

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

175 N. Central Avenue, Suite 100, Valley Stream, Nueva York 11580

Oficina del Superintendente (516)434-3600, x 5222

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

Bienvenido al Distrito Escolar Valley Stream #30!

Esperamos tener la oportunidad de brindarle a su hijo una educación de calidad.

Antes de la admisión de su hijo a la escuela, los padres/tutores deben proporcionar información según lo exige la Ley de Educación del Estado de Nueva York y la política de la Junta de Educación del Distrito Treinta de Valley Stream.

Esta información incluye lo siguiente:

- **comprobante de nacimiento** ▪ **comprobante de vacunación** ▪ **comprobante de residencia**
- **comprobante de examen físico reciente** ▪ **comprobante de relación parental**

Todas estas pruebas no son necesarias si no tiene hogar.

Consulte la página 4, que es el Cuestionario de residencia estudiantil (formulario McKinney-Vento).

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Los requisitos específicos para cada uno de los elementos mencionados anteriormente se incluyen en esta solicitud de registro.

Todos los documentos requeridos deben presentarse y revisarse antes de que un estudiante pueda inscribirse en la escuela.

Los niños que cumplan cinco (5) años el 1 de diciembre o antes son elegibles para el jardín de infantes en el mes de septiembre anterior.

Para los estudiantes que ingresan desde otros sistemas escolares, la ubicación se determina según los registros escolares anteriores y/o la evaluación del Distrito Treinta.

Padre/tutor: complete y firme:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección de casa: _____ Marque uno: ☐ Hombre ☐ Mujer

(ingresando) Grado: _____ (ingresando) Escuela: _____ Año escolar: _____ - _____

Certifico que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdaderas.

Padre / Tutor (Por favor imprima)

Padre / Tutor (Firma)

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Para que se revise su solicitud de registro, se deben completar y enviar satisfactoriamente los siguientes elementos:

1. Sección A: Prueba de nacimiento/Prueba de parentesco
Sección B: Prueba de residencia para residentes actuales
Sección C: Prueba de vacunación
Sección D: Prueba de examen físico
2. Formulario de información de la familia residente
3. Solicitud firmada (portada de la solicitud de registro).

RESIDENCIA

La Sección 3202(1) de la Ley de Educación establece que “[una] persona mayor de cinco años y menor de veintiún años que aún no haya recibido un diploma de escuela secundaria tiene derecho a asistir a las escuelas públicas mantenidas en el distrito en el que dicha persona reside sin el pago de la matrícula”.

Residencia en este contexto significa domicilio permanente, a diferencia de una residencia temporal. Si bien una persona puede tener muchas residencias, es posible que tenga un solo domicilio.

Se presume que la residencia legal del distrito escolar de un estudiante, es decir, su domicilio, es la de sus padres o tutor legal.

Si un estudiante no vive con uno de sus padres o tutor legal, pero no ha renunciado al control de sus padres, su residencia legal aún puede considerarse como la de su padre o tutor. La determinación de la residencia de un estudiante que no vive con un padre o tutor se hará de forma individual, de acuerdo con los hechos particulares del caso.

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

Fecha: _____

Para: ☐ Director - Escuela Clear Stream Avenue
☐ Director - Escuela Forest Road
☐ Director - Escuela Shaw Avenue

Yo, _____, por la presente certifico que soy el padre y/o
(Nombre del padre/tutor - Imprimir)

tutor legal de _____ y que el único tutor legal
(Nombre del niño - Letra de imprenta)

La residencia de mi hijo y la mía se encuentra en la siguiente dirección:

Valley Stream, Nueva York 1158__

Entiendo que cualquier tergiversación de residencia legal, con el fin de inscribir a un niño en un distrito escolar público, puede conllevar sanciones asociadas con perjurio, además de ser responsable del pago de los cargos de matrícula al Distrito Escolar Treinta de Valley Stream hasta la fecha de la inscripción "falsa".

Firma del Padre / Tutor

Suscrito y jurado el día ____ de
_____ de 20__.

