



2025-26 ELEMENTARY SCHOOL WELCOME PACKAGE

PAQUETE DE BIENVENIDA PARA LAS FAMILIAS DE LA ESCUELA PRIMARIA

Elementary School Family Welcome Letter

June 2025

Dear Elementary School Families,

We are so thrilled to welcome both returning and new families to our upcoming 2025 - 2026 School Year at **Inwood Academy for Leadership (IAL) Elementary School**! This year, we are excited to expand our school to 2nd Grade and welcome 5th Grade to the Elementary School. We look forward to another year filled with learning, joy and discovery.

IAL's mission is to empower students to become agents of change through community-focused leadership, developing strong character, and college and career preparedness. This begins in Elementary School where students develop strong skills in reading, writing, and math and build knowledge in science, social studies and the arts. Students will also develop social-emotional and leadership skills that will support them through their educational journey and beyond. Every classroom, hallway, and event is a space where your child will be seen, supported, and celebrated.

At the heart of IAL is the collaboration between the school, families, and the wider community. Through consistent communication and engagement, we can create a supportive network that empowers our students to thrive both inside and outside the classroom. We will also continue to showcase learning and celebrate belonging through our signature events, including our quarterly showcases of learning.

In partnering with you, we ask that you:

- Ensure your child attends school daily, on time, in dress code and ready for the day's learning experiences
- Ask your child about what they did and learned daily (e.g. What did you learn today?)
- Engage with information and homework in the daily communication folder and electronically
- Attend as many school events as possible

You can also connect with our Family and Community Engagement (FACE) department led by Tatiana Mahoney (tatiana.mahoney@ialcs.org) to get involved with our Family Council and Title I committee.

We ask that you review the information provided in this Welcome Packet for our uniform policy, school supply list, class dues, and start of school year dates and hours. We also invite you to review our Elementary School Family Handbook, which you can find on the IAL website. It is very important that you are fully informed of IAL ES's general, academic, behavioral, and safety information at the start of the school year. We encourage you to review it periodically throughout the school year. The FACE department will offer a series in the fall to walk families through the handbook.

Together, let us embrace this exciting year and provide the best possible education for our students. We look forward to a great year ahead in partnership with you!

Warmly,

Gaayathry Thiyagarajah

Elementary School Director

gaayathry.thiyagarajah@ialcs.org



Escuela Primaria Carta de Bienvenida de Familias

2025 de junio

Queridas Familias de la Escuela Primaria:

Estamos encantados de dar la bienvenida tanto a las familias que regresan como a las nuevas a nuestro próximo año escolar 2025-2026 en la Escuela Primaria **Inwood Academy for Leadership (IAL)**. Este año, nos entusiasma expandir nuestra escuela a 2.º grado y dar la bienvenida a 5.º grado a la Escuela Primaria. Esperamos otro año lleno de aprendizaje, alegría y descubrimiento.

La misión de IAL es empoderar a los estudiantes para que se conviertan en agentes de cambio a través de un liderazgo centrado en la comunidad, el desarrollo de un carácter sólido y la preparación para la universidad y la carrera profesional. Esto comienza en la Escuela Primaria, donde los estudiantes desarrollan habilidades sólidas en lectura, escritura y matemáticas, y amplían sus conocimientos en ciencias, estudios sociales y artes. Los estudiantes también desarrollarán habilidades socioemocionales y de liderazgo que los apoyarán durante su trayectoria educativa y más allá. Cada aula, pasillo y evento es un espacio donde su hijo será visto, apoyado y celebrado.

En el corazón de IAL se encuentra la colaboración entre la escuela, las familias y la comunidad en general. A través de una comunicación y participación constantes, podemos crear una red de apoyo que empodera a nuestros estudiantes para que prosperen tanto dentro como fuera del aula. También continuaremos mostrando el aprendizaje y celebrando la pertenencia a través de nuestros eventos exclusivos, incluidas nuestras exhibiciones trimestrales de aprendizaje.

Al colaborar con usted, le pedimos que:

- Se asegure de que su hijo asista a la escuela todos los días, puntualmente, con el código de vestimenta y listo para las experiencias de aprendizaje del día.
- Le pregunte a su hijo sobre lo que hizo y aprendió a diario (por ejemplo, ¿qué aprendiste hoy?).
- Interactúe con la información y las tareas en la carpeta de comunicación diaria y electrónicamente.
- Asista a tantos eventos escolares como sea posible.

También se puede conectar con nuestro departamento de Familias y Compromiso Comunitario (FACE) liderado por Tatiana Mahoney (tatiana.mahoney@ialcs.org) para involucrarse en nuestro Concejo de Familias y comité de Título 1.

Les pedimos que revisen la información de este Paquete de Bienvenida sobre nuestra política de uniformes, la lista de útiles escolares, las cuotas de las clases y las fechas y horarios de inicio del año escolar. También los invitamos a consultar nuestro Manual Familiar de la Escuela Primaria, disponible en el sitio web de IAL. Es fundamental que estén completamente informados sobre la información general, académica, de comportamiento y de seguridad de IAL ES al inicio del año escolar. Los animamos a revisarlo periódicamente durante el año escolar. El departamento FACE ofrecerá una serie de artículos en otoño para guiar a las familias en el uso del manual.

Juntos, abracemos este emocionante año y brindemos la mejor educación posible a nuestros estudiantes. ¡Esperamos un gran año en colaboración con ustedes!

Gaayathry Thiyagarajah

Directora de la Escuela Primaria

gaayathry.thiyagarajah@ialcs.org

Inwood
Academy
For Leadership

Elementary School Uniform Policy

Inwood Academy for Leadership requires a uniform for all students. Students must wear uniforms every day unless otherwise specified. Uniforms may be purchased at Lands' End. Please review the Uniform Policy and purchasing information below.

Uniform Policy	
Tops	An IAL branded green long or short sleeve polo shirt from Lands' End
Bottoms	- Khaki or navy blue pants, skirt or jumper dress OR - IAL branded sweatpants from Lands' End
Outerwear	- IAL branded button or zip-front cardigans from Lands' End OR - IAL branded crew neck sweater from Lands' End
Footwear	- Enclosed, sports-ready shoes of any color (e.g. sneakers) - Shoes must be appropriate for school <i>and</i> physical activities, velcro straps or slip-on preferred Not permitted: Shoes cannot be open-toed or have wheels or lights. No crocs or slides are allowed. Strongly Recommended: Shoes without shoelaces (all-velcro closures) for kindergarten and first grade. Shoes without shoelaces are recommended for students who can not yet independently tie their shoes on their own.
Accessories	No hats or other head coverings are permitted in the school building except for religious or medical purposes. Families who require exemption should reach out to the school.
Fridays	- On Fridays, students may wear any IAL top that has the IAL logo on it - There are no other changes to the dress code for Friday
Dress Down Days	Any dress down days will be communicated in advance along with information around the expectations on the dress down day.
<i>Students and families can contact the school with any questions or concerns about specific clothing or accessories at any time.</i>	

How to purchase uniform items:

- Go to: landsend.com
- Select **School** (under search bar)
- Select **Shop by School**
- Search for **Inwood Academy for Leadership** or **School Number: 900153065**

Escuela Primaria Política de Uniforme

Inwood Academy for Leadership exige uniforme para todos los estudiantes. Los estudiantes deben usar uniforme todos los días, a menos que se especifique lo contrario. Los uniformes se pueden comprar en Lands' End. Consulte la Política de Uniformes y la información de compra a continuación.

Política de Uniforme	
Camisas	Un polo verde de manga larga o corta con la marca IAL de Lands' End
Pantalones	- Pantalón, falda o vestido caqui o azul marino O - Pantalones deportivos con la marca IAL de Lands' End
Ropa de calle	- Cárdigans con cremallera o botones con la marca IAL de Lands' End O - Suéter de cuello redondo con la marca IAL de Lands' End
Zapatos	- Zapatos deportivos cerrados de cualquier color (por ejemplo, zapatillas deportivas). - Los zapatos deben ser apropiados para la escuela y las actividades físicas. No se permiten: Zapatos abiertos, con ruedas o luces. No se permiten Crocs ni chancas. Muy recomendable: Zapatos sin cordones (con cierre de velcro) para kínder y primer grado. Se recomienda el uso de zapatos sin cordones para los estudiantes que aún no pueden atarse los zapatos por sí solos.
Accesorios	No se permiten sombreros ni ningún otro tipo de cobertura para la cabeza en el edificio de la escuela, excepto por fines religiosos o médicos. Las familias que requieran una exención deben comunicarse con la escuela.
viernes	- Los viernes, pueden usar cualquier camiseta que tenga el logotipo de IAL. - No hay otros cambios en el código de vestimenta para el viernes.
Días de Vestirse sin Uniforme	Cualquier día de vestimenta informal se comunicará con anticipación junto con información sobre lo que está permitido en el día de vestimenta informal.
<i>Los estudiantes y las familias pueden comunicarse con la escuela si tienen preguntas o inquietudes sobre ropa o accesorios específicos en cualquier momento.</i>	

Cómo comprar los uniformes

- Vaya a: landsend.com
- Seleccione: **School** (debajo de la barra de búsqueda)
- Seleccione: **Shop by School**
- Busque **Inwood Academy for Leadership** o número de escuela: **900153065**

Elementary School Start of School Year | School Hours

Start of School Dates

We are excited to start the school year with orientation for both students and families before school commences with the regular schedule. Please review the dates below for details.

New Student Testing (5th Grade)	New Student Testing (5th Grade) (Make-ups)
Wednesday, August 13, 2025 Information will be mailed	Wednesday, August 27, 2025 8:00 AM - 12:30 PM
Family & Community Engagement Conference	New Student and Parent Orientation
Thursday, August 14, 2025 8:30 AM - 12:00 PM All Parents	Wednesday, August 27, 2025 8:00 AM - 12:30 PM New Parents & Students

K-2 Orientation	5th Grade Orientation	First Day of School
Thursday, August 28, 2025 8:00 AM - 12:30 PM	Friday, August 29, 2025 8:00 AM - 12:30 PM	Tuesday, September 2, 2025 (Regular School Hours - See Below)

School Hours

Our doors open each morning at 7:30 AM, when breakfast is served in the cafeteria. **The school day starts at 7:50 AM.** On **Monday, Tuesday, Thursday and Friday, dismissal is at 3:20 PM.** On **Wednesday, dismissal is at 2:20 PM.** Half-days will be indicated on our calendar. Please review the arrival and dismissal windows below.

ARRIVAL: Monday to Friday	
7:30 AM Doors Open Breakfast provided in the cafeteria	7:50 AM Teachers bring students to class Students arriving after 8:00 AM are marked late

DISMISSAL

Monday, Tuesday, Thursday, Friday	Wednesday
3:20 - 3:30 PM	2:20 - 2:30 PM
Half-Days	
12:55 - 1:05 PM	

Escuela Primaria Inicio del año escolar | Horas de escuela

Fechas de inicio de clases

Nos entusiasma comenzar el año escolar con una sesión de orientación para estudiantes y familias antes del inicio del curso regular. Consulte las fechas a continuación para obtener más información.

