



KEANSBURG SCHOOL DISTRICT

Keansburg Preschool Programs

81 Frances Place
Keansburg, NJ 07734
Phone 732-787-2007 x. 5400
Caruso Site Fax: 732-495-3287
Port Monmouth Road Site Fax : 732-495-7291
www.keansburg.k12.nj.us

Ms. Anne M. Hazeldine
Principal of Early Childhood

Ms. Kathleen O'Hare
Superintendent of Schools

PREESCOLAR PAQUETE DE REGISTRO

- SOLO LOS PADRES O TUTORES LEGALES PUEDEN INSCRIBIR AL ESTUDIANTE
- EL ESTUDIANTE DEBE VIVIR EN EL DISTRITO DE KEANSBURG CON PADRES O TUTORES LEGALES

TODOS ESTOS DOCUMENTOS TIENEN QUE SER PRESENTADOS A LA HORA DE LA INSCRIPCIÓN

CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL - Constancia de la fecha de nacimiento del estudiante

RECORD DE VACUNAS - La falta de proporcionar la información apropiada acerca de las vacunas podría resultar en que su niño/a no pueda inscribirse en la escuela.

TEST MANTOUX DE TUBERCULOSIS - Los estudiantes que se han mudado de otra área, podrían necesitar el test de tuberculosis por mandato legal. Si se requiere, deberá proveer a las escuela en 60 días.

FORMULARIO DE EXAMEN FÍSICO - Debe haber sido completado en el último año.

TARJETA DE TRANSFERENCIA DE LA ESCUELA ANTERIOR

DOCUMENTOS DE CUSTODIA, CONSTANCIA LEGAL DE CUSTODIA, DOCUMENTOS DE PADRES ADOPTIVOS TEMPORALES - si es aplicable.

CONSTANCIA DE RESIDENCIA - DUEÑOS DE CASA - Título de propiedad, recibo actual de los impuestos de la propiedad, Acuerdo del HUD-1 junto con (3) recibos de utilidades actuales, licencia de conducir válida o tarjeta de registro del votante.

SI ESTÁ VIVIENDO CON OTRA FAMILIA EN EL DISTRITO DE KEANSBURG Y SU NOMBRE NO ESTÁ EN EL CONTRATO DE ARRENDAMIENTO - El dueño de casa debe acompañarlo a la inscripción y traer las constancias de residencia mencionadas arriba. Usted debe proporcionar prueba de residencia (3) con su nombre y dirección en Keansburg.

DISTRITO ESCOLAR DE KEANSBURG
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Escuela: _____ Grado: _____ Fecha: _____

Nombre de Estudiante: _____
Apellido Nombre Inicial del 2do nombre

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Dirección Postal (En caso que sea diferente):

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE (Continuación)

NUMERO DE CASA: (_____) _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ CIUDADANO ESTADOUNIDENSE: ___ SI ___ NO

Ciudad de Nacimiento: _____ Estado: _____ PAÍS DE NACIMIENTO: _____

**SI EL NIÑO/A NACIÓ FUERA DE LOS ESTADOS UNIDOS, ¿EN QUE FECHA ASISTIÓ EL NIÑO POR PRIMERA VEZ
A LA ESCUELA EN LOS ESTADOS UNIDOS?** _____

GRUPO ÉTNICO: _____ Blanco (no de origen hispano) _____ Negro (no de origen hispano) _____ Hispano
_____ Indio Americano/Nativo de Alaska _____ Asiático o de la Isla del Pacífico

LENGUA MATERNA: _____ PRIMER IDIOMA HABLADO EN CASA _____

PADRES/TUTORES: Casados / Divorciados / Separados / Solteros / Viudos

EL ESTUDIANTE VIVE CON: _____
Nombre Apellido

¿QUIEN TIENE CUSTODIA LEGAL? _____
Nombre Apellido

¿QUIEN TIENE CUSTODIA FÍSICA DOMICILIARIA? _____
Nombre Apellido

SI ESTÁ DIVORCIADO O SEPARADO PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DEL PADRE QUE NO TIENE CUSTODIA:

Nombre _____ Apellido _____ Telefono _____

Habla a _____

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR

Última escuela a la que asistió: _____ Identificación del Estado: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Codigo postal: _____

¿Estuvo el estudiante inscrito en alguno de los siguientes programas? Por favor marque todos los que aplican.

