar: _____

Teléfono: _____ Título/Agencia: _____

4. ¿Necesita transporte? Sí No

5. Distrito escolar anterior: Sí No _____

6. ¿Se han recibido sus expedientes? Sí No

Nombre de quien llena la hoja Título Fecha

Copia: Director Ejecutivo de Educación Especial
Servicio de Comida
Transporte

Oficina de Orientación
Oficina Principal

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE WAPPINGERS
Servicios de salud de la escuela

ESCUELA: _____

HOJA DE DATOS MÉDICOS

Estudiante _____ Fecha Nacmto. _____ Sexo ____
Nombre de la madre _____ Nombre del padre _____
Teléfono de la madre: Casa _____ Trabajo _____
Teléfono del padre: Casa _____ Trabajo _____
Dirección de la madre _____
Dirección del padre _____

¿Con quién vive el niño? Con: Ambos padres Madre Padre Apoderado
Otro _____
Contacto de emergencia si no se puede ubicar al padre o apoderado:

Nombre _____ Parentesco con el estudiante _____
Teléfono _____
Médico del estudiante _____ Teléfono _____

FORMACIÓN PRENATAL Y DESARROLLO

¿Tuvo la madre problemas o enfermedades inusuales durante el embarazo o el parto, tales como presentación de nalgas, parto con fórceps o cesárea? Sí No. Si responde sí, explique brevemente:

El bebé nació: A término Antes de término Después de término

Peso del bebé al nacer: _____ libras _____ onzas.

¿Tuvo el bebé alguna enfermedad o problema en el hospital, tal como ictericia, episodios de falta de respiración o convulsiones? Sí No Si responde sí, explique brevemente:

Diga la edad aproximada en la que el niño: se sentó solo _____ caminó _____

Dijo palabras sueltas _____ dio oraciones _____ sabía ir al baño _____

Describa brevemente el desarrollo del niño en relación con sus hermanos:

ENFERMEDADES

Marque aquellas que son un problema crónico.

- Diabetes Fiebre alta Problema de los ojos Poca visión Epilepsia
 Poca audición Bizco Tubos en oídos Problemas intestinales
 Dolores de muelas Ataques Infecciones dentales Orina la cama
 Problemas cardíacos Frecuentes infecciones al oído Frecuentes dolores de cabeza
 Frecuente sangrado de nariz Frecuentes dolores de garganta
 Otro _____

¿Alguna vez le dio la varicela a su hijo? Sí No

Si dijo sí, ¿cuándo? _____

INFORMACIÓN MÉDICA

¿Tiene alergias el niño? Sí No

Si dijo sí, ¿a qué? _____

¿Qué tratamiento o medicina requiere el niño para estas alergias?

¿Sufre el niño de asma diagnosticada por un médico? Sí No

Si dijo sí, ¿qué tratamiento o medicina se le ha prescrito? _____

¿Sufre el niño de alguna enfermedad distinta a las ya mencionadas? Sí No

Si dijo sí, explique: _____

LESIONES, ENFERMEDADES Y CIRUGÍAS

Enumere lesiones, enfermedades o cirugías de consideración: _____

Lesión, enfermedad, cirugía	Edad del niño	Si fue hospitalizado, ¿por cuánto tiempo?
-----------------------------	---------------	---

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Toma el niño medicina diariamente? Sí No

Si dijo sí, enumere: _____

¿Toma el niño medicina con alguna frecuencia, pero no diariamente? Sí No

Si dijo sí, enumere: _____

¿Algún familiar tiene una enfermedad duradera, tal como diabetes, cáncer, presión arterial alta, etc.? Sí No

Si dijo sí, diga las enfermedades y el parentesco de la persona con el niño: _____

Solo para niñas: si corresponde, edad de primera menstruación ____ ¿Problemas? Sí No

Si dijo sí, explique: _____

¿Tiene algún otro comentario o preocupación sobre la salud de su hijo, su desarrollo, conducta, vida familiar o del hogar, que quisiera que la escuela sepa? Sí No

Si dijo sí, explique: _____

Llenado por: _____ Fecha: _____

Parentesco con el niño: _____

¿Le gustaría tener una reunión con la enfermera de la escuela? Sí No

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE WAPPINGERS
Servicios de salud de la escuela

ESCUELA: _____

Estimado padre o apoderado:

A partir de septiembre del 2008, el estado de Nueva York exigirá que los estudiantes de kindergarten y de segundo, cuarto, séptimo y décimo año presenten un certificado de salud dental a la Oficina de Salud.