Pruebas para estudiantes nuevos (5.º grado)	Pruebas para estudiantes nuevos (5.º grado) (recuperación)
Miércoles, 13 de agosto de 2025 Se enviará información por correo.	Miércoles, 27 de agosto de 2025 8:00 AM - 12:30 PM
Conferencia de participación familiar y comunitaria	Orientación para nuevos estudiantes y padres
Jueves, 14 de agosto de 2025 8:30 AM - 12:00 PM Todos los padres	Miércoles, 27 de agosto de 2025 8:00 AM - 12:30 PM Nuevos padres y estudiantes

K-2 Orientación	5to Grado Orientación	Primer día de Clases
jueves, 28 de agosto 8:00 AM - 12:30 PM	viernes, 29 de agosto 8:00 AM - 12:30 PM	martes, 2 de septiembre (Horario regular- mire abajo)

Horario Escolar

Nuestras puertas abren cada mañana a las 7:30 AM, momento en el que se sirve el desayuno en la cafetería. **El día escolar comienza a las 7:50 AM.** Los **lunes, martes, jueves y viernes, la salida es a las 3:20 PM.** Los **miércoles, la salida es a las 2:20 PM.** Los medio días se indicarán en nuestro calendario. Por favor, revise los horarios de llegada y salida a continuación.

Llegada: lunes a viernes	
7:30 AM Puertas Abren Desayuno en la cafetería	7:50 AM Maestros traen los estudiantes a la clase Los estudiantes que llegan después de las 8:00 AM estarán marcados tarde.

Salida	
lunes, martes, jueves, viernes	miércoles
3:20 - 3:30 PM	2:20 - 2:30 PM
Medio Días	
12:55 - 1:05 PM	



ELEMENTARY SCHOOL FAMILY CALENDAR

2025- 2026



SEPTEMBER 2025

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

- Sept. 1 – Labor Day, **School Closed**
- Sept. 19 – Back To School Night, ½ day for Students
- Sept. 29 – Professional Development Day, **1PM Dismissal**

FEBRUARY 2026

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
					6	7
1	2	3	4	5		
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28

- Feb 6 - Parent Teacher Conference, **No School for Students**
- Feb. 9 – Professional Development Day, **1PM Dismissal**
- Feb. 16-20 – Mid-Winter Break, **School Closed**

OCTOBER 2025

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30	31	

- Oct. 10-13 – Fall Break, Indigenous Peoples, **School Closed**
- Oct. 27 – Professional Development for Staff, **No School for Students**

MARCH 2026

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31				

- March 20 – Professional Development, **No School for students**

NOVEMBER 2025

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30						

- Nov. 11 – Veterans Day Observed, **School Closed**
- Nov. 21 – Parent Teacher Conference, **No School for Students**
- Nov. 26-28 – Thanksgiving Break, **School Closed**

APRIL 2026

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
			1	2	3	4
5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18
19	20	21	22	23	24	25
26	27	28	29	30		

- April 2-10 – Spring Break, **School Closed**
- April 22 – 5th Grade NYS Science Exam, **1PM Dismissal**
- April 24 - Parent Teacher Conference, **No School for Students**
- April 29-30 – NYS Science Exam, **1PM Dismissal**

DECEMBER 2025

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

- Dec. 23 – **1PM Dismissal**
- Dec. 24 - Jan. 5 – Winter Break, **School Closed**

MAY 2026

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
					1	2
3	4	5	6	7	8	9
10	11	12	13	14	15	16
17	18	19	20	21	22	23
24	25	26	27	28	29	30
31						

- May 6-7 – 5th Grade NYS Math Exam, **1PM Dismissal**
- May 8 – Professional Development for Staff, **No School for Students**
- May 22-25 – Memorial Break, **School Closed**

JANUARY 2026

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

- Jan 5. – Professional Development for Staff, **No School for Students**
- Jan. 19 – MLK Day, **School closed**

JUNE 2026

SUN	MON	TUE	WED	THU	FRI	SAT
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

- June 19 – Juneteenth Holiday – **School Closed**
- June 22 – 23 – **1PM Dismissal**

 	School closed
 	Half Days
 	Parent Teacher Conference
 	Exams

Kindergarten Supply List and Change of Clothes

2025-26



The following supplies will be provided by the school to each student:

- 6 pocket folders (including a daily communication folder)
- Book baggie (for bringing books home to read with family)
- Pencil box
- Sharpened pencils with erasers
- Crayola crayons (8-pack)
- Dry erase marker and eraser



STUDENT SUPPLIES TO PURCHASE (LABEL WITH YOUR CHILDS NAME)	REQUIRED CLASSROOM SUPPLIES	REQUIRED CHANGE OF CLOTHES
• 1 set of markers • Pack of Erasers • Glue sticks • Ruler • Backpack Child-sized reusable water bottle (not glass) Students will be able to refill their bottles at water coolers throughout the day	2 box of tissues Rolls of paper towels Lysol wipes Hand sanitizer Gallon size Ziplock Bags Quart size Ziplock Bags	Families <u>must</u> provide a change of clothes to be kept in the classroom in case of emergencies. Outfit (top and bottom), socks and underwear placed in a gallon-sized ziploc bag labeled with child's name <i>Any items of clothing that are used during the day must be replaced the next day.</i>

CLASS DUES: \$30 (DUE IN SEPTEMBER) GRADUATION DUES: \$25 (DUE IN MARCH)

Class dues cover the cost of essential items throughout the school year, including daily planner, grade-level t-shirts and other school- related activities and materials that support student engagement and school spirit. Field Trip costs are separate. The Kindergarten Graduation dues cover the cost of the cap and gown.

Kindergarten

Lista de Útiles y cambio de ropa

2025-26



Los siguientes útiles serán proporcionados por la escuela a cada estudiante:

- 6 carpetas con bolsillos (incluyendo una carpeta de comunicación diaria)
- Bolsa para libros (para llevar libros a casa y leer con la familia)
- Caja para lápices
- Lápices afilados con borradores
- Crayones Crayola (paquete de 8)
- Marcador de borrado en seco y borrador



ÚTILES ESTUDIANTILES REQUERIDOS (MARQUE EL NOMBRE DE SU HIJO)	ÚTILES DE LA AULA	CAMBIO DE ROPA
• 1 paquete de marcadores • Paquete de borradores • Barras de pegamento • Regla • Mochila Botella de agua reutilizable de tamaño infantil (que no sea de vidrio) Los estudiantes podrán rellenar sus botellas en los dispensadores de agua durante el día.	2 cajas de pañuelos desechables Rollos de papel absorbente Toallitas desinfectantes Lysol Desinfectante de manos Bolsas Ziploc de un galón Bolsas Ziploc de un cuarto de galón Marcadores de borrador en Seco con borrador	Las familias <u>deben proporcionar cambio de ropa para mantener en el aula en caso de emergencia.</u> La ropa (camiseta y pantalón), los calcetines y la ropa interior se colocan en una bolsa ziploc de un galón etiquetada con el nombre del niño. Cualquier prenda de ropa usada durante el día debe reemplazarse el día siguiente.

K PAGOS DE CLASE: \$30 (VENCIMIENTO EN OTOÑO)
PAGOS DE GRADUACIÓN: \$25 (VENCIMIENTO EN PRIMAVERA)

Estas cuotas cubren el costo de artículos esenciales durante el año escolar, incluyendo camisetas de cada grado y otras actividades y materiales escolares que fomentan la participación estudiantil y el espíritu escolar. Los costos de las excursiones son separados.

1st Grade Supply List and Change of Clothes 2025-26



The following supplies will be provided by the school to each student:

** Students are only permitted to carry drawstring backpacks between classes*

- 6 pocket folders (including a daily communication folder)
- Book baggie (for bringing books home to read with family)
- Pencil box
- Sharpened pencils with erasers
- Crayola crayons (8-pack)
- Dry erase marker and eraser



STUDENT SUPPLIES TO PURCHASE (LABEL WITH YOUR CHILDS NAME)	REQUIRED CLASSROOM SUPPLIES	REQUIRED CHANGE OF CLOTHES
• 1 set of markers • 1 set of colored pencils • Pack of Erasers • Glue sticks • Ruler • Backpack Child-sized reusable water bottle (not glass) Students will be able to refill their bottles at water coolers throughout the day	2 box of tissues Rolls of paper towels Lysol wipes Hand sanitizer Gallon size Ziplock Bags Quart size Ziplock Bags	Families <u>must</u> provide a change of clothes to be kept in the classroom in case of emergencies. Outfit (top and bottom), socks and underwear placed in a gallon-sized ziploc bag labeled with child's name <i>Any items of clothing that are used during the day must be replaced the next day.</i>

CLASS DUES: \$30 (DUE IN SEPTEMBER)

Class dues cover the cost of essential items throughout the school year, including daily planner, grade-level t-shirts and other school- related activities and materials that support student engagement and school spirit. Field Trip costs are separate.

Primer Grado

Lista de Útiles y cambio de ropa

2025-26



Los siguientes útiles serán proporcionados por la escuela a cada estudiante:

- 6 carpetas con bolsillos (incluyendo una carpeta de comunicación diaria)
- Bolsa para libros (para llevar libros a casa y leer con la familia)
- Caja para lápices
- Lápices afilados con borradores
- Crayones Crayola (paquete de 8)
- Marcador de borrado en seco y borrador



ÚTILES ESCOLARES QUE DEBEN COMPRAR (COLOQUE UNA ETIQUETA CON EL NOMBRE DE SU HIJO/A)	REQUIRED CLASSROOM SUPPLIES	CAMBIO DE ROPA
• 1 paquete de marcadores • 1 paquete de lápices de colores • Paquete de borradores • Barras de pegamento • Regla • Mochila Botella de agua reutilizable de tamaño infantil (que no sea de vidrio) Los estudiantes podrán rellenar sus botellas en los dispensadores de agua durante el día.	• 2 cajas de pañuelos desechables • Rollos de toallas de papel • Toallitas desinfectantes Lysol • Desinfectante para manos • Bolsas Ziploc tamaño galón • Bolsas Ziploc tamaño cuarto de galón	Las familias deben proporcionar un cambio de ropa que se guardará en el salón de clases en caso de emergencias. Un conjunto de ropa (camisa y pantalón), calcetines y ropa interior deben colocarse en una bolsa Ziploc de tamaño galón con una etiqueta con el nombre del niño/a. Cualquier prenda de vestir que se utilice durante el día debe ser reemplazada al día siguiente.

CUOTA DE CLASE: \$30 (SE DEBE PAGAR EN SEPTIEMBRE)

La cuota de clase cubre el costo de artículos esenciales durante todo el año escolar, incluyendo la agenda diaria, camisetas por nivel de grado y otras actividades y materiales escolares que apoyan la participación estudiantil y el espíritu escolar. El costo de los paseos escolares es aparte.

2nd Grade Supply List

2025-26



The following supplies will be provided by the school to each student:

- 6 pocket folders (including a daily communication folder)
- Book baggie (for bringing books home to read with family)
- Pencil box
- Sharpened pencils with erasers
- Crayola crayons (8-pack)
- Dry erase marker and eraser



MUST BUY	PLEASE CONTRIBUTE
• 1 set of markers • 1 set of colored pencils • Pack of Erasers • Glue sticks • Ruler • Backpack  Child-sized reusable water bottle (not glass) Students will be able to refill their bottles at water coolers throughout the day	2 box of tissues Rolls of paper towels Lysol wipes Hand sanitizer Gallon size Ziplock Bags Quart size Ziplock Bags

CLASS DUES: \$30 (DUE IN SEPTEMBER)

Class dues cover the cost of essential items throughout the school year, including daily planner, grade-level t-shirts and other school- related activities and materials that support student engagement and school spirit. Field Trip costs are separate.