___ Inglés como Segundo Idioma (ESL) ___ Terapia de Lenguaje ___ Académicamente Dotado ___ Otros

___ Habilidades Básicas/Título 1 ___ Educación Especial/ IEP ___ Programas escolares alternativos

¿HA ESTADO INSCRITO EL ESTUDIANTE ANTERIORMENTE EN EL DISTRITO ESCOLAR DE KEANSBURG?

___ SI ___ NO

Si es así, proporcione el nombre y las fechas en la que asistió:

Escuela: _____ Fecha de inicio _____ Fecha de término _____

Haga una lista de los hermanos que viven en la misma casa:

Nombre	Apellido	Sexo	Fecha de nacimiento	Escuela	Grado

Por favor indique si existe alguna circunstancia especial de custodia con su niño/a de la cual la escuela debería estar informada. **Documentación es requerida:**

INFORMACIÓN PARA CONTACTO

Información de la Madre/Tutora

Nombre

Apellido

Correo Electrónico

Dirección de casa

Teléfono de casa

Celular

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombre del Empleador

Número del trabajo

ext.

Información de la Padre/Tutora

Nombre

Apellido

Correo Electrónico

Dirección de casa

Teléfono de casa

Celular

Ciudad

Estado

Código Postal

Nombre del Empleador

Número del trabajo

ext.

Contacto de Emergencia 1

Nombre

Apellido

Correo Electrónico

Dirección de casa

Teléfono de casa

Celular

Contacto de Emergencia 2

Nombre

Apellido

Correo Electrónico

Dirección de casa

Teléfono de casa

Celular

FIRMA DEL PADRE/MADRE O TUTOR/GUARDIÁN _____

RELACIÓN AL ESTUDIANTE: _____

FECHA: _____

INFORMACION MEDICA

Nombre del Médico Familiar: _____ Teléfono: _____

Nombre del Dentista Familiar: _____ Teléfono: _____

Hospital de referencia: _____

POR FAVOR ENUMERE CUALQUIER CUIDADO MÉDICO NO RUTINARIO O CIRUGÍA QUE SU NIÑO/A HA RECIBIDO EN EL ÚLTIMO AÑO:

¿TIENE SU NIÑO SEGURO MÉDICO?

SI _____ Nombre de la compañía

No _____ NJ Family Care (Cuidado Familiar de NJ) provee seguro médico gratis a baja costo a los niños sin seguro médico y algunos padres de bajos recursos.

Para mayor información llamar al 800-701-0710 o visitar www.njfamilycare.org para aplicar en linea.

Pueden proporcionar mi nombre y dirección al programa NJ Family Care (Cuidado Familiar de NJ) _____ Sí _____ No
Para que me contacten acerca del seguro médico.

Firma: _____

Nombre en letra imprenta: _____ Fetch: _____

Permiso escrito hecho de acuerdo a 20.U.S.C. s 1232g (b) (1) 34C. F. R (b)

POR FAVOR LLENE SÓLO SI SU NIÑO/A ES ESTUDIANTE DE EDUCACIÓN ESPECIAL

Iniciativa Medicaid para Educación Especial (SEMI por sus siglas en inglés)
Formulario de Consentimiento del Padre de Familia

Distrito Escolar de Keansburg

Nuestro distrito escolar está participando en el programa de Iniciativa Medicaid de Educación Especial (SEMI) el cual permite a los distritos escolares facturar a Medicaid por servicios que se les brinda a los estudiantes.

De acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA), en 34 CFR Parte 99.30 y Sección 517 de la Parte B de IDEA, requisitos de consentimiento 34 CFR Parte 300.622 se requiere un consentimiento por única vez antes de tener acceso a los beneficios públicos.