Notario público

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

CUESTIONARIO DE RESIDENCIA PARA ESTUDIANTES (McKinney-Vento)

(Entrando) Escuela: _____

Nombre del estudiante _____
Último Primero Medio

Fecha de nacimiento: Mes / Día / Año Grado: Género: Masculino Femenino

Dirección particular: _____

Teléfono del padre/tutor: _____ Correo electrónico del padre/tutor: _____

La respuesta que usted dé a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios usted o su hijo puede recibir bajo la Ley McKinney-Vento.

Los estudiantes protegidos por la Ley McKinney-Vento tienen derecho a inscripción inmediata en la escuela incluso si no tienen los documentos que normalmente se necesitan, como prueba de residencia, registros escolares, registros de vacunas o certificado de nacimiento.

Los estudiantes protegidos por la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

¿Dónde vive actualmente el estudiante? (Por favor marque una casilla)

- ☐ En un refugio
- ☐ Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de vivienda o como resultado de dificultades económicas (a veces denominado "doble-up")
- ☐ En un hotel/motel
- ☐ En un automóvil, parque, autobús, tren o campamento
- ☐ Otra vivienda temporal situación (por favor describa): _____
- ☐ En una vivienda permanente

Tenga en cuenta que presentar un registro falso o falsificar registros es un delito según la Sección 37.10 del Código Penal, y la inscripción del niño con documentos falsos somete a la persona a responsabilidad por la matrícula u otros costos.

Sec. TEC. 25.002(3)(d).

Nombre en letra de imprenta del padre, tutor o estudiante Firma del padre, tutor o estudiante (para jóvenes no acompañados) (para jóvenes no acompañados)

Solo para uso de oficina: ☐ copia enviada al enlace de McKinney-Vento (si el estudiante no se encuentra en una vivienda permanente) a mvlialson@vs30.org

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

SECCIÓN A: PRUEBA DE NACIMIENTO

El nombre del estudiante _____

Por favor proporcione UNO (1) de los siguientes documentos:

☐ **Acta de Nacimiento** ■ **Nombre del niño como está escrito en el acta de nacimiento:**

Apellido *Nombre de pila* *Segundo nombre*

■ **Fecha de nacimiento:** _____ / _____ / _____
Mes *Día* *Año*

☐ **Pasaporte** ■ **Nombre del niño como está escrito en el pasaporte:**

Apellido *Nombre de pila* *Segundo nombre*

■ **Fecha de nacimiento:** _____ / _____ / _____
Mes *Día* *Año*

☐ **Documento del Tribunal o Departamento de Servicios Sociales (DSS-2999)**

■ _____

Apellido *Nombre de pila* *Segundo nombre*

■ **Fecha de nacimiento:** _____ / _____ / _____
Mes *Día* *Año*

☐ **Otro** _____

(Cualquier documento original será fotocopiado y devuelto al solicitante).

PARA USO DEL VALLEY STREAM #30

SECCIÓN A REVISADA POR: _____

PRUEBA PROPORCIONADA

- ☐ Certificado de nacimiento ☐ Pasaporte
☐ Documento judicial/DDS ☐ Otro

COPIA ADJUNTA A LA SOLICITUD ☐ Sí ☐ No

SECCIÓN A APROBADA/DESAPROBADA POR: *Fecha / inicial*

- ☐ Secretaria de la escuela
☐ Director del edificio
☐ Director de servicios especiales
☐ Otros

COMENTARIOS: _____

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

PRUEBA DE RELACIÓN PARENTAL

El nombre del estudiante _____

Todos los solicitantes deben proporcionar UNA (1) forma de prueba de la relación entre padres/tutores de la siguiente lista:

- ☐ Identificación con fotografía del padre/tutor (por ejemplo, pasaporte, licencia)
- ☐ Documentos judiciales debidamente ejecutados y certificados que indiquen la tutela legal junto con una identificación con fotografía del tutor legal.
- ☐ Certificado de bautismo que indique los nombres de los padres/tutores junto con una identificación con fotografía del padre/tutor
- ☐ Documentos judiciales debidamente ejecutados y certificados junto con una identificación con fotografía del padre/tutor adoptivo
- ☐ Documentos de custodia junto con una identificación con fotografía del custodio designado por el tribunal.
- ☐ Otra documentación que el Oficial de Residencia del Distrito Treinta considere suficiente para establecer una relación de paternidad/custodia