2do Grado Lista de Útiles

2025-26



Los siguientes útiles serán proporcionados por la escuela a cada estudiante:

- 6 carpetas con bolsillos (incluyendo una carpeta de comunicación diaria)
- Bolsa para libros (para llevar libros a casa y leer con la familia)
- Caja para lápices
- Lápices afilados con borradores
- Crayones Crayola (paquete de 8)
- Marcador de borrado en seco y borrador



ÚTILES ESTUDIANTILES REQUERIDOS (POR FAVOR MARQUE CON EL NOMBRE DE SU HIJO)	POR FAVOR CONTRIBUYE
• 1 paquete de marcadores • 1 paquete de lápices de colores • Paquete de borradores • Barras de pegamento • Regla • Mochila  Botella de agua reutilizable tamaño infantil (no de vidrio) Los estudiantes podrán rellenar sus botellas en los enfriadores de agua durante el día.	• 2 cajas de pañuelos desechables • Rollos de toallas de papel • Toallitas Lysol • Desinfectante de manos • Bolsas Ziploc tamaño galón • Bolsas Ziploc tamaño cuarto
CUOTA DE CLASE: \$30 (SE DEBE PAGAR EN SEPTIEMBRE)	
Las cuotas de la clase cubren el costo de artículos esenciales durante todo el año escolar, incluyendo la agenda diaria, camisetas por nivel de grado y otras actividades y materiales escolares que apoyan la participación estudiantil y el espíritu escolar. Los costos de los paseos escolares son aparte.	

5th Grade Supply List

2025-26



The following supplies will be provided by the school to each student:

- 6 pocket folders (including a daily communication folder)
- Book baggie (for bringing books home to read with family)
- Pencil box
- Sharpened pencils with erasers
- Crayola crayons (8-pack)
- Dry erase marker and eraser



MUST BUY	PLEASE CONTRIBUTE
• (2) 8x11 Spiral Notebooks • (3) 2" Binder • 1 Pack of Binder Dividers • 1 set of markers • 1 set of colored pencils • Pack of Erasers • Glue sticks • Ruler • Backpack • Child-sized reusable water bottle (not glass) Students will be able to refill their bottles at water coolers throughout the day	• 2 box of tissues • Rolls of paper towels • Lysol wipes • Hand sanitizer • Gallon size Ziplock Bags • Quart size Ziplock Bags

CLASS DUES: \$30 (DUE IN SEPTEMBER) GRADUATION DUES: \$25 (DUE IN MARCH)

Class dues cover the cost of essential items throughout the school year, including daily planner, grade-level t-shirts and other school- related activities and materials that support student engagement and school spirit. \$25 will cover Graduation cost. Field Trip costs are separate.

5to Grado Lista de Útiles

2025-26



Los siguientes útiles serán proporcionados por la escuela a cada estudiante:

- 6 carpetas con bolsillos (incluyendo una carpeta de comunicación diaria)
- Bolsa para libros (para llevar libros a casa y leer con la familia)
- Caja para lápices
- Lápices afilados con borradores
- Crayones Crayola (paquete de 8)
- Marcador de borrado en seco y borrador



ÚTILES OBLIGATORIOS	POR FAVOR CONTRIBUYA
• 2) Cuadernos espirales de 8x11 • (3) Carpeta de 2 pulgadas • 1 paquete de separadores para carpeta • 1 paquete de marcadores • 1 paquete de lápices de colores • Paquete de borradores • Barras de pegamento • Regla • Mochila • Botella de agua reutilizable tamaño infantil (no de vidrio) Los estudiantes podrán rellenar sus botellas en los enfriadores de agua durante el día.	• 2 cajas de pañuelos desechables • Rollos de toallas de papel • Toallitas Lysol • Desinfectante de manos • Bolsas Ziploc tamaño galón • Bolsas Ziploc tamaño cuarto

K PAGOS DE CLASE: \$30 (VENCIMIENTO EN OTOÑO)
PAGOS DE GRADUACIÓN: \$25 (VENCIMIENTO EN PRIMAVERA)

Las cuotas de la clase cubren el costo de artículos esenciales durante todo el año escolar, incluyendo la agenda diaria, camisetas por nivel de grado y otras actividades y materiales escolares que apoyan la participación estudiantil y el espíritu escolar. Los \$25 cubrirán el costo de la graduación. Los costos de los paseos escolares son aparte.

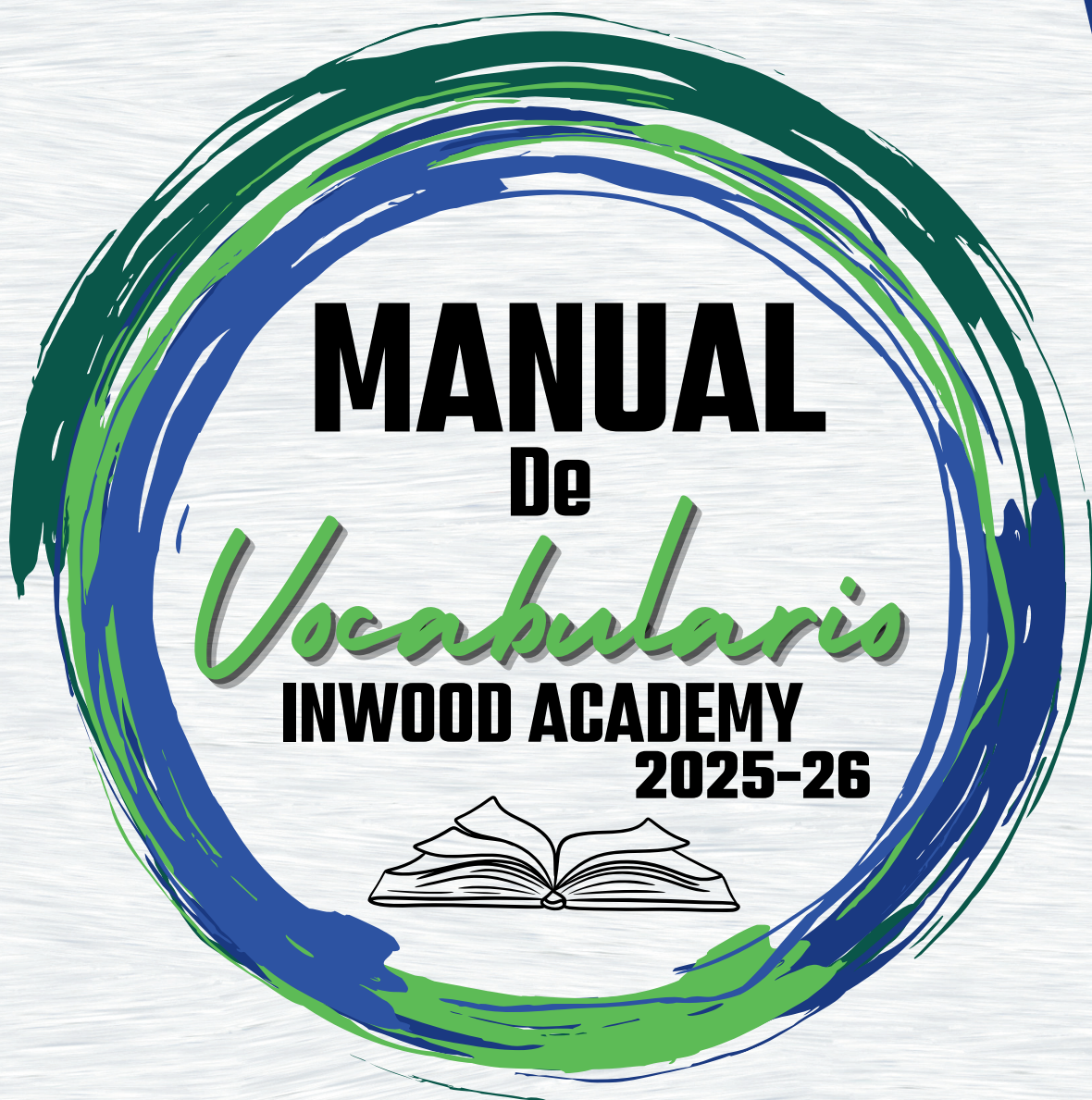
INWOOD ACADEMY
Vocabulary
HANDBOOK
2025-26



Literacy is a cornerstone of success, and we are dedicated to empowering our students with strong language skills. Our Vocabulary Handbook is designed to be a valuable resource for parents to support their child's learning journey.



**SCAN THE QR CODE TO
ACCESS THE HANDBOOK:**



La alfabetización es una piedra angular del éxito, y estamos dedicados a empoderar a nuestros estudiantes con sólidas habilidades lingüísticas. Nuestro Manual de Vocabulario está diseñado para ser un recurso valioso para que los padres apoyen el viaje de aprendizaje de sus hijos.



**ESCANEE EL CÓDIGO QR PARA
ACCEDER AL MANUAL:**

FACE Welcome Letter

Dear Inwood Academy for Leadership Family,

Welcome to the IAL community! We are excited to partner with you to support your student's success. **The Family and Community Engagement (FACE)** office offers resources and training to help your child transition smoothly from grade to grade.

We recognize your crucial role in your child's success and are committed to supporting your leadership growth. Your involvement is key to fostering students' academic and socio-emotional development.

We encourage you to get involved—whether by attending K-12 events, joining the Family Council, or participating in the Title I committee. The more you engage, the richer the experience will be for your entire family.

We look forward to a great year at IAL and appreciate your commitment to your student's success.

Don't miss our **Family and Community Engagement Conference on August 14!** Meet our leadership team, connect with other parents, and gain valuable resources to set you and your student up for success this year.

We can't wait to see you there and work together throughout the year!



Tatiana Mahoney
FACE Director



Lourdes Heredia-Faust
Administrative Coordinator

Carta de Bienvenida de **FACE**

Querida Familia de Inwood Academy for Leadership,

¡Bienvenidos a la comunidad de IAL! Estamos emocionados de asociarnos con ustedes para apoyar el éxito de su estudiante. **La oficina de Compromiso Familiar y Comunitario (FACE)** ofrece recursos y capacitaciones para ayudar a su hijo a hacer una transición exitosa de un grado a otro.

Reconocemos el papel crucial que desempeñan en el éxito de sus hijos y estamos comprometidos a apoyar su desarrollo como líderes. Su participación es clave para fomentar el crecimiento académico y socioemocional de los estudiantes.

Los animamos a involucrarse—ya sea asistiendo a eventos de Kinder al último grado de secundaria, uniéndose al Concejo de Familias o participando en el comité de Título I. Cuanto más se involucren, más rica será la experiencia para toda la familia.

Esperamos un gran año en IAL y agradecemos su compromiso con el éxito de su estudiante.