Este consentimiento establece que la información que identifica a su niño/a personalmente, como records estudiantiles o información acerca de los servicios proporcionados a su niño/a, (incluyendo evaluaciones y servicio especificados en el Plan Individualizado de Educación (IEP), terapia ocupacional, terapia física, terapia de lenguaje, consejería psicológica, audiología, enfermería y transporte especializado) pueden ser revelados a Medicaid y al Departamento del Tesoro con el propósito de que el distrito reciba el reembolso de Medicaid.

Como padre/tutor del niño/a nombrado abajo, doy permiso para revelar información como se describe en la parte de arriba; entiendo y estoy de acuerdo con que Medicaid tenga acceso a los beneficios públicos o seguro público de mi niño/a o míos para pagar por servicios de Educación Especial o servicios relacionados bajo la Parte 300 (servicios de baja de IDEA). Entiendo que el distrito escolar todavía está obligado a proporcionar servicios a mi niño/a de acuerdo a su IEP, sin importar la elegibilidad o estatus en Medicaid o mi disposición para dar consentimiento para la facturación SEMI.

Entiendo que la facturación por estos servicios por el distrito escolar **no afecta** mi habilidad de acceder a estos servicios para mi niño/a fuera del marco escolar, y que mi familia no contraerá ningún costo incluyendo copagos, deducibles, pérdida de elegibilidad o impacto el beneficios vitalicios.

Firma: _____ Fecha de nacimiento del niño/a ____/____/____

Nombre en letra imprenta: _____ Fecha: ____/____/____

Doy consentimiento para facturar por SEMI ____ Si ____ No

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento contactando a su asesor educativo o a la administración de la escuela, por escrito



KEANSBURG SCHOOL DISTRICT

Keansburg Preschool Programs

81 Frances Place
Keansburg, NJ 07734
Phone 732-787-2007 x. 5400
Caruso Site Fax: 732-495-3287
Port Monmouth Road Site Fax : 732-495-7291
www.keansburg.k12.nj.us

Ms. Anne M. Hazeldine
Principal of Early Childhood

Ms. Kathleen O'Hare
Superintendent of Schools

Home Language Survey Form

Introduction

This survey is the first of three steps to identify whether or not a student is eligible to be an English language learner (ELL). Start with "Question 1" and continue until the HLS is complete. Select the answer for each question and follow the directions.

Student Information

Student Name: _____

Student Birth Date: _____

Street Address: _____

City: _____

State: _____

Zip Code: _____

Phone number: _____

Survey Questions

Question 1

What was the first language used by the student?

A language other than English - Proceed to question 2a.

English - Proceed to question 2b.

Question 2a

At home, does the student hear or use a language
Other than English more than half of the time?

YES - Proceed to question 7

NO - Proceed to question 4

Question 2b

At home, does the student hear or use a language
Other than English more than half of the time?

YES - Proceed to question 4

NO - Proceed to question 3

Question 3

Does the student understand a language other than English?

YES - Proceed to question 4

NO - proceed to question 9

Question 4

When interacting with his/her parents/guardians, does the student use a language other than English more than half the time?

YES - Proceed to question 7 NO - proceed to question 5

Question 5

When interacting with caregivers other than their parent/guardian, does the student use a language other than English more than half of the time?

YES

NO

Question 6

Has the student recently moved from another school district/charter school where he/she was identified as an English language learner (ELL)?

YES

NO

Question 7

What are the home languages spoken? Proceed to step 8.

8. Proceed to Step 2: Records Review Process.

Home Language Survey is complete

9. Do not proceed to Step 2: Records Review Process.

Home Language Survey is complete. Student is not an English Language Learner (ELL)

INFORMACIÓN PARA EL REGISTRO PREESCOLAR

Fecha de Hoy: _____

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento: _____

SECCIÓN I:

Quando estuvo embarazada, ¿Hubo algún problema durante el embarazo? Sí ____ No ____

Si respondió que sí, explique: _____
_____.

Después del alumbramiento, ¿estuvo el bebé en el hospital por más de dos (2) días? _____

Si respondió que sí, por favor explique: _____
_____.