PARA USO DEL VALLEY STREAM #30

SECCIÓN A REVISADA POR: _____

PRUEBA PROPORCIONADA

1. _____

2. _____

COPIA ADJUNTA A LA SOLICITUD ☐ SI ☐ No

SECCIÓN A APROBADA/DESAPROBADA POR: _____ Fecha / inicial

☐ Secretaria de la escuela _____

☐ Director del edificio _____

☐ Director de servicios especiales _____

☐ Otros _____

COMENTARIOS: _____

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

SECCIÓN B: PRUEBA DE RESIDENCIA

INFORMACIÓN DE REGISTRO

Al completar el paquete, déjelo en su casa/escuela zonal:

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
Valley Stream, Nueva York
11580 (516) 434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Forest Road Valley
Stream, Nueva York
11581 (516) 434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Shaw Avenue Valley
Stream, NY 11580 (516)
434-3700

****Los estudiantes que ingresan a sexto grado deben presentar comprobante de vacuna contra la varicela o comprobante de enfermedad firmado y sellado por un médico. ****

Nota: La escuela se reserva el derecho de retrasar temporalmente la finalización de esta inscripción en espera de la evaluación de los hechos presentados en cualquier parte de esta solicitud.

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA O PERSONA, QUE PROPORCIONE INFORMACIÓN FALSA intencionalmente SOBRE LA RESIDENCIA, ESTARÁ SUJETA A SANCIONES PENALES. UNA DECLARACIÓN FALSA SOBRE LA RESIDENCIA O EL DERECHO A UNA EDUCACIÓN GRATUITA DEL DISTRITO SE PENSA COMO UN DEMENOR MENOR DE CLASE A. ADEMÁS, SI SE DETERMINA QUE EL HIJO DE UN REGISTRANTE RESIDE FUERA DEL DISTRITO, EL DISTRITO PUEDE TOMAR ACCIONES LEGALES PARA COBRAR LOS CARGOS DE MATRÍCULA SI EL ESTUDIANTE NO TIENE DERECHO LEGALMENTE A RECIBIR UNA EDUCACIÓN GRATUITA DEL DISTRITO. EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE INVESTIGAR LA RESIDENCIA DE CUALQUIER ESTUDIANTE POR CUALQUIER MEDIO LEGAL DISPONIBLE, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A, REGISTROS PÚBLICOS, VISITAS AL SITIO Y OTROS MÉTODOS LEGALES DE INVESTIGACIÓN.

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

Estudiante: Apellido, Nombre

Grado

Dirección

Escolar al que asiste

Año

COMENTARIOS:

PRUEBA DE RESIDENCIA REQUERIDA PARA EL REGISTRO

Si el padre/tutor es **PROPIETARIO DE CASA**, el padre/tutor debe proporcionar

TRES (3) elementos de la siguiente lista:

- | | |
|---|--|
| ☐ Proyecto de ley PSE&G | ☐ Factura telefónica |
| ☐ Proyecto de ley de red nacional | ☐ Póliza de seguro de automóvil |
| ☐ Proyecto de ley de agua | ☐ Extracto bancario |
| ☐ Proyecto de ley de televisión por cable/satélite | ☐ Talón de pago |
| ☐ Otra factura de servicios públicos _____ | |

Si el padre/tutor **ALQUILA**, el padre/tutor debe proporcionar los elementos que se enumeran a continuación:

- ☐ Declaración Jurada del Propietario, ☐ Jurada o ☐ No Jurada (Ver formularios adjuntos)

TRES (3) artículos de la lista a continuación:

(**UN** artículo a nombre del propietario / **DOS** artículos a nombre del padre/tutor)

- | | |
|---|--|
| ☐ Proyecto de ley PSE&G | ☐ Factura telefónica |
| ☐ Proyecto de ley de red nacional | ☐ Póliza de seguro de automóvil |
| ☐ Proyecto de ley de agua | ☐ Extracto bancario |
| ☐ Proyecto de ley de televisión por cable/satélite | ☐ Talón de pago |
| ☐ Contrato de arrendamiento | |

DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN A CUMPLIMENTAR

- | | |
|---|---|
| ☐ Identificación con fotografía del padre/tutor (licencia de conducir o pasaporte) | ☐ Formulario de identificación étnica |
| ☐ Formulario de residencia legal (para ser notariado) | ☐ Cuestionario sobre el idioma del hogar |
| ☐ Formulario McKinney-Vento | ☐ Solicitud de admisión a las escuelas del distrito (para ser notariada) |
| ☐ Prueba de: Nacimiento y relación parental | ☐ Prueba de: Vacunas y examen físico |
| ☐ Formulario de información familiar del residente | ☐ Información de contacto (TARJETA AMARILLA) |

PARA USO DEL VALLEY STREAM #30

SECCIÓN B REVISADA POR:

Fecha / Inicial

- | | |
|---|-------|
| ☐ Secretaria de la escuela | _____ |
| ☐ Director del edificio | _____ |
| ☐ Director de servicios especiales | _____ |
| ☐ Otros | _____ |

PRUEBA DE RESIDENCIA:

- ☐ Completo ☐ Incompleto (aún no ingresado al sistema)
☐ Remitido a la Oficina Central

DOCUMENTOS DE REGISTRO

- ☐ Completo ☐ Incompleto (aún no ingresado al sistema)

RESIDENCIA BIFAMILIAR O MULTIFAMILIAR: ☐ Sí ☐ No

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

DECLARACIÓN JURADA DEL PROPIETARIO

_____, debidamente jurado, declara y declara lo siguiente:

Nombre del propietario/propietario de la vivienda

1. Que soy el propietario legal del local en _____, en
Dirección del inquilino(s)/no propietario(s)
Valley Stream, Nueva York.

2. Que he adjuntado a esta declaración jurada una copia de una escritura registrada y una factura de hipoteca o factura de impuestos para dicho local.

3. Los términos y condiciones de dicho arrendamiento son los establecidos en el contrato de arrendamiento adjunto o los siguientes (indique el comienzo de la residencia, el monto del alquiler, la duración/plazo del arrendamiento):

4. Hasta donde yo sé, la propiedad antes mencionada es la residencia actual de:

_____ y el(los) siguiente(s) niño(s):

Nombre del inquilino(s)/no propietario(s)

Nombre del niño #1

Nombre del niño #4

Nombre del niño #2

Nombre del niño #5

Nombre del niño #3

Nombre del niño #6

Firma del propietario/propietario de vivienda

(_____) *Número de teléfono de contacto del propietario/propietario de vivienda*

Suscrito y jurado el día _____ de

_____ de 20____.

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

DECLARACIÓN JURADA NO JURADA DEL PROPIETARIO

Nombre del inquilino/padre/tutor: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Nombre del propietario: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

A quien corresponda,

Yo, _____, _____
Nombre del propietario Relación con el inquilino/padre/tutor

reconozco formalmente que _____ y el(los) estudiante(s)
Nombre del inquilino/padre/tutor

residen en la dirección postal de: _____

Ciudad de: _____, Estado de: _____ desde _____
Fecha

Además, juro y afirmo bajo pena de perjurio que los hechos establecidos en esta
declaración son verdaderos y exactos.

Atentamente,

Firma del propietario

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

FORMULARIO DE INFORMACIÓN FAMILIAR RESIDENTE

☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de nacimiento: _____

Nombre del estudiante: _____
Primero Segundo Apellido

Dirección de casa: _____
Calle Pueblo Estado Código Postal

Casa anterior: _____
Calle Pueblo Estado Código Postal

Antes de la escuela: _____
Nombre Pueblo Estado Código Postal

PADRE/TUTOR #1

Por favor circule uno: Madre / Padre / Madrastra / Padrastro / Tutor / Padre de crianza

Nombre: _____

Dirección de casa (si es diferente): _____

Número de celular: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Número de trabajo: _____

PADRE/TUTOR #2

Por favor circule uno: Madre / Padre / Madrastra / Padrastro / Tutor / Padre de crianza