El certificado de salud dental debe informar sobre un examen dental general y debe estar firmado por un dentista que tenga las credenciales debidas y esté autorizado para ejercer en el estado de Nueva York. El dentista describirá el estado de salud dental del estudiante cuando lo examinó. El certificado de salud dental no debe tener, contando desde el inicio del año escolar en que se pidió el examen, más de doce meses de anterioridad .

Entregue este formulario a su dentista y devuélvalo lleno a la Oficina de Salud.

CERTIFICADO DE SALUD DENTAL

Nombre del estudiante: _____

Fecha del examen dental general: _____

No necesita tratamiento Está en tratamiento Ya se completó el tratamiento

El estudiante está en buena condición dental como para dejarlo asistir a la escuela: Sí No

Nombre del dentista: _____
(En letra de imprenta)

Firma del dentista: _____

Dirección del dentista: _____

Número de teléfono del dentista: _____

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE WAPPINGERS
25 Corporate Park Drive
Hopewell Junction, NY 12533
TEL: 845-298-5000

Bienvenido al Distrito Escolar Central de Wappingers. Nos gustaría aprovechar toda oportunidad que hubiera para conocerlos mejor a usted y a su niño, y brindarle a usted la oportunidad de que nos informe sobre lo que usted considere importante. Este formulario opcional es una manera en la que puede compartir lo que piensa o le preocupa. Gracias por su participación.

PERFIL ESTUDIANTIL

Nombre del estudiante: _____ Año de estudios: _____

Firma del padre: _____

Puntos fuertes en lo académico o lo que le falta:

Puntos fuertes en el comportamiento o lo que le falta:

Puntos fuertes en lo social o emocional, o lo que le falta:

Mayores destrezas en cuanto a trabajo y organización o lo que le falta:

Otros comentarios, datos o sugerencias:

Expedientes académicos

Ejemplos: copia de la última tarjeta de notas, notas dadas hasta la última fecha de asistencia en la escuela anterior y todo expediente especial sobre la educación que pueda proporcionar.

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE WAPPINGERS
Expedientes de estudiantes/Datos del directorio (Derechos según FERPA)
Notificación anual

La Junta de Educación entiende la exigencia legal de mantener la confidencialidad de los expedientes de los estudiantes. El procedimiento para asegurar la confidencialidad de los expedientes de los estudiantes debe respetar la ley estatal y federal, lo cual incluye la Ley de Derechos y Privacidad Educativa Familiar de 1974 (FERPA, por sus siglas en inglés) y el reglamento que implementa.

La Junta también está consciente de su responsabilidad de asegurar la conservación y eliminación ordenadas de los expedientes de los estudiantes del distrito, de conformidad con el registro ED-1, tal como fue adoptado por la Junta en la norma 1120.

El superintendente de las escuelas será el responsable de asegurar que el distrito cumpla con todas las exigencias de los estatutos federales y reglamento del comisionado.

Notificación anual

Al principio del año escolar el distrito publicará una notificación para informar a los padres, apoderados y estudiantes elegibles que están asistiendo a la escuela sobre los derechos que les otorga la ley FERPA y cómo ejercer esos derechos. El aviso puede publicarse en un periódico, manual, boletín escolar u otro tipo de publicación, y también se puede entregar a los padres, apoderados y estudiantes elegibles que se inscriben durante el año escolar.

El aviso indicará, entre otras cosas, que el padre o estudiante elegible tienen derecho a:

1. inspeccionar y revisar los expedientes de educación del estudiante;
2. solicitar que los expedientes se corrijan para asegurar que no sean inexactos, conduzcan a engaño, o de alguna otra manera violen la privacidad u otros derechos del estudiante;
3. consentir la divulgación de datos que estén en los expedientes de educación del estudiante y pudieran identificarlo individualmente, con excepción del alcance de divulgación que la ley FERPA autoriza sin necesidad de consentimiento; y
4. presentar una queja ante el Departamento de Educación de Estados Unidos para alegar que el distrito no ha respetado la ley FERPA ni su reglamentación; y

Además, el aviso anual informará a los padres o apoderados y estudiantes elegibles:

1. que, por norma y sin necesidad de consentimiento, el distrito puede divulgar datos de los expedientes del estudiante que pudieran identificarlo individualmente a otros funcionarios de la escuela dentro del distrito a quienes el distrito determine que lo hacen con un interés educativo legítimo. Para los fines de esta norma, un funcionario de la escuela es aquella persona empleada por el distrito como administrador, supervisor, instructor o miembro del personal (que incluye: personal de atención médica y de las fuerzas del orden público; miembros de la Junta de Educación; una persona o compañía

contratada por el distrito para alguna función especial, tal como un abogado, auditor, consultor médico, o terapeuta; o un padre o estudiante que es parte de un comité oficial, tal como un comité para quejas o disciplina, o que ayuda a otro funcionario a realizar sus obligaciones). Un funcionario de la escuela tiene un interés educativo legítimo si este necesita revisar el expediente de un estudiante a fin de cumplir con sus obligaciones profesionales.