¡No se pierdan nuestra Conferencia de Participación Familiar y Comunitaria el 14 de agosto! Conozcan a nuestro equipo de liderazgo, conecten con otros padres y obtengan valiosos recursos para iniciar el año con éxito.

¡Esperamos verlos allí y trabajar juntos a lo largo del año!



Tatiana Mahoney
FACE Director



Lourdes Heredia-Faust
Administrative Coordinator

2025 FAMILY & COMMUNITY ENGAGEMENT CONFERENCE



EXPLORE, LEARN, & PREPARE FOR THE NEW SCHOOL YEAR!

Our School Leaders will share how to empower yourself and support your child's educational journey

AUGUST 14, 2025

8:30AM - 12:00PM



- Learn about resources through federal funding (Title I).
- How to navigate our new parent portal.
- Get uniform support.
- Connect with our Family Council and more .

[Click here to RSVP](#)



**Inwood
Academy**
For Leadership

2025 CONFERENCIA DE PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA



EXPLORE, APRENDA Y PREPÁRESE PARA EL NUEVO AÑO ESCOLAR

Nuestros líderes escolares compartirán cómo empoderarse y apoyar el camino educativo de su hijo.

14 DE AGOSTO 2025

8:30AM - 12 PM



- Explore los recursos disponibles a través de fondos federales (Título I).
- Descubra cómo utilizar nuestro nuevo portal para padres.
- Reciba apoyo para el uniforme escolar.
- Conéctese activamente con nuestro Consejo Familiar y mucho más

[Haga clic aquí para reservar](#)





Greetings Parents and Guardians of Inwood Academy Students,

We are extremely excited to begin the 2025-2026 school year. Athletics at Inwood Academy are set to begin in the fall. We wanted to share some important details in regards to athletic participation.

For athletic updates and information use the athletics website and download the athletics app. All upcoming tryout dates will be available on the website or app. Follow our instagram page @ial_athletics

- www.inwoodblazers.com
- [App for Apple devices](#)
- [App for Android devices](#)

Athletic Participation Requirement:

- Register for each sport on Finalforms (<https://inwoodacademy-ny.finalforms.com/>)
- Medical Form enclosed is the only form we accept for athletic participation a.
This form must be stamped and signed by physician
b. This form must be uploaded to your Finalforms account
- Account must be fully green to be approved for participation on a sports team

Sincerely,

Department of Athletics
E-mail: inwoodathletics@ialcs.org



Saludos padres y tutores de los estudiantes de Inwood Academy,

Estamos muy emocionados de comenzar el año escolar 2025-2026. El atletismo en Inwood Academy comenzará en otoño. Queríamos compartir algunos detalles importantes con respecto a la participación deportiva.

Para obtener información y actualizaciones deportivas, utilice el sitio web de atletismo y descargue la aplicación de atletismo. Todas las próximas fechas de prueba estarán disponibles en el sitio web o la aplicación. Sigue nuestra página de instagram @ial_athletics

- www.inwoodblazers.com
- [App for Apple devices](#)
- [App for Android devices](#)

Requisito de participación atlética:

- Regístrese para cada deporte en Finalforms
 - (<https://inwoodacademy-ny.finalforms.com/>)
- El formulario médico adjunto es el único formulario que aceptamos para la participación deportiva.
 - Este formulario debe estar sellado y firmado por un médico.
 - Este formulario debe cargarse en su cuenta de Finalforms
- La cuenta debe estar completamente verde para que se le apruebe la participación en un equipo deportivo.

Atentamente,

Departamento de Atletismo

Correo electrónico: inwoodathletics@ialcs.org



RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION & SPORTS

To be completed by student's health care provider or school medical provider

Last Name		First Name		OSIS#	Grade
School/Campus/ATSDBN					
☐ CLEARED FOR ALL SPORTS WITHOUT RESTRICTION					
☐ NOT CLEARED		Duration: _____			
☐ NOT CLEARED PENDING FURTHER EVALUATION		Duration: _____			
☐ CLEARED FOR ALL SPORTS WITHOUT RESTRICTION WITH RECOMMENDATIONS FOR FURTHER EVALUATION OR TREATMENT FOR: _____					
☐ CLEARED WITH RESTRICTIONS/ADAPTATIONS/ACCOMMODATIONS Duration: _____					
☐ NO CONTACT SPORTS: includes basketball, competitive cheerleading, diving, field hockey, football (tackle), gymnastics, ice hockey, lacrosse, rugby, soccer, stunt, wrestling		☐ NO LIMITED CONTACT SPORTS: includes baseball, cross-country skiing, fencing, flag football, handball, high jump, ice skating, pole vault, skiing, softball, volleyball		☐ NO NON-CONTACT SPORTS: includes archery, badminton, bowling, cricket, discus, double dutch, golf, javelin, race walking, rifle, shot-put, swimming, table tennis, tennis, track & field	
☐ OTHER RESTRICTIONS _____					
ACCOMMODATIONS/PROTECTIVE EQUIPMENT					
☐ None ☐ Athletic Cup ☐ Sports/Safety Goggles ☐ Medical/Prosthetic Device ☐ Pacemaker ☐ Insulin Pump/Insulin Sensor					
☐ Brace/Orthotic ☐ Hearing Aides ☐ Protective Ear Gear ☐ Other _____					
☐ PERTINENT MEDICAL HISTORY _____					
☐ ALLERGIES _____ ☐ None					
MEDICATIONS					
☐ Has prescribed pre-exercise medication _____					
☐ Has prescribed PRN medication _____					
☐ Student is Self-Carry/Self-Administer, unless in an emergency or student is incapable of self-administration					
Explanation _____					
☐ OTHER RECOMMENDATIONS _____					
I have examined the above named student and completed the pre-participation physical examination. The athlete may/may not participate in the sport(s) as outlined above. A copy of the physical exam will be provided to the school medical room staff and can be made available to the school administration at the request of the parents. This form may be rescinded: by a medical provider if there are any changes in the student's health that could affect his/her safe participation in sports, and/or until the potential consequences of the health issue are explained to both the student and his/her parents, and the health issue has been resolved. All information and recommendations contained herein are valid through the last day of the month for 12 months from the date below.					
Name of medical provider (print/type)			Title		License/NPI
Address			Medical Provider's Stamp		
Phone	Fax	Email			
Signature of medical provider		Date			

[illegible]

Child's Last Name		First Name		Middle Name		Sex ☐ Female ☐ Male		Date of Birth (Month/Day/Year) ____/____/____	
Child's Address				Hispanic/Latino? ☐ Yes ☐ No		Race (Check ALL that apply) ☐ American Indian ☐ Asian ☐ Black ☐ White ☐ Native Hawaiian/Pacific Islander ☐ Other _____			
City/Borough		State	Zip Code	School/Center/Camp Name			District Number ____	Phone Numbers Home _____ Cell _____ Work _____	
Health insurance ☐ Yes (including Medicaid)? ☐ No	☐ Parent/Guardian ☐ Foster Parent	Last Name		First Name		Email			

Birth history (age 0-6 yrs) ☐ Uncomplicated ☐ Premature: _____ weeks gestation ☐ Complicated by _____ Allergies ☐ None ☐ Epi pen prescribed ☐ Drugs (list) _____ ☐ Foods (list) _____ ☐ Other (list) _____ Attach MAF if in-school medications needed	Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following? <table border="0"> <tr> <td>☐ Asthma (<i>check severity and attach MAF</i>): If persistent, check all current medication(s): Asthma Control Status</td> <td> ☐ Intermittent ☐ Quick Relief Medication ☐ Well-controlled ☐ Mild Persistent ☐ Inhaled Corticosteroid ☐ Poorly Controlled or Not Controlled </td> </tr> <tr> <td> ☐ Anaphylaxis ☐ Behavioral/mental health disorder ☐ Congenital or acquired heart disorder ☐ Developmental/learning problem ☐ Diabetes (<i>attach MAF</i>) ☐ Orthopedic injury/disability </td> <td> ☐ Seizure disorder ☐ Speech, hearing, or visual impairment ☐ Tuberculosis (<i>latent infection or disease</i>) ☐ Hospitalization ☐ Surgery ☐ Other (specify) _____ ☐ Addendum attached. </td> </tr> </table> Explain all checked items above.	☐ Asthma (<i>check severity and attach MAF</i>): If persistent, check all current medication(s): Asthma Control Status	☐ Intermittent ☐ Quick Relief Medication ☐ Well-controlled ☐ Mild Persistent ☐ Inhaled Corticosteroid ☐ Poorly Controlled or Not Controlled	☐ Anaphylaxis ☐ Behavioral/mental health disorder ☐ Congenital or acquired heart disorder ☐ Developmental/learning problem ☐ Diabetes (<i>attach MAF</i>) ☐ Orthopedic injury/disability	☐ Seizure disorder ☐ Speech, hearing, or visual impairment ☐ Tuberculosis (<i>latent infection or disease</i>) ☐ Hospitalization ☐ Surgery ☐ Other (specify) _____ ☐ Addendum attached.	Medications (<i>attach MAF if in-school medication needed</i>) ☐ None ☐ Yes (<i>list below</i>) _____ _____ _____ _____
☐ Asthma (<i>check severity and attach MAF</i>): If persistent, check all current medication(s): Asthma Control Status	☐ Intermittent ☐ Quick Relief Medication ☐ Well-controlled ☐ Mild Persistent ☐ Inhaled Corticosteroid ☐ Poorly Controlled or Not Controlled					
☐ Anaphylaxis ☐ Behavioral/mental health disorder ☐ Congenital or acquired heart disorder ☐ Developmental/learning problem ☐ Diabetes (<i>attach MAF</i>) ☐ Orthopedic injury/disability	☐ Seizure disorder ☐ Speech, hearing, or visual impairment ☐ Tuberculosis (<i>latent infection or disease</i>) ☐ Hospitalization ☐ Surgery ☐ Other (specify) _____ ☐ Addendum attached.					