Nombre: _____

Dirección de casa (si es diferente): _____

Número de celular: _____ Correo electrónico: _____

Ocupación: _____ Número de trabajo: _____

Estado familiar: ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐ Otro _____

OTROS NIÑOS EN EDAD PREESCOLAR O ESCOLAR DE LA FAMILIA:

Apellido / Nombre	Fecha de nacimiento	Macho / Femenino	Grado	Distrito / Escolar

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

El nombre del estudiante: _____

INFORMACIÓN DE LA RELACIÓN DE PADRE/TUTOR

1. ¿El padre/tutor del estudiante:
☐ Ser dueño de la casa ☐ Alquilar ☐ Vivir con familiares/amigos
2. ¿Cuánto tiempo pasa el estudiante en esta residencia?
☐ 100% ☐ Más del 50% pero menos del 100% ☐ 50% o menos
3. ¿Es este un arreglo de vivienda temporal o permanente?
☐ Temporal ☐ Permanente
4. ¿Cuántos años en esta dirección? _____
5. ¿Pasará el estudiante pernoctaciones, fines de semana, días festivos o vacaciones en otro lugar?
En caso afirmativo, proporcione detalles completos: _____
6. ¿Alguno de los padres/tutor o la persona con quien vive el estudiante mantiene otra residencia en otro lugar? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indique la dirección y el tiempo que pasó allí: _____
7. ¿Dónde está registrado para votar cada padre/tutor? _____
8. ¿En qué dirección/propiedad se factura a cada padre/tutor como contribuyente residente?

9. ¿Quién reclama al estudiante como dependiente(s) en su declaración de impuestos federales sobre la renta? _____

HISTORIAL DE SERVICIOS DE SOPORTE

1. ¿Alguna vez el estudiante ha sido evaluado para servicios del habla? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indique cuándo, dónde y el estado reciente de los servicios

2. ¿El estudiante recibe actualmente servicios de educación especial? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indique el nombre de la agencia o escuela:

3. ¿Ha recibido el estudiante alguna vez servicios de recuperación en alguna materia? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indique el tema, cuándo, dónde y el estado reciente de los servicios:

4. ¿Ha recibido el niño alguna vez servicios de apoyo como uno o más de los siguientes:
hijo de una familia migrante ☐ Sí ☐ No
hijo de una familia sin hogar ☐ Sí ☐ No
un niño delincuente o abandonado ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, indique cuándo, dónde y el estado de los servicios:

ALERTAS ESPECIALES

¿Existe alguna información adicional que el personal de la escuela debería tener en cuenta y que ayudaría a asegurar la adaptación del estudiante a su nueva escuela (es decir, preocupaciones emocionales, problemas familiares, problemas de custodia, restricciones religiosas, etc.)? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, explique: _____

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

El nombre del estudiante _____

HISTORIA DE SALUD

Si el estudiante ha tenido alguna de las enfermedades/condiciones que se enumeran a continuación, indique con una "X" la fecha de ocurrencia, si la conoce o corresponde, en el espacio provisto:

	FECHA		FECHA
Alergias	_____	Sarampión	_____
Anemia	_____	Paperas	_____
Asma	_____	Neumonía	_____
Varicela	_____	Fiebre reumática	_____
Convulsiones	_____	Escarlatina	_____
Diabetes	_____	Dolor de garganta (frecuente)	_____
Infecciones de oído	_____	Cirugía (mayor)	_____
Epilepsia/Convulsiones	_____	Amigdalitis	_____
Sarampión (German)	_____	Tuberculosis	_____
Dolor de cabeza (frecuente)	_____	Tuberculosis (exposición)	_____
Enfermedad cardíaca	_____	Tos ferina	_____
Hepatitis A/B/C	_____		

Utilice este espacio para proporcionar información adicional o para informar otras enfermedades graves no mencionadas anteriormente:

ALERTAS DE SALUD / MÉDICAS

1. ¿Tiene el estudiante alguna condición física o médica que pueda afectar su bienestar en la escuela?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique: _____

2. ¿Se requiere que el estudiante tome medicamentos de forma continua? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, indique el motivo y la dosis del medicamento:

3. ¿Existen restricciones de actividad física para el estudiante? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique: _____

4. ¿El estudiante usa anteojos? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿se requieren asientos especiales? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Tiene el estudiante antecedentes de problemas de audición o de oído? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, explique: _____

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

El Distrito Escolar Valley Stream #30 ha adoptado una política que requiere la recopilación y el registro de la identidad étnica de los estudiantes matriculados en el Distrito Escolar Valley Stream #30 de acuerdo con las categorías y definiciones federales.