2. que, de solicitarlo, el distrito divulgará expedientes de educación sin necesidad de consentimiento a funcionarios de otro distrito escolar al que el estudiante tratara o pensara inscribirse.
3. sobre el procedimiento para ejercer su derecho a inspeccionar, revisar y pedir correcciones a los expedientes del estudiante.

El distrito se encargará de traducir este aviso a la lengua materna o modo de comunicación que dominen los padres o apoderados o estudiantes elegibles que no hablen inglés.

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE WAPPINGERS
Oficina Central de Inscripción
25 Corporate Park Drive
PO Box 396
Hopewell Junction, NY 12533
(845) 298-5000 x 40132

Estimados padres:

Por favor, no envíen ninguna medicina a la escuela con su hijo. Esto incluye toda medicina, como la aspirina o cualquier medicina que pueda obtener sin receta, y esto concierne no solo a medicina que se tome vía oral, sino a toda aquella que sea para cualquier área del cuerpo. Si un niño trae medicina a la escuela, tenemos que confiscarla, y el padre tendrá la responsabilidad de reclamarla. En ciertas circunstancias extraordinarias, cuando el niño necesite tomar su medicina en la escuela, la enfermera de la escuela podrá colaborar con el médico y los padres, pero se tiene que cumplir con ciertas exigencias explícitas. Estas normas las establece la Ley de Educación del Estado de Nueva York.

Se debe cumplir con la siguiente regulación.

1. La enfermera de la escuela debe recibir una orden por escrito, firmada por el médico, que contenga los siguientes datos:
 - Nombre de la medicina y sus posibles efectos colaterales.
 - Razón por la que se da la medicina.
 - Dosis.
 - Hora.
 - Número de días.
2. Debe tener una etiqueta oficial (ya sea de la farmacia o de la compañía propietaria).
3. El padre la debe entregar directamente a la enfermera de la escuela.
4. El padre o apoderado debe presentar un pedido por escrito en el que solicita que la enfermera suministre la medicina según se indica.

**SE EXIGEN NUEVAS RECETAS AL COMIENZO DEL AÑO ESCOLAR,
EN SEPTIEMBRE.**

También es responsabilidad del padre ir a la Oficina de Salud para recabar la medicina que no se usó pues si no la recoge, habrá que deshacerse de ella a los siete días después de la fecha de la última dosis. La medicina que se haya recetado por un periodo que pase del fin del año escolar se desechará el último día de clases, en junio, si es que no se recoge. Si en algún momento el médico desea aumentar la dosis, debe hacer tal pedido por escrito ya que por resguardo a la enfermera y a la escuela, no se aceptan pedidos verbales o por teléfono de parte del padre o del médico. La medicina en manos de los niños es un grave peligro para la vida de otros niños. Si tiene alguna pregunta o preocupación, llame a la enfermera de la escuela.

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE WAPPINGERS
Servicios de salud de la escuela

ESCUELA: _____

PERMISO DEL PADRE PARA DAR MEDICINA EN LA ESCUELA

Estudiante _____ Año ____ Salón ____ ID _____

Fecha: _____

Doy permiso para que la enfermera o el personal designado por la escuela suministren _____ tal como lo receta el médico.

(Receta médica adjunta)

La medicina se dará tal como se indica durante el año escolar actual. Todo cambio a la orden del medicamento por parte del médico se tiene que dar por escrito a la enfermera de la escuela.

Por el presente, doy permiso para que la enfermera o el personal designado por la escuela se comuniquen con quien receta la medicina para hablar con respecto a esta.

He entregado la medicina en su frasco original con la debida etiqueta de la farmacia, y he entregado la medicina en la dosis recetada.

Por el presente, libero a la enfermera de la escuela o personal designado por ella y a la Junta de Educación de toda responsabilidad con respecto al suministro y/o reacción a la medicina del estudiante mencionado al inicio.

Firma del padre o apoderado

Tel. de casa: _____ Tel. del trabajo: _____

Celular: _____

Indique en el siguiente espacio las horas y dosis de toda la medicina que se da en casa.

