

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.

RÉCORD 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 proveerlo 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

RÉCORDS ESCOLARES. Libreta de notas actual y los resultados del más reciente examen estandarizado. Si su niño tiene una clasificación, una copia del Plan Educativo Individualizado (IEP por sus siglas en inglés), los récords del niño emitidos por el equipo de estudio de niños de la escuela, servicios de lenguaje y pronunciación, y reportes de los programas de intervención temprana se requieren, si están disponibles.

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 ESTA VIVIENDO CON OTRA FAMILIA EN EL DISTRITO DE KEANSBURG Y SU NOMBRE NO ESTA 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.

Por favor llamar a la oficina para mayor información acerca de asuntos residencia/dirección no tradicional: 732 787-2007 PRE-ESCOLAR EXT# 5700/ Caruso K-4 EXT#6000/ Bolger 5-8 EXT#2000 / HIGH SCHOOL 9-12 EXT 4000.

INFORMACIÓN DE LA ESCUELA ANTERIOR

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

DIRECCIÓN: _____ Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado _____ Código 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 Habilidades Básicas/ Título I
 Educación Especial /IEP Programas escolares alternativos Otros

¿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 termino _____

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 MÉDICA

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 medico gratis a a bajo 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 línea.

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

Firma: _____

Nombre en letra imprenta : _____ Fecha; _____

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

POR FAVOR LLENE SOLO 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 récords estudiantiles o información acerca de los servicios proporcionados a su niño/a, (incluyendo evaluaciones y servicios 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 debajo 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: Sí _____ No _____

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

SOLO PARA USO OFICIAL

Distrito de Escuelas Públicas de Keansburg

AUTORIZACIÓN PARA EMITIR LOS RÉCORDS DEL ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante : _____

Fecha de nacimiento : _____ Grado: _____

INFORMACIÓN REQUERIDA
Por favor marque todo lo que sea aplicable

- Número de Identificación del estado de NJ Historial Médico Completo
 Tarjeta de transferencia Libreta de notas
 Transcripción de notas Resultados de Evaluación Estandarizada de Logros Académicos
 Réconds disciplinarios

POR FAVOR ENVÍE LOS RÉCORDS A LA ESCUELA CORRESPONDIENTE

- Escuela Joseph Caruso Escuela Joseph Bolger Escuela Secundaria de Keansburg
285 Carr avenue 100 Palmer 140 Pt Monmouth rd
Keansburg, NJ 07734 Keansburg, NJ 07734 Keansburg, NJ 07734

Réconds del Equipo de Estudio de Niño

_____ CORREO – Réconds oficiales del Equipo de Estudio de Niño, incluyendo pero sin limitarse a resultados de evaluaciones Psicológicas y/o Psiquiátricas, evaluaciones eductaivas, reports sociales, etc. ENVÍE TODOS LOS RÉCORDS DEL EQUIPO DE ESTUDIO DEL NIÑO a:

Escuela Joseph R. Bolger
Personal de servicios del estudiante
100 Palmer place
Keansburg, NJ 07734

Escuela anterior _____

Dirección: _____

Teléfono: () _____

Tiempo compartido con Escuela Vocacional _____

Teléfono _____

YO AUTORIZO A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE KEANSBURG PARA RECIBIR ÉSTA INFORMACIÓN. YO COMPRENDO Y HE SIDO INFORMADO QUE TENGO EL DERECHO DE REVISAR LA INFORMACIÓN QUE ES ENVIADA POR CUALQUIERA DE LAS AGENCIAS MENCIONADAS ARRIBA.

Firma del padre/madre _____ Fecha _____

Oficial de la escuela _____ Fecha _____