Edad en la que su niño/a empieza a: Caminar _____ Hablar: _____

¿Tiene su niño/a alguno de los siguientes hábitos?;

Accidentes al ir al baño _____ Rabieta _____ Alto nivel de actividad _____

Dificultad al separarse de usted _____ Llanto excesivo _____

¿Ha experimentado su niño/a alguna de las siguientes dificultades en el pasado o presente?

Lenguaje _____ Audición _____ Alimentación _____ Sueño _____

¿Tiene su niño/a alguna? Restricción física _____ Alergias _____

Si respondió que sí, por favor explique _____
_____.

¿Cuáles con las áreas fuertes de su niño/a? _____

¿Cuáles son los desafíos de su niño/a? _____

¿Hay algo que usted encuentre difícil en ser padre/madre?

¿Hay algo más que a usted le gustaría dejarnos saber acerca de su niño/a?

¿Tiene su niño/a algún pariente registrado en el programa preescolar? _____

Por favor enumere los nombres y su parentesco:

¿Ha asistido su niño/a a otro programa preescolar? _____ Si respondió que sí, por favor provea lo siguiente:

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

¿Ha recibido su niño/a alguna vez servicios de intervención temprana? Sí ____ No ____

Si respondió que sí: ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____

¿En dónde escuchó acerca de nuestro programa preescolar? _____

¿Necesita su niño transporte para poder asistir a la escuela? Sí _____ No _____

SECCIÓN II

Permiso escrito hecho de acuerdo a 20.U.S.C. s 1232g (b) (1) 34 C. F. R. 99.30 (b)

INFORMACIÓN DE LA HISTORIA DE SALUD

Por favor responda todas las preguntas según su mayor conocimiento. Toda la información es confidencial.

Nombre del niño/a: _____ Sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad actual: _____

Dirección: _____

Número de teléfono de casa: _____ Celular: _____

Padre: _____ Edad: _____ Madre: _____ Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____ Hospital: _____

Historia Familiar:

A. Enumere a cualquier otra persona que vive en la casa y su parentesco con el niño/a

1. _____

2. _____

3. _____

B. Algún familiar inmediato que sufra de alguna enfermedad seria: Sí _____ No _____

Como: Epilepsia ___ Alcoholismo ___ Tuberculosis ___ Diabetes ___ Asma _____

Rinitis alérgica _____ Otra _____

SECCIÓN III

EMBARAZO

A. ¿Hubo algún problema durante el embarazo?

SÍ

NO

1. Enfermedad

2. Infección

3. Convulsiones

4. Sangrado

5. Problemas emocionales/stress

6. Medicamentos

7. Otros

_____ Si respondió "Sí" a

cualquiera de las preguntas de arriba, por favor explique:

B. ¿La madre fumó durante el embarazo? _____

C. ¿Alguien fuma en la casa? _____

D. ¿Su embarazo fue de ciclo completo? ___ o prematuro ___ ¿Cuántas semanas antes? ___

E. ¿El alumbramiento fue normal y espontáneo? _____

Si no fue un alumbramiento normal y espontáneo, explique abajo que tipo de alumbramiento fue y la razón (por ejemplo: fórceps, cesárea, etc)

SECCIÓN IV

HISTORIAL DE NACIMIENTO DEL NIÑO

A. Peso al nacer _____

B. ¿Tuvo algún problema de nacimiento (por ejemplo: dificultad para respirar, convulsiones, pérdida de peso, incubadora, etc.)? _____

Si respondió sí, por favor explique: _____

Historia y acontecimientos en el desarrollo

A. Por favor indique lo más cercano posible a los meses y años:

a. Levantó erguidamente la cabeza al estar echado en el estómago _____

b. Persiguió objetos _____

c. Se sentó independientemente _____

d. Se paró solo/a _____

e. Caminó solo/a _____

f. Habló (balbuceó), imita sonidos _____

g. Habló (con palabras/oraciones) _____

h. Controló su vejiga _____

i. Controló sus esfínteres _____

j. Comió solo _____

k. Derecho o zurdo _____

B. ¿Alguna lesión en la cabeza, operaciones, enfermedades, rinitis alérgica, alergias, infecciones de oído frecuentes, fracturas, convulsiones, etc. Sí _____ No _____ Si respondió "Sí", por favor explique:

C. ¿Algún problema auditivo, visual, de lenguaje u ortopédico? Sí ___ No ___ Si respondió "Sí", por favor explique: _____

D. ¿Está el niño/a tomando algún medicamento? Sí _____ Si respondió "Sí", por favor explique:

Medicamento _____ Condición _____

Medicamento _____ Condición _____

E. ¿Es el niño/a alérgico a algún alimento o medicamento? Sí ___ No ___ Si respondió "Sí", explique

F. Describir los hábitos alimenticios del niño/a:

G. Describir las habilidades sociales del niño/a:

SÍ NO

1. Tímido(a) _____

2. Amigable _____

3.	Contento (a)	_____	_____
4.	Conversador(a)	_____	_____
5.	Seguro de sí mismo(a)	_____	_____
6.	Temeroso(a)	_____	_____
7.	Hace rabietas	_____	_____
8.	Se enoja fácilmente	_____	_____
9.	Cambia de humor	_____	_____
10.	Tranquilo(a)	_____	_____
11.	Agresivo	_____	_____
12.	Retraído	_____	_____

Si desea, puede explicar las habilidades sociales del niño/a con más detalle: _____

Firma del padre/madre

Fecha

VACUNAS

El capítulo 14 del código sanitario estatal requiere que a cualquier niño/a al que se encuentre deficiente en sus vacunas contra las siguientes enfermedades infantiles NO SE LE PERMITA asistir a la escuela.

- **DTaP – 4 dosis**
- **Polio – 3 dosis**
- **MMR – 1 dosis**
- **HIB – 1 dosis después de su primer cumpleaños**
- **Hepatitis - B – 3 dosis**
- **Varicela - 1 dosis en o después del primer cumpleaños o una declaración del médico o de los padres de un previo caso de infección de varicela.**
- **PCV7 – 1 dosis después del primer cumpleaños**
- **Influenza (Gripe) – 1 dosis anual entre el primero de septiembre y el 31 de diciembre.**

Además de las vacunas anteriores **DEBE** tener prueba de:

- **Examen físico anual**

Los récords de vacunas deberán tener el mes, día y año cuando fueron administrados.

La inscripción no será completada a menos que toda la documentación mencionada anteriormente sea presentada.

Si tiene alguna pregunta, por favor llamar a la oficina de salud Pre-escolar al:

732 787-2007 Caruso Pre-K - ext 5870
Fax: (732) 495-3287

PMR Pre-K – ext. 5770
Fax: (732) 495-7291

Este formulario es obligatorio para la entrada a la escuela. Por favor completar

Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____

Padres/Tutores _____

Fecha del exámen _____ Talla _____ Peso _____

Apariencia General	
Ojos	
Oídos	
Boca	
Nariz	
Garganta	
Glándulas	
Pulmones	
Cabello	
Piel	
Postura	
Corazón	
Presión sanguínea	

Nombre del Doctor- Letra imprenta por favor _____

Firma del Doctor: _____

Dirección del Doctor: _____

Fecha: _____

Nota: Los padres/tutores deben retornar este formulario de exámen físico a la enfermera de la escuela del niño/a.

ENCUESTA PREESCOLAR DEL IDIOMA EN EL HOGAR
CUESTIONARIO DE IDIOMA PARA PADRES/TUTORES

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____
(primer y segundo nombre) (apellido)

Fecha de entrada a la escuela: _____

Persona que completa la encuesta: [] Madre [] Padre [] Abuelo/a
[] Tutor Otro []

Instrucciones: Marque o escriba la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas acerca de su niño/a