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 envíelo por fax a 607-436-3606, o por correo a
NYS Migrant Education Program- Identification & Recruitment Office
100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY 12020

Los estudiantes en los grados K-8 son elegibles para el transporte de guardería. Se debe presentar un nuevo formulario de cuidado de niños todos los años antes del próximo año escolar, incluso si no hay cambios, y debe recibirse antes de la fecha límite del 1 de abril. Los proveedores de guardería registrados tienen derecho a transporte hacia y/o desde lugares dentro de los límites del WCSD. Los lugares de cuidado de niños privados que no tienen licencia o están registrados están restringidos al transporte solo dentro de la zona de asistencia de la escuela a la que asiste su hijo. Se ofrecerá una parada existente en una ruta de autobús existente dentro de la zona de asistencia escolar individual del niño para las solicitudes recibidas después del 1 de abril. Visite nuestra página de Transporte en el sitio web de nuestro distrito para obtener más información. www.wappingersschools.org

AÑO LECTIVO ACTUAL SOLICITUD DE TRANSPORTE PARA CUIDADO DE NIÑOS PRÓXIMO AÑO LECTIVO

Alumno

Fecha _____ Escuela: _____ Grado: _____ Género: M F

Nombre del niño: _____ Apellido del niño: _____

Domicilio (No colocar casilla postal): _____

Teléfono del hogar: _____ Celular: _____ Teléfono laboral: _____

Cuidado de niños

Nombre del proveedor de cuidado de niños: _____

Dirección del proveedor de cuidado de niños: _____

Teléfono del proveedor de cuidado de niños: _____

Horario matutino de recogida (mismo lugar cinco (5) días a la semana) Casa Proveedor de cuidado de niños

Horario devuelta por la tarde (mismo lugar cinco (5) días a la semana) Casa Proveedor de cuidado de niños

Certifico que toda la información que contiene este formulario es precisa y que el alumno nombrado anteriormente se encuentra bajo el cuidado del proveedor de cuidado de niños aquí especificado.

Imprenta Nombre del padre, madre o tutor legal: _____

Firma del padre, madre o tutor:: _____ **Fecha:** _____

Correo electrónico del padre, madre o tutor: _____

Verificación – Firma del representante escolar:: _____ **Fecha:** _____

Padres/tutores: Solo un (1) estudiante por formulario -- Enviar a la Oficina Principal de la escuela de su hijo. Debe presentar un nuevo formulario de cuidado de niños cada vez que haya cambios o para cancelar el cuidado de niños.

SCHOOL OFFICE STAFF: PLEASE SCAN THIS FORM TO TRANSPORTATION UPON COMPLETION

Las solicitudes de transporte para cuidado de niños para aquellas familias que se convirtieron en residentes del distrito después del plazo deben presentarse dentro de los treinta (30) días de establecer la residencia en el distrito de lo contrario el transporte puede no estar disponible.

PERMITA QUE PASEN CINCO (5) DÍAS PARA QUE SE PROCESE

(2-10-22)



Formulario para no compartir fotos y videos

Estimados padres o apoderado:

Las escuelas y departamentos del Distrito Escolar Central de Wappingers publican seguido textos instructivos o informativos, fotografías, obras de arte originales u otros recursos creativos en su sitio web (www.WappingersSchools.org), cuentas de redes sociales controladas por el distrito, periódicos del área y programas de televisión vía cable.

Es posible publicar información sobre su hijo, como fotografías o videos. Además, es probable que las fotos o videos de estudiantes que se toman a través del año escolar se coloquen al azar en publicaciones impresas y en línea del distrito y pudieran ser compartidas en los medios de comunicación.

No publicaremos los nombres completos de los estudiantes que aparezcan en fotos y videos, a menos que los padres o representantes legales del estudiante den su consentimiento por escrito.

Si usted prefiere no participar y NO permitir que las fotos y videos de su hijo se compartan, complete el formulario siguiente y envíelo a la oficina principal el 29 de enero de 2017 o antes.

Tenga en cuenta que si usted permite que las fotos y videos de su hijo se compartan, no tiene que llenar el formulario.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquense con la escuela de su hijo.

Formulario para no compartir fotos y videos

Elijo que NO se use ninguna foto o video de mi hijo en publicaciones del distrito, informativos, el sitio web del distrito o en su página de redes sociales. Este formulario debe de llenarse por completo para garantizar que la información de su hijo se mantenga en privado. Escriba en letra de imprenta clara.

Nombre completo del niño: _____

Escuela y año que cursa: _____

Nombre completo del padre o apoderado (en imprenta): _____

Firma del padre o apoderado: _____

Número de teléfono: _____ Fecha: _____