PHYSICAL EXAM		Date of Exam: / /		General Appearance:					
Height	_____ cm	(____ %ile)			☐ Physical Exam WNL				
Weight	_____ kg	(____ %ile)	<i>NI Abnl</i>		<i>NI Abnl</i>		<i>NI Abnl</i>		
BMI	_____ kg/m ²	(____ %ile)	☐ Psychosocial Development		☐ HEENT		☐ Lymph nodes		
Head Circumference (<i>age ≤2 yrs</i>)	_____ cm	(____ %ile)	☐ Language		☐ Dental		☐ Abdomen		
			☐ Behavioral		☐ Neck		☐ Genitourinary		
					☐ Cardiovascular		☐ Skin		
							☐ Neurological		
							☐ Back/spine		
Blood Pressure (<i>age ≥3 yrs</i>) _____ / _____				Describe abnormalities:					

DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs)		Nutrition		Hearing		Date Done	Results
Validated Screening Tool Used? _____ Date Screened ____/____/____ ☐ Yes ☐ No		< 1 year ☐ Breastfed ☐ Formula ☐ Both ≥ 1 year ☐ Well-balanced ☐ Needs guidance ☐ Counseled ☐ Referred Dietary Restrictions ☐ None ☐ Yes (<i>list below</i>)		< 4 years: gross hearing OAE ≥ 4 yrs: pure tone audiometry		____/____/____ ____/____/____ ____/____/____	☐ NI ☐ Abnl ☐ Referred ☐ NI ☐ Abnl ☐ Referred ☐ NI ☐ Abnl ☐ Referred
Screening Results: ☐ WNL ☐ Delay or Concern Suspected/Confirmed (specify area(s) below): ☐ Cognitive/Problem Solving ☐ Adaptive/Self-Help ☐ Communication/Language ☐ Gross Motor/Fine Motor ☐ Social-Emotional or Personal-Social ☐ Other Area of Concern: _____		SCREENING TESTS		Date Done	Results		
		Blood Lead Level (BLL) (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk)		____/____/____	_____ µg/dL		
		Lead Risk Assessment (at each well child exam, age 6 mo-6 yrs)		____/____/____	☐ At risk (do BLL) ☐ Not at risk		
		Child Care Only					
		Hemoglobin or Hematocrit		____/____/____	_____ g/dL _____ %		
Child Receives EI/CPSE/CSE services ☐ Yes ☐ No							
				Vision		Date Done	Results
				<3 years: Vision appears: Acuity (required for new entrants and children age 3-7 years)		____/____/____ ____/____/____	☐ NI ☐ Abnl Right _____/ Left _____/ ☐ Unable to test
				Screened with Glasses? Strabismus?		☐ Yes ☐ No ☐ Yes ☐ No	
				Dental			
				Visible Tooth Decay Urgent need for dental referral (<i>pain, swelling, infection</i>) Dental Visit within the past 12 months		☐ Yes ☐ No ☐ Yes ☐ No ☐ Yes ☐ No	

Child receives LIP or SDCCL Services						☐ Yes ☐ No										Physician Confirmed History of Varicella Infection ☐				Report only positive immunity:			
CIR Number																							
IMMUNIZATIONS – DATES																				IgG Titers		Date	
DTP/DTaP/DT	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Tdap	___/___/___	___/___/___	Hepatitis B	___/___/___												
Td	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	MMR	___/___/___	___/___/___	Measles	___/___/___													
Polio	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Varicella	___/___/___	___/___/___	Mumps	___/___/___													
Hep B	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Mening ACWY	___/___/___	___/___/___	Rubella	___/___/___													
Hib	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Hep A	___/___/___	___/___/___	Varicella	___/___/___													
PCV	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Rotavirus	___/___/___	___/___/___	Polio 1	___/___/___													
Influenza	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Mening B	___/___/___	___/___/___	Polio 2	___/___/___													
HPV	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	___/___/___	Other _____	___/___/___	___/___/___	Polio 3	___/___/___													

ASSESSMENT	☐ Well Child (Z00.129)	☐ Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code	RECOMMENDATIONS	☐ Full physical activity
				☐ Restrictions (specify)	
				Follow-up Needed	☐ No ☐ Yes, for _____ Appt. date: ____/____/____
				Referral(s):	☐ None ☐ Early Intervention ☐ IEP ☐ Dental ☐ Vision
				☐ Other	

Health Care Practitioner Signature		Date Form Completed ____ / ____ / ____	DOHMH ONLY PRACTITIONER I.D. <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
Health Care Practitioner Name and Degree (print)		Practitioner License No. and State											
Facility Name		National Provider Identifier (NPI)	TYPE OF EXAM: ☐ NAE Current ☐ NAE Prior Year(s) Comments:										
Address		City	State										
		Zip	Date Reviewed: ____ / ____ / ____ I.D. NUMBER <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
Telephone		Fax	REVIEWER: FORM ID# <table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>										
		Email											

2025-26 School Year

New York State Immunization Requirements

for School Entrance/Attendance¹

NOTES:

All children must be age-appropriately immunized to attend school in New York State. The number of doses depends on the schedule recommended by the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Intervals between doses of vaccine must be in accordance with the “[ACIP-Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule](#).” Doses received before the minimum age or intervals shown on the schedule are not valid and do not count toward the number of doses listed below. See footnotes for specific information for each vaccine. Children who are enrolling in gradeless classes must meet the immunization requirements of the grades for which they are age equivalent.

Dose requirements **MUST** be read with the footnotes of this schedule

Vaccines	Pre-Kindergarten (Day Care, Head Start, Nursery or Pre-K)	Kindergarten and Grades 1, 2, 3, 4 and 5	Grades 6, 7, 8, 9, 10 and 11	Grade 12
Diphtheria and Tetanus toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine (DTaP/DTP/Tdap/Td) ²	4 doses	5 doses or 4 doses if the 4th dose was received at 4 years or older and the series was started at less than 1 year of age or 3 doses if 7 years or older and the series was started at 1 year or older	3 doses	
Tetanus and Diphtheria toxoid-containing vaccine and Pertussis vaccine adolescent booster (Tdap) ³	Not applicable		1 dose given after age 10 years	
Polio vaccine (IPV/OPV) ⁴	3 doses	4 doses or 3 doses if the 3rd dose was received at 4 years or older		
Measles, Mumps and Rubella vaccine (MMR) ⁵	1 dose	2 doses		
Hepatitis B vaccine ⁶	3 doses	3 doses or 2 doses of adult hepatitis B vaccine (Recombivax) for children who received the doses at least 4 months apart and between the ages of 11 years through 15 years		
Varicella (Chickenpox) vaccine ⁷	1 dose	2 doses		
Meningococcal conjugate vaccine (MenACWY) ⁸	Not applicable		Grades 7, 8, 9, 10 and 11: 1 dose	Grade 12: 2 doses or 1 dose if the dose was received at 16 years or older
Haemophilus influenzae type b conjugate vaccine (Hib) ⁹	1 to 4 doses	Not applicable		
Pneumococcal Conjugate vaccine (PCV) ¹⁰	1 to 4 doses	Not applicable		

1. Demonstrated serologic evidence of measles, mumps or rubella antibodies or laboratory confirmation of these diseases is acceptable proof of immunity to these diseases. Serologic tests for polio are acceptable proof of immunity only if the test was performed before September 1, 2019, and all three serotypes were positive. A positive blood test for hepatitis B surface antibody is acceptable proof of immunity to hepatitis B. Demonstrated serologic evidence of varicella antibodies, laboratory confirmation of varicella disease or diagnosis by a physician, physician assistant or nurse practitioner that a child has had varicella disease is acceptable proof of immunity to varicella.

*Serological titers are never accepted for tetanus, diphtheria, pertussis, meningococcal, haemophilus influenzae type b, and pneumococcal diseases.

2. Diphtheria and tetanus toxoids and acellular pertussis (DTaP) vaccine. (Minimum age: 6 weeks)

a. Children starting the series on time should receive a 5-dose series of DTaP vaccine at 2 months, 4 months, 6 months, 15 through 18 months and at 4 years or older. The fourth dose may be received as early as age 12 months, provided at least 6 months have elapsed since the third dose. However, the fourth dose of DTaP need not be repeated if it was administered at least 4 months after the third dose of DTaP. The final dose in the series must be received on or after the fourth birthday and at least 6 months after the previous dose.

b. If the fourth dose of DTaP was administered at 4 years or older, and at least 6 months after dose 3, the fifth (booster) dose of DTaP vaccine is not required.

c. Children 7 years and older who are not fully immunized with the childhood DTaP vaccine series should receive Tdap vaccine as the first dose in the catch-up series; if additional doses are needed, use Td or Tdap vaccine. If the first dose was received before their first birthday, then 4 doses are required, as long as the final dose was received at 4 years or older. If the first dose was received on or after the first birthday, then 3 doses are required, as long as the final dose was received at 4 years or older.

d. [For further information, refer to the the CDC Catch-Up Guidance for Children 4 Months through 6 Years of Age.](#)

e. [For further information, refer to the the CDC Catch-Up Guidance for Children 7 through 9 Years of Age.](#)

3. Tetanus and diphtheria toxoids and acellular pertussis (Tdap) adolescent booster vaccine. (Minimum age for grades 6 through 11: 10 years; minimum age for grade 12: 7 years).

a. Students 11 years or older entering grades 6 through 12 are required to have one dose of Tdap.

b. In addition to the grade 6 through 12 requirement, Tdap may also be given as part of the catch-up series for students 7 years of age and older who are not fully immunized with the childhood DTaP series, as described above. In school year 2025-26, only doses of Tdap given at age 10 years or older will satisfy the Tdap requirement for students in grades 6 through 11; however, doses of Tdap given at age 7 years or older will satisfy the requirement for students in grade 12.

c. Students who are 10 years old in grade 6 and who have not yet received a Tdap vaccine are in compliance until they turn 11 years old.

d. [For further information, refer to the CDC Catch-Up Guidance for Children 10 through 18 Years of Age.](#)

4. Inactivated polio vaccine (IPV) or oral polio vaccine (OPV). (Minimum age: 6 weeks)

a. Children starting the series on time should receive a series of IPV at 2 months, 4 months, 6 through 18 months, and at 4 years or older. The final dose in the series must be received on or after the fourth birthday and at least 6 months after the previous dose.

b. For students who received their fourth dose before age 4 and prior to August 7, 2010, 4 doses that are each separated by at least 4 weeks is sufficient.

c. If the third dose of polio vaccine was received at 4 years or older and at least 6 months after the previous dose, the fourth dose of polio vaccine is not required.

d. For children with a record of OPV, only trivalent OPV (tOPV) counts toward New York State school polio vaccine requirements. Doses of OPV given before April 1, 2016, should be counted unless specifically noted as monovalent, bivalent or as given during a poliovirus immunization campaign. Doses of OPV given on or after April 1, 2016, must not be counted.

e. [For further information, refer to the CDC Catch-Up Guidance for Children 4 Months through 17 Years of Age.](#)

5. Measles, mumps, and rubella (MMR) vaccine. (Minimum age: 12 months)

a. The first dose of MMR vaccine must have been received on or after the first birthday. The second dose must have been received at least 28 days (4 weeks) after the first dose to be considered valid.

b. Measles: One dose is required for pre-kindergarten. Two doses are required for grades kindergarten through 12.

c. Mumps: One dose is required for pre-kindergarten. Two doses are required for grades kindergarten through 12.

d. Rubella: At least one dose is required for all grades (pre-kindergarten through 12).

6. Hepatitis B vaccine

a. Dose 1 may be given at birth or anytime thereafter. Dose 2 must be given at least 4 weeks (28 days) after dose 1. Dose 3 must be at least 8 weeks after dose 2 AND at least 16 weeks after dose 1 AND no earlier than age 24 weeks (when 4 doses are given, substitute “dose 4” for “dose 3” in these calculations).

b. Two doses of adult hepatitis B vaccine (Recombivax) received at least 4 months apart at age 11 through 15 years will meet the requirement.

7. Varicella (chickenpox) vaccine. (Minimum age: 12 months)

a. The first dose of varicella vaccine must have been received on or after the first birthday. The second dose must have been received at least 28 days (4 weeks) after the first dose to be considered valid.

b. For children younger than 13 years, the recommended minimum interval between doses is 3 months (if the second dose was administered at least 4 weeks after the first dose, it can be accepted as valid); for persons 13 years and older, the minimum interval between doses is 4 weeks.