1. ¿Qué idioma aprendió su niño/a cuando recién empezó a hablar?
Inglés _____ Otro (especifique) _____
2. ¿Qué idioma habla la familia en casa la mayoría del tiempo?
Inglés _____ Otro (especifique) _____
3. ¿Qué idioma hablan los padres [tutores] con el niño/a la mayoría del tiempo?
Inglés _____ Otro (especifique) _____
4. ¿Qué idioma habla el niño/a con sus padres la mayoría del tiempo?
Inglés _____ Otro (especifique) _____
5. ¿Qué idioma habla el niño/a con sus hermanos la mayoría del tiempo?
Inglés _____ Otro (especifique) _____
6. ¿Qué idioma habla el niño/a con sus amigos la mayoría del tiempo?
Inglés _____ Otro (especifique) _____
7. ¿En qué idioma desea usted recibir comunicación de la escuela?
Inglés _____ Otro (especifique) _____
8. Por favor enumere los programas preescolares a los que su niño/a ha asistido antes de venir a nuestro programa:
9. ¿Qué nombre usa usted para niño/a (en caso de ser distinto al de arriba)? _____

Firma: _____
(persona que completó la encuesta)

Fecha: _____

7. **Birth Date of Child (Month/Day/Year) *Required Field**

Fecha de Nacimiento del Niño/a (Mes/Día/Año) *Información necesaria

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

8. **City of Birth *Required for all US-born students. Optional for all foreign-born students.**

Ciudad de nacimiento *Requerido para todos los estudiantes nacidos en los Estados Unidos. Opcional para estudiantes nacidos fuera de los Estados Unidos.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9. **State of Birth *Required for all US-born students. Optional for all foreign-born students.**

Estado de Nacimiento **Requerido para todos los estudiantes nacidos en los Estados Unidos. No es requerido para estudiantes nacidos en los Estados Unidos.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. **Country of Birth*Mandatory for all foreign-born students. Not required for US-born students.**

País de Nacimiento. *Esta información es obligatoria para todos los estudiantes nacidos fuera de los Estados Unidos. No es requerido para estudiantes nacidos en los Estados Unidos.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

11. **What is the child’s sex? Mark one box.**

¿Cual es el sexo del niño/a? Marque una respuesta.

<input type="checkbox"/>	Female
<input type="checkbox"/>	Male

12. **What is the child’s race/ethnicity? *Required Mark one or more races/ethnicities.**

¿Cual es la raza/origen étnico del niño/a? * Requerido Marque una o más de una respuesta para indicar las razas/origen étnicos de su hijo/a.

<input type="checkbox"/>	Hispanic//Latino
<input type="checkbox"/>	White
<input type="checkbox"/>	Black or African American
<input type="checkbox"/>	American Indian or Alaska Native
<input type="checkbox"/>	Asian
<input type="checkbox"/>	Pacific Islander (Hawaii, Guam, Samoa, Pacific Island)
<input type="checkbox"/>	Other: (describe)

13. **What language does the child speak most at home? Mark one box.**

¿Qué lenguaje habla su hijo/a en la casa? Marque una respuesta.

<input type="checkbox"/>	English
<input type="checkbox"/>	Spanish
<input type="checkbox"/>	Arabic
<input type="checkbox"/>	Chinese
<input type="checkbox"/>	Creole (Haitian)
<input type="checkbox"/>	Gujarati
<input type="checkbox"/>	Korean
<input type="checkbox"/>	Polish
<input type="checkbox"/>	Portuguese
<input type="checkbox"/>	Russian
<input type="checkbox"/>	Other: (describe)

14. **Does the child have any chronic medical problems, special needs, or handicapping conditions?** Mark one box.
¿Padece el niño/a de algún problema médico crónico, de necesidades especiales o algún tipo de incapacidad? Marque una respuesta.

<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Yes (Print problem or condition.)

15. **Will the child be enrolling for the entire school day?**
¿Su hijo/a será matriculado para el día entero escolar?

<input type="checkbox"/>	Yes, enrolling for the entire school day.
<input type="checkbox"/>	No, enrolling for half day.

16. **What kind of health insurance does the child have?** Mark one box.
¿Qué clase de seguro médico tiene el niño/a?

<input type="checkbox"/>	Private or employment-based health insurance
<input type="checkbox"/>	Medicaid
<input type="checkbox"/>	New Jersey FamilyCare
<input type="checkbox"/>	Some other health insurance
<input type="checkbox"/>	Uninsured

END OF FORM – END OF FORM – END OF FORM – END OF FORM