Esta información se utilizará para:

- Reportar información a los Departamentos de Educación Estatal y Federal.
- Planificar programas educativos y asegurarse de que estén disponibles para todos los estudiantes.
- Estudiar el movimiento de estudiantes de diferentes grupos étnicos a medida que pasan de una escuela a otra.
- Analizar las diferencias en el rendimiento académico, la asistencia y la finalización de la escuela.

Necesitamos su ayuda para poder realizar esta tarea. Revise las definiciones raciales/étnicas en la parte posterior de esta página. Marque (✓) en la casilla de la categoría o categorías que mejor describan a su hijo. El Distrito Escolar Gratuito de Valley Stream Union Treinta entiende la naturaleza sensible de esta información y desea asegurarle que se mantendrá segura y confidencial de acuerdo con todas las leyes y regulaciones estatales y federales de privacidad de los estudiantes. Si la información solicitada no se proporciona en este formulario en nombre de su hijo, se requerirá que un oficial de registros estudiantiles de la escuela o distrito identifique el grupo al que el estudiante parece pertenecer, se identifica con o es considerado en la comunidad como pertenencia. Gracias por su cooperación.

PROCEDIMIENTOS Y NORMAS CONFIDENCIALES

AL PERSONAL DE LA ESCUELA:

Este formulario se archivará en el expediente permanente del estudiante como información confidencial.

AL PADRE/TUTOR:

La información que usted ha proporcionado en este formulario es confidencial. Se encuentra protegido por el Reglamento de Confidencialidad que se cita a continuación:

La Ley de Privacidad y Derecho Educativo de la Familia (1974) prohíbe el acceso no autorizado a los registros de los estudiantes y la divulgación no autorizada de cualquier información de los registros de los estudiantes identificable por el nombre del estudiante o por el número de identificación del estudiante.

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

Todos los estudiantes entre 5 y 21 años tienen derecho a una educación pública gratuita. Los niños no pueden ser rechazados por motivos de raza, color, credo u origen nacional, sexo, ciudadanía, condición de discapacidad o estado migratorio.

Nombre de Escuela:

Número de identificación estudiantil del distrito escolar:

Fecha de nacimiento:

(Mes / día / año) ____ / ____ / ____

Nombre del estudiante: (apellido, nombre, segundo nombre)

Nivel de grado:

INSTRUCCIONES PARA EL PADRE/TUTOR:

POR FAVOR RESPONDA LAS PREGUNTAS (1) Y (2). POR FAVOR LÉALOS ANTES DE RESPONDER.

(Para la pregunta (1) Marque (✓) la casilla que mejor describa a su hijo.) Marque (✓) sólo UNA casilla.

(Para la pregunta (2) Marque (✓) TODAS las casillas que correspondan a su hijo. Marque (✓) AL MENOS UNA casilla.

☐ **Sí, hispano NO,**

☐ **no hispano**

1. ¿El estudiante es de origen hispano, latino o español?

*Hispano, latino o de origen español significa una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano, u otra cultura de origen española, independientemente de su raza.

2. Seleccione uno o más corredores de los siguientes cinco grupos raciales.

- ☐ **INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y que mantiene una identificación cultural a través de afiliación tribal o reconocimiento comunitario (por ejemplo, Cherokee, Mohawk, Inuit).
- ☐ **ASIÁTICO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam. .
- ☐ **NATIVO HAWAIANO U OTRA ISLA DEL PACÍFICO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawaii, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.
- ☐ **NEGRO:** Persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- ☐ **BLANCO:** Persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el Norte de África o el Medio Oriente.