8. Meningococcal conjugate ACWY vaccine (MenACWY). (Minimum age for grades 7 through 12: 10 years).

a. One dose of meningococcal conjugate vaccine is required for students entering grades 7, 8, 9, 10 and 11.

b. For students in grade 12, if the first dose of meningococcal conjugate vaccine was received at 16 years or older, the second (booster) dose is not required.

c. The second dose must have been received at 16 years or older. The minimum interval between doses is 8 weeks.

9. Haemophilus influenzae type b (Hib) conjugate vaccine. (Minimum age: 6 weeks)

a. Children starting the series on time should receive Hib vaccine at 2 months, 4 months, 6 months and at 12 through 15 months. Children older than 15 months must get caught up according to the ACIP catch-up schedule. The final dose must be received on or after 12 months.

b. If 2 doses of vaccine were received before age 12 months, only 3 doses are required with dose 3 at 12 through 15 months and at least 8 weeks after dose 2.

c. If dose 1 was received at age 12 through 14 months, only 2 doses are required with dose 2 at least 8 weeks after dose 1.

d. If dose 1 was received at 15 months or older, only 1 dose is required.

e. Hib vaccine is not required for children 5 years or older.

f. [For further information, refer to the CDC Catch-Up Guidance for Healthy Children 4 Months through 4 Years of Age.](#)

10. Pneumococcal conjugate vaccine (PCV). (Minimum age: 6 weeks)

a. Children starting the series on time should receive PCV vaccine at 2 months, 4 months, 6 months and at 12 through 15 months*. Children older than 15 months must get caught up according to the ACIP catch-up schedule. The final dose must be received on or after 12 months.

b. Unvaccinated children ages 7 through 11 months are required to receive 2 doses, at least 4 weeks apart, followed by a third dose at 12 through 15 months.

c. Unvaccinated children ages 12 through 23 months are required to receive 2 doses of vaccine at least 8 weeks apart.

d. If one dose of vaccine was received at 24 months or older, no further doses are required.

e. PCV is not required for children 5 years or older.

f. [For further information, refer to the CDC Catch-Up Guidance for Healthy Children 4 Months through 4 Years of Age.](#)
- *Depending on vaccine brand, schedule may change.
- 2370
- For further information, contact:

New York State Department of Health
Division of Vaccine Excellence
Room 649, Corning Tower ESP
Albany, NY 12237
(518) 473-4437

New York City Department of Health and Mental Hygiene
School Compliance Unit, Bureau of Immunization
42-09 28th Street, 5th floor
Long Island City, NY 11101
(347) 396-2433

New York State Department of Health/Division of Vaccine Excellence
health.ny.gov/immunization
- 05/25

Año escolar 2025-2026

Requisitos de vacunación del Estado de Nueva York para el ingreso o la asistencia a las escuelas¹

NOTAS:
Todos los niños deben estar vacunados de acuerdo a su edad a fin de asistir a las escuelas en el Estado de Nueva York. La cantidad de dosis depende del calendario recomendado por el Comité Asesor de Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunación deben ser acordes al [“Calendario de vacunación para niños y adolescentes recomendado por el ACIP” \(ACIP-Recommended Child and Adolescent Immunization Schedule\)](#). Las dosis que se administren antes de la edad mínima o antes de los intervalos estipulados en el calendario no se consideran válidas y, como tales, no forman parte de la cantidad de dosis descrita a continuación. Vea las notas al pie para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se encuentran inscritos en clases sin grado deben cumplir con los requisitos de vacunación de los grados a los que deberían asistir según su edad.

Los requisitos de las dosis se DEBEN leer junto con las notas al pie de este calendario.

Vacunas	Prekínder (cuidado para niños, Head Start, guardería o prekínder)	Kínder y grados de primero a quinto	Grados de sexto a onceavo	12.º grado
Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTPa/DTP/Tdap/Td) ²	4 dosis	5 dosis o 4 dosis si la 4.º dosis se administró a los 4 años o más y si la serie se comenzó a administrar con menos de 1 año o 3 dosis si se administró a los 7 años o más y si la serie se comenzó con 1 año o más	3 dosis	
Vacuna con tetánico y toxoide diftérico y vacuna de refuerzo contra la tos ferina para adolescentes (Tdap) ³	No corresponde		1 dosis se administra después de los 10 años	
Vacuna contra la poliomielitis (IPV/OPV) ⁴	3 dosis	4 dosis o 3 dosis si la 3.º dosis se administró a los 4 años o más		
Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR) ⁵	1 dosis	2 dosis		
Vacuna contra la hepatitis B ⁶	3 dosis	3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para los niños que recibieron las dosis con un intervalo de al menos 4 meses, y entre los 11 y 15 años		
Vacuna contra la varicela ⁷	1 dosis	2 dosis		
Vacuna antimeningocócica conjugada tetravalente (ACWY) ⁸	No corresponde		Grados de séptimo a onceavo: 1 dosis	12.º grado: 2 dosis o 1 dosis si la dosis se administró a los 16 años o más
Vacuna contra Haemophilus influenzae tipo b conjugada (Hib) ⁹	1 a 4 dosis	No corresponde		
Vacuna contra el neumococo conjugada (PCV) ¹⁰	1 a 4 dosis	No corresponde		

1. Las pruebas de serología que demuestren la presencia de anticuerpos contra el sarampión, las paperas o la rubéola o la confirmación de laboratorio de estas enfermedades es prueba aceptable para constatar la inmunidad ante estas enfermedades. Las pruebas de serología para la poliomielitis son pruebas aceptables para constatar la inmunidad si la prueba se realizó antes del 1.º de septiembre de 2019 y los resultados de los tres serotipos fueron positivos. Un análisis de sangre positivo de los anticuerpos de superficie de la hepatitis B es prueba aceptable de que se tiene inmunidad ante la hepatitis B. Las pruebas de serología que demuestran la presencia de anticuerpos contra la varicela, la confirmación de laboratorio de esta enfermedad o el diagnóstico que detalle que un niño ha tenido varicela por parte de un médico, auxiliar médico o personal de enfermería especializado es prueba aceptable para constatar la inmunidad ante la varicela.
- * Nunca se aceptan títulos de serología para el tétanos, la difteria, la tos ferina, el meningococo, el haemophilus influenzae de tipo b y las enfermedades neumocócicas.
2. Vacuna contra los toxoides diftérico y tetánico y la tos ferina acelular (DTPa). (Edad mínima: 6 semanas)
- a. Los niños a los que les comience a administrar la serie a tiempo deberían recibir una serie de 5 dosis de la vacuna contra la DTPa a los 2 meses, a los 4 meses, a los 6 meses, entre los 15 y los 18 meses, y a los 4 años o más. La cuarta dosis se debe administrar a partir de los 12 meses, siempre y cuando hayan transcurrido al menos 6 meses desde la tercera dosis. Sin embargo, no es necesario repetir la cuarta dosis de la DTPa si se administró al menos 4 meses después de la tercera dosis de la DTPa. La dosis final de la serie se debe administrar en la fecha en la que el niño cumple 4 años o después y al menos 6 meses después de recibir la dosis anterior.
- b. Si la cuarta dosis de la DTPa se administró a los 4 años o más y al menos 6 meses después de la tercera dosis, no es necesario aplicar la quinta dosis (refuerzo) de la vacuna contra la DTPa.
- c. Los niños de 7 años o más que no se encuentren vacunados por completo con la serie de vacunas contra la DTPa para infantes deben recibir la vacuna contra la Tdap como la primera dosis de la serie de actualización; si se debe aplicar dosis adicionales, utilice la vacuna de Td o de Tdap. Si la primera dosis se administró antes de cumplir 1 año, entonces se deben aplicar 4 dosis, siempre y cuando la dosis final se haya aplicado a los 4 años o más. Si la primera dosis se administró en la fecha en la que el niño cumple 1 año o después, entonces se debe aplicar 3 dosis, siempre y cuando la dosis final se haya aplicado a los 4 años o más.
- d. [Para obtener más información, consulte la Guía de actualización de los CDC para niños de 4 meses hasta 6 años.](#)
- e. [Para obtener más información, consulte la Guía de actualización de los CDC para niños de 7 hasta 9 años.](#)
3. Vacuna de refuerzo contra los toxoides tetánico y diftérico y la tos ferina acelular para adolescentes (Tdap). (Edad mínima para grados de sexto a onceavo: 10 años; edad mínima para 12.º grado: 7 años).
- a. Los estudiantes de 11 años o más que ingresen a los grados de sexto a doceavo deben tener una dosis de Tdap aplicada.
- b. Además del requisito que se debe cumplir para los grados de sexto a doceavo, también se debe administrar la vacuna de Tdap como parte de la serie de actualización para los estudiantes de 7 años y más que no hayan sido vacunados por completo con la serie de DTPa para infantes, según se detalla más arriba. Durante el año lectivo 2025-2026, únicamente las dosis de Tdap administradas a los 10 años o más cumplirán con el requisito de la Tdap para los estudiantes que se encuentren en los grados de sexto a onceavo. Sin embargo, las dosis de Tdap que se administren a los 7 años o más cumplirán con el requisito para los estudiantes que se encuentren en 12.º grado.
- c. Los estudiantes de 10 años que estén en 6.º grado y que aún no han recibido la vacuna de Tdap cumplen con los requisitos hasta que cumplan los 11 años.
- d. [Para obtener más información, consulte la Guía de actualización de los CDC para niños de 10 hasta 18 años.](#)
4. Vacuna contra el virus inactivado de la poliomielitis (IPV) o vacuna oral contra la poliomielitis (OPV). (Edad mínima: 6 semanas)
- a. Los niños a los que les comience a administrar la serie a tiempo deberían recibir una serie de la vacuna de IPV a los 2 meses, a los 4 meses, entre los 6 y los 18 meses y a los 4 años o más. La dosis final de la serie se debe administrar en la fecha en la que el niño cumple 4 años o después y al menos 6 meses después de recibir la dosis anterior.
- b. Para los estudiantes que hayan recibido su cuarta dosis antes de los 4 años y antes del 7 de agosto de 2010 es suficiente la aplicación de 4 dosis con un intervalo de al menos 4 semanas entre ellas.
- c. Si la tercera dosis de la vacuna contra la polio se administró a los 4 años o más y al menos 6 meses después de aplicarse la dosis anterior, no es necesario aplicar la cuarta dosis de la vacuna contra la polio.
- d. Los estudiantes que tienen un registro de OPV, solo la OPV trivalente (tOPV) se tiene en cuenta para los requisitos de vacunación contra la polio en las escuelas del Estado de Nueva York. Se deben contar las dosis de OPV que se administraron antes del 1.º de abril de 2016, a menos que se indique específicamente que son monovalentes, bivalentes o que se hayan aplicado durante una campaña de vacunación contra el poliovirus. No se debe tener en cuenta las dosis de OPV que se hayan administrado el 1.º de abril de 2016 o después.
- e. [Para obtener más información, consulte la Guía de actualización de los CDC para niños de 4 meses hasta 17 años.](#)
5. Vacuna contra el sarampión, las paperas y la rubéola (SPR). (Edad mínima: 12 meses)
- a. La primera dosis de la vacuna contra el SPR se debe administrar en la fecha en la que el niño cumple 1 año o después. La segunda dosis se debió haber administrado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis para que se la considere válida.
- b. Sarampión: Se requiere una dosis para prekínder. Se requieren dos dosis para kínder hasta 12.º grado.
- c. Paperas: Se requiere una dosis para prekínder. Se requieren dos dosis para kínder hasta 12.º grado.
- d. Rubéola: Se requiere al menos una dosis para todos los grados (prekínder hasta 12.º grado).
6. Vacuna contra la hepatitis B
- a. Es posible que se administre la dosis 1 en la fecha de nacimiento o en cualquier otro momento después de esa fecha. Se debe administrar la dosis 2 al menos 4 semanas (28 días) antes de la dosis 1. La dosis 3 se debe aplicar al menos 8 semanas después de la dosis 2 y al menos 16 semanas después de recibir la dosis 1 y no antes de cumplir 24 meses (cuando se administran 4 dosis, reemplace la "dosis 4" por la "dosis 3" en estos cálculos).
- b. Cumplirán con los requisitos las dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) que se apliquen con un intervalo de al menos 4 meses a los 11 años hasta los 15 años.
7. Vacuna contra la varicela. (Edad mínima: 12 meses)
- a. La primera dosis de la vacuna contra la varicela se debe administrar en la fecha en la que el niño cumple 1 año o después. La segunda dosis se debió haber administrado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis para que se la considere válida.
- b. Para los niños menores de 13 años, el intervalo mínimo entre las dosis que se recomienda es de 3 meses (si la segunda dosis se administró al menos 4 semanas después de la primera dosis, se puede aceptar como válida); para las personas de 13 años o más, el intervalo mínimo entre las dosis es de 4 semanas.
8. Vacuna antimeningocócica conjugada tetravalente (ACWY) (Edad mínima para 7.º grado hasta 12.º grado: 10 años).
- a. Se requiere una dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada para los estudiantes que ingresen a los grados de séptimo a onceavo.
- b. Para los estudiantes de 12.º grado, si se les administró la primera dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada a los 16 años o más, no es necesario aplicar la segunda dosis (refuerzo).
- c. La aplicación de la segunda dosis está prevista a los 16 años o más. El intervalo mínimo entre las dosis es de 8 semanas.
9. Vacuna contra Haemophilus influenzae tipo b conjugada (Hib). (Edad mínima: 6 semanas)
- a. Los niños a los que les comience a administrar la serie a tiempo deberían recibir la vacuna de Hib a los 2 meses, a los 4 meses, a los 6 meses y entre los 12 y los 15 meses. A los niños mayores de 15 meses se les debe aplicar una actualización, según el calendario de actualización del ACIP. La dosis final se debe administrar a los 12 meses o después.
- b. Si se aplicaron 2 dosis antes de cumplir 12 meses, únicamente se deben administrar 3 dosis con la dosis 3 al menos a los 12 meses hasta los 15 meses y al menos 8 semanas después de recibir la dosis 2.
- c. Si se aplicó la dosis 1 a los 12 meses hasta los 14 meses, únicamente se deben administrar 2 dosis con la dosis 2 al menos 8 semanas después de recibir la dosis 1.
- d. Si se aplicó la dosis 1 a los 15 meses o más, únicamente se debe administrar una dosis.
- e. No es necesario aplicar la vacuna de Hib en niños de 5 años o más.
- f. [Para obtener más información, consulte la Guía de actualización de los CDC para niños saludables de 4 meses hasta 4 años.](#)
10. Vacuna contra el neumococo conjugada (PCV). (Edad mínima: 6 semanas)
- a. Los niños a los que les comience a administrar la serie a tiempo deberían recibir la vacuna contra el PCV a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y 12 meses hasta los 15 meses. * A los niños mayores de 15 meses se les debe aplicar una actualización, según el calendario de actualización del ACIP. La dosis final se debe administrar a los 12 meses o después.
- b. Los niños que no hayan sido vacunados desde los 7 hasta los 11 meses deben recibir 2 dosis, con un intervalo de al menos 4 semanas, y luego se les debe aplicar la tercera dosis desde los 12 hasta los 15 meses.
- c. Los niños que no hayan sido vacunados desde los 12 hasta los 23 meses deben recibir 2 dosis de la vacuna con un intervalo de al menos 8 semanas.
- d. Si una dosis de la vacuna se aplicó a los 24 meses o más, no se requiere aplicar más dosis.
- e. No es necesario aplicar la vacuna de PCV en niños de 5 años o más.

* Según la marca de la vacuna, el calendario puede cambiar.

Para obtener más información, comuníquese con:

**New York State Department of Health
Division of Vaccine Excellence
Room 649, Corning Tower ESP
Albany, NY 12237
(518) 473-4437**

**New York City Department of Health and Mental Hygiene
School Compliance Unit, Bureau of Immunization
42-09 28th Street, 5th floor
Long Island City, NY 11101
(347) 396-2433**

Departamento de Salud del Estado de Nueva York
(New York State Department of Health)/
División de excelencia en vacunación
(Division of Vaccine Excellence)
health.ny.gov/immunization

Date Withdrew _____

F _____ R _____ D _____

2025-2026 Application for Free and Reduced-Price School Meals/Milk

Schools are required to establish free and reduced-price eligibility while offering meals at no-charge. Please complete the free and reduced-price meals application for your child(ren), then sign and **return it to the address listed below**. Call **(phone number)**, if you need help. Additional names may be listed on a separate paper.

Return Completed Applications to: (School Name)
(Street Name)
(City, State, Zip Code)

1. List all children in your household who attend school:

Student Name	School	Grade/Teacher	Foster Child	Homeless Migrant, Runaway
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

2. SNAP/TANF/FDPIR Benefits:

If anyone in your household receives either SNAP, TANF or FDPIR benefits, list their name and CASE # here. **Skip to Part 4 and sign the application.**

Name: _____ CASE #: _____

3. Report all income for ALL Household Members (Skip this step if you completed step 2)

All Household Members (including yourself and all children that have income).

List all Household members not listed in Step 1 (including yourself) **even if they do not receive income**. For each Household Member listed, if they do receive income, report total income for each source in whole dollars only. If they do not receive income from any other source, write '0'. If you enter '0' or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Name of household member	Earnings from work before deductions <i>Amount / How Often</i>	Child Support, Alimony <i>Amount / How Often</i>	Pensions, Retirement Payments <i>Amount / How Often</i>	Other Income, Social Security <i>Amount / How Often</i>	No Income
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐

Total Household Members (Children and Adults)

*Last Four Digits of Social Security Number: XXX-XX-__ __ __ __

I do not have a SS# ☐

*When completing section 3, an adult household member must provide the last four digits of their Social Security Number (SS#) or mark the "I do not have a SS# box" before the application can be approved.

4. Signature: An adult household member must sign this application before it can be approved.

I certify (promise) that all the information on this application is true and that all income is reported. I understand that the information is being given so the school will get federal funds; the school officials may verify the information and if I purposely give false information, I may be prosecuted under applicable State and federal laws, and my children may lose meal benefits.

Signature: _____ Date: _____

Email Address: _____

Home Phone: _____ Work Phone: _____ Home Address: _____

5. Ethnicity and Race are optional; responding to this section does not affect your children's eligibility for free or reduced price meals.

Ethnicity: ☐ Hispanic or Latino ☐ Not Hispanic or Latino

Race (Check one or more): ☐ American Indian or Alaskan Native ☐ Asian ☐ Black or African American ☐ Native Hawaiian or Other Pacific Island ☐ White

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – FOR SCHOOL USE ONLY

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)

Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

☐ SNAP/TANF/Foster

☐ Income Household: Total Household Income/How Often: _____ / _____ Household Size: _____

☐ Free Meals ☐ Reduced Price Meals ☐ Denied/Paid

Signature of Reviewing Official _____ Date Notice Sent: _____

APPLICATION INSTRUCTIONS

To apply for free and reduced-price eligibility, complete only one application for your household using the instructions below. Sign the application and return the application to _____. If you have a foster child in your household, you may include them on your application. A separate application is not needed. Call the school if you need help: _____. Ensure that all information is provided. Failure to do so may result in denial of benefits for your child or unnecessary delay in approving your application.

PART 1 ALL HOUSEHOLDS MUST COMPLETE STUDENT INFORMATION. DO NOT FILL OUT MORE THAN ONE APPLICATION FOR YOUR HOUSEHOLD.

- (1) Print the names of the children, including foster children, for whom you are applying on one application.
- (2) List their grade and school.
- (3) Check the box to indicate a foster child living in your household, or if you believe any child meets the description for homeless, migrant, runaway (a school staff will confirm this eligibility).

PART 2 HOUSEHOLDS GETTING SNAP, TANF OR FDIPIR SHOULD COMPLETE PART 2 AND SIGN PART 4.

- (1) List a current SNAP, TANF or FDIPIR (Food Distribution Program on Indian Reservations) case number of anyone living in your household. The case number is provided on your benefit letter.
- (2) An adult household member must sign the application in PART 4. SKIP PART 3. Do not list names of household members or income if you list a SNAP case number, TANF or FDIPIR number.

PART 3 ALL OTHER HOUSEHOLDS MUST COMPLETE THESE PARTS AND ALL OF PART 4.

- (1) Write the names of everyone in your household, whether or not they get income. Include yourself, the children you are applying for, all other children, your spouse, grandparents, and other related and unrelated people **in your household**. Use another piece of paper if you need more space.
- (2) Write the amount of current income each household member receives, before taxes or anything else is taken out, and indicate where it came from, such as earnings, welfare, pensions and other income. If the current income was more or less than usual, write that person's usual income. **Specify how often this income amount is received: weekly, every other week (bi-weekly), 2 x per month, monthly. If no income, check the box.** The value of any child care provided or arranged, or any amount received as payment for such child care or reimbursement for costs incurred for such care under the Child Care and Development Block Grant, TANF and At Risk Child Care Programs should **not** be considered as income for this program.
- (3) Enter the total number of household members in the box provided. This number should include all adults and children in the household and should reflect the members listed in PART 1 and PART 3.
- (4) The application must include the last four digits only of the social security number of the adult who signs **PART 4** if Part 3 is completed. If the adult does not have a social security number, check the box. **If you listed a SNAP, TANF or FDIPIR number, a social security number is not needed.**
- (5) **An adult household member must sign the application in PART 4.**

OTHER BENEFITS: Your child may be eligible for benefits such as Medicaid or Children's Health Insurance Program (CHIP). To determine if your child is eligible, program officials need information from your free and reduced price meal application. Your written consent is required before any information may be released. Please refer to the attached parent Disclosure Letter and Consent Statement for information about other benefits.

USE OF INFORMATION STATEMENT

Use of Information Statement: The Richard B. Russell National School Lunch Act requires the information on this application. You do not have to give the information, but if you do not submit all needed information, we cannot approve your child for free or reduced price meals. You must include the last four digits of the social security number of the primary wage earner or other adult household member who signs the application. The social security number is not required when you apply on behalf of a foster child or you list a Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Temporary Assistance for Needy Families (TANF) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) case number or other FDIPIR identifier for your child or when you indicate that the adult household member signing the application does not have a social security number. We will use your information to determine if your child is eligible for free or reduced price meals, and for administration and enforcement of the lunch and breakfast programs.

We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them evaluate, fund, or determine benefits for their programs, auditors for program reviews, and law enforcement officials to help them look into violations of program rules.

DISCRIMINATION COMPLAINTS

In accordance with federal civil rights law and USDA civil rights regulations and policies, the USDA, its agencies, offices, employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity, in any program or activity conducted or funded by USDA (not all bases apply to all programs). Remedies and complaint filing deadlines vary by program or incident.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.) should contact the state or local agency that administers the program or contact USDA through the Telecommunications Relay Service at 711 (voice and TTY). Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program discrimination complaint, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, AD-3027, found online at How to File a Program Discrimination Complaint and at any USDA office or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

1. **mail:**
U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW, Mail Stop 9410
Washington, D.C. 20250-9410; or
2. **fax:**
(202) 690-7442; or
3. **email:**
program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

FREE AND REDUCED PRICE MEAL APPLICATION FACT SHEET

When filling out the application form, please pay careful attention to these helpful hints.

SNAP/TANF/FDPIR case number: This must be the complete valid case number supplied to you by the agency including all numbers and letters, for example, E123456, or whatever combination is used in your county. Refer to a letter you received from your local Department of Social Services for your case number or contact them for your number.

Foster Child: A child who is living with a family but who is under the legal care of the welfare agency or court may be listed on your family application. List the child's "personal use" income. This includes only those funds provided by the agency which are identified for the personal use of the child, such as personal spending allowances, money received by his/her family, or from a job. Funds provided for housing, food and care, medical, and therapeutic needs are not considered income to the foster child. Write "0" if the child has no personal use income.

Household: A group of related or non-related people who are living in one house and share income and expenses.

Adult Family Members: All related and non-related people who are 21 years of age and older living in your house.

Financially Independent: A person is financially independent and a separate economic unit/household when his or her earnings and expenses are not shared by the family/household. Separate economic units in the same residence are characterized by prorating expenses and by economic independence from one another.

Current Gross Income: Money earned or received at the present time by each member of your household before deductions. Examples of deductions are federal tax, State tax, and Social Security deductions. If you have more than one job, you must list the income from all jobs. If you receive income from more than one source (wage, alimony, child support, etc.), you must list the income from all sources. Only farmers, self-employed workers, migrant workers, and other seasonal employees may use their income for the past 12 months reported from their 1040 Tax Forms.

Examples of gross income are:

- Wages, salaries, tips, commissions, or income from self-employment
- Net farm income – gross sales minus expenses only – not losses
- Pensions, annuities, or other retirement income including Social Security retirement benefits
- Unemployment compensation
- Welfare payments (does not include value of SNAP)
- Public Assistance payments
- Adoption assistance
- Supplemental Security Income (SSI) or Social Security Survivor's Benefits
- Alimony or child support payments
- Disability benefits, including workman's compensation
- Veteran's subsistence benefits
- Interest or dividend income
- Cash withdrawn from savings, investments, trusts, and other resources which would be available to pay for a child's meals
- Other cash income

Income Exclusions: The value of any child care provided or arranged, or any amount received as payment for such child care or reimbursement for costs incurred for such care under the Child Care Development (Block Grant) Fund should not be considered as income for this program.

If you have any questions or need help in filling out the application form, please contact:

Name: _____ Title: _____

Telephone Number: _____

Modelo de solicitud de comidas escolares sin costo y a precio reducido para hogares

PRESENTE SU SOLICITUD EN LÍNEA:

Complete una solicitud por hogar. Use bolígrafo (no use lápiz).

PASO 1

Enumere a TODOS los niño/as, bebés y estudiantes de hasta 12º grado. Adjunte otra hoja si necesita espacio para más nombres.

Enumere a TODOS los niño/as del hogar. No olvide mencionar a los bebés, los niño/as que asisten a otras escuelas, los niño/as que no asisten a la escuela y los niño/as que no solicitan beneficios. Esto incluye a los niño/as que no tienen parentesco con usted y viven en su hogar.

El primer nombre del niño/a

Marque todas las opciones que correspondan.		transparencia	
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐
☐	☐	☐	☐

PASO 2

¿Algún miembro del hogar (incluido usted) participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés), o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDPIR, por sus siglas en inglés)?

☐ **NO** → Continúe al PASO 3. ☐ **SÍ** → Escriba el número de caso aquí y continúe al PASO 4.

NÚMERO DE CASO (NO EL NÚMERO DE TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS [EBT, por sus siglas en inglés]):
Escriba solo un número de caso en este espacio.

PASO 3

Enumere a TODOS los miembros del hogar y los ingresos de cada uno de ellos (antes de impuestos y deducciones)

A. Todos los miembros adultos del hogar (cualquier persona, aunque no sea pariente, que viva con usted y comparta ingresos y gastos, incluyendo usted mismo). Enumere a todos los miembros adultos del hogar que no se hayan mencionado en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Para cada miembro del hogar que se haya enumerado, sí recibe ingresos, indique los ingresos brutos totales (antes de impuestos y deducciones) de cada fuente únicamente en cantidades redondeadas (sin centavos). Si no recibe ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, certifica (garantiza) que no hay ingresos que declarar.

[illegible]

Total de miembros del hogar (niño/as y adultos)

Cuatro últimos dígitos del Número de Seguro Social de la persona que tenga el cargo principal

Marque si no tiene número de Seguro Social

☐

Social de la persona que tenga el salario principal u otro miembro adulto del hogar (si corresponde)

B. Ingresos de los niño/as

A veces los niño/as del hogar obtienen o reciben ingresos. Incluya aquí los ingresos TOTALES

(antes de impuestos y deducciones) recibidos por TODOS los niño/as que se hayan enumerado en el PASO 1.

	Semanalmente	Cada 2 semanas	2 veces al mes	Mensualmente	Anualmente
1	☐	☐	☐	☐	☐

¿Con qué frecuencia se reciben?

Consulte la lista de las fuentes de ingresos al reverso de la solicitud.

PASO 4

DEVUELVA EL FORMULARIO COMPLETADO A LA ESCUELA DE SU NIÑO/A: Escriba aquí la dirección de la escuela

"Certifico (garantizo) que toda la información que aparece en esta solicitud es verdadera y que se declararon todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con la recepción de fondos federales y que los funcionarios de la escuela pueden verificar (confirmar) la información. Soy consciente de que si proporciono información falsa intencionalmente, mis niño/as pueden perder los beneficios de comidas y se me podría procesar de acuerdo con las leyes estatales y federales aplicables."

Nombre en letra de imprenta del adulto que firma el formulario		Firma del adulto		Fecha de hoy	
Dirección postal (si está disponible)		Ciudad		Estado	
		Código postal		Teléfono (opcional)	
				Correo electrónico (opcional)	

Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.

FUENTES Y EJEMPLOS DE INGRESOS

Para obtener información adicional sobre ingresos, consulte las instrucciones que acompañan esta solicitud.

Fuentes de ingresos		
Ingresos del trabajo	Asistencia pública/manutención/pensión alimenticia	Pensiones/jubilación/todas las demás fuentes de ingresos
- suelos, salarios, bonos en efectivo, propinas, comisiones - Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (agrícola o empresarial) Si forma parte de las Fuerzas Armadas de EE. UU.: - pago básico y bonos en efectivo (NO incluya pago por combate, asignación familiar suplementaria de subsistencia [FSSA, por sus siglas en inglés] ni subsidios para vivienda privada) - subsidios para alojamiento fuera de la base, comida y vestimenta	- beneficios por desempleo - compensación para los trabajadores - Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) - asistencia en efectivo del estado o el gobierno local - pagos de manutención - pagos de pensión alimenticia - beneficios para veteranos - beneficios por huelga	- seguridad social, discapacidad (incluidos los beneficios de jubilación de los empleados ferroviarios y beneficios de los mineros de carbón) - pensiones privadas o beneficios por discapacidad - ingresos procedentes de fideicomisos o herencias - anualidades - ingresos por inversiones - intereses devengados - ingresos por arrendamiento - pagos regulares en efectivo provenientes de fuentes externas

Ejemplos de ingresos de los niño/as
- Un niño/a tiene un empleo regular de tiempo completo o medio tiempo en el que gana un sueldo o salario. - Un niño/a es ciego o discapacitado, y recibe beneficios del Seguro Social. - El padre o la madre tiene una discapacidad, se jubiló o falleció, y su niño/a recibe beneficios del Seguro Social. - Un amigo o un miembro de la familia extendida proporciona dinero al niño/a regularmente para sus gastos. - Un niño/a recibe regularmente ingresos de un fondo de pensión privado, anualidad o fideicomiso.

OPCIONAL

Identidades étnicas y raciales de los niño/as. Esta información es confidencial y es posible que esté protegida por la Ley de Privacidad de 1974.

Estamos obligados a pedir información sobre la raza y el origen étnico de sus niño/as. Esta información es importante y ayuda a garantizar que sirvamos plenamente a nuestra comunidad. Responder esta sección es opcional y no afecta la elegibilidad de sus niño/as para recibir comidas sin costo o a precio reducido.

Origen étnico (marque una opción):

☐ Hispano o latino (una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza)

☐ Ni hispano ni latino

Raza (marque una o más opciones):

☐ Indígena americano o nativo de Alaska

☐ Asiático

☐ Negro o afroamericano

☐ Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico

☐ Blanco

Devuelva este formulario completado a la escuela de su niño/a. *No envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes completadas a la Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU.

NO LLENAR

Solo para uso de la escuela.

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24, Monthly x 12. Do not annualize income to determine eligibility unless more than one income frequency is listed.

Total Income

How often?

Weekly

Every 2 Weeks

2xMonth

Monthly

Annual

☐

☐

☐

☐

☐

Categorical Eligibility

☐

Federal Income Eligibility

Free

Reduced

Denied

☐

☐

☐

If Federal Denied: Eligible for NJIE?

Yes

No

☐

☐

☐

Determining Official's Signature

Date

Verifying Official's Signature

Date

Declaración sobre el uso de la información

La Ley Nacional de Almuerzos Escolares Richard B. Russell exige que utilicemos la información de esta solicitud para determinar qué personas reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo o a precio reducido. Solo podemos aprobar formularios completos. Es posible que compartamos su información de elegibilidad con programas educativos, de salud y de nutrición para ayudarles a proporcionar los beneficios del programa para su hogar. Los inspectores y las fuerzas del orden público también pueden usar su información para asegurarse de que se cumplan las reglas del programa.

Asegúrese de proporcionar los cuatro últimos dígitos del número de Seguro Social del adulto del hogar que firma la solicitud. Si el adulto no tiene este número, seleccione la caja al lado de "Marque si no tiene número de Seguro Social". Las solicitudes para un niño/a de acogida temporal no necesitan incluir un número de Seguro Social. Las solicitudes para los niño/as de hogares que reciben el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en las Reservas Indígenas (FDIR) no necesitan incluir un número de Seguro Social. Algunos niño/as reúnen los requisitos para recibir comidas sin costo sin necesidad de presentar una solicitud. Comuníquese con su escuela para recibir comidas sin costo para un *foster child* y para niño/as sin hogar, migrante o que huyó del hogar.

*Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442, o
Correo electrónico: program.intake@usda.gov

***No envíe solicitudes a esta dirección; solo quejas por discriminación.**

Devuelva el formulario completado a la escuela de su niño/a.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.