Firma del padre/tutor/otro

Fecha

Relación con el estudiante (marque **UNA** casilla): ☐ Madre ☐ Padre ☐ Tutor ☐ Otro _____



Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire - HLQ)

Estimados padres o persona en
relación parental:

Con el fin de proporcionar la mejor
educación posible a su hijo(a),
necesitamos determinar el nivel del
habla, lectura de él o ella, escritura y
comprensión en el inglés, así como
conocer su educación previa e
historial personal. Por favor, llene con
su información las secciones
"Conocimientos de idiomas" e
"Historial educativo". Apreciamos
mucho su colaboración respondiendo
a estas preguntas.
Gracias.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
		☐ Masculino
		☐ Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

HOME LANGUAGE CODE

Conocimientos de idiomas (Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)		
1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	☐ Inglés ☐ Otro	especifique
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	☐ Inglés ☐ Otro	especifique
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	☐ Padre 1 ☐ Padre 2	especifique
	☐ Tutor(es)	especifique
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	☐ Inglés ☐ Otro	especifique
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	☐ Inglés ☐ Otro	☐ No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	☐ Inglés ☐ Otro	☐ No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	☐ Inglés ☐ Otro	☐ No sabe escribir

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT
INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo	
8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela _____	
9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos. Sí* No No se sabe ☐ ☐ ☐ * En caso afirmativo, por favor explique: _____ ¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? ☐ Poca gravedad ☐ Algo grave ☐ Muy grave	
10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? ☐ No ☐ Sí* <i>*Por favor, llene 10b.</i>	
10b. <i>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?</i> ☐ No ☐ Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____ Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables): ☐ De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) ☐ 3 a 5 años (Educación Especial) ☐ 6 años o mayor (Educación Especial)	
10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? ☐ No ☐ Sí	
11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.) 	
12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____	

Firma de un padre o de la persona en relación paternal

Mes: _____ Día: _____ Año: _____
Fecha

Relación con el estudiante: ☐ Padre ☐ Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: ☐ No ☐ Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: Mo. _____ DAY _____ YR. _____	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: ☐ ADMINISTER NYSITELL ☐ ENGLISH PROFICIENT ☐ REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: Mo. _____ DAY _____ YR. _____	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: ☐ ENTERING ☐ EMERGING ☐ TRANSITIONING ☐ EXPANDING ☐ COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw

(516)434-3700

SOLICITUD DE ADMISIÓN A LAS ESCUELAS DEL DISTRITO

Para ser completado por el padre/tutor del estudiante.

Utilice el reverso del formulario o papel adicional, si es necesario, para completar la solicitud.

1. Información del estudiante:

Nombre(s) _____ Fecha de nacimiento _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha de nacimiento _____

Fecha de nacimiento _____

2. Información del padre/tutor

Nombre(s) _____ Relación(es) _____

Relación(es) _____

Relación(es) _____

Relación(es) _____

a. Dirección actual: _____

Número de teléfono: _____

b. ¿Cuántos años en esta dirección? _____

c. ¿Última dirección anterior? _____

3. ¿A qué escuela y nivel de grado ingresa el estudiante?

Escuela _____ Nivel de grado _____

Escuela _____ Nivel de grado _____

Escuela _____ Nivel de grado _____

Escuela _____ Nivel de grado _____

4. ¿Los padres/tutores del estudiante poseen bienes inmuebles en este distrito escolar? ☐ Sí ☐ No

5. ¿El estudiante pasará la noche, los fines de semana, los días festivos o las vacaciones en otro lugar?

En caso afirmativo, proporcione detalles completos: _____

6. ¿Alguno de los padres/tutor o la persona con quien vive el estudiante mantiene otra residencia en otro lugar? ☐ Sí ☐ No

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

7. ¿Tiene cada padre/tutor la intención de permanecer en su dirección actual? ☐ Sí ☐ No
8. ¿Dónde está registrado cada padre/tutor para votar? _____
9. ¿Alguno de los padres/tutor tiene licencia de conducir? ☐ Sí ☐ No
10. ¿En qué dirección/propiedad se factura a cada padre/tutor como contribuyente residente?

11. ¿El estudiante está cubierto por un seguro médico? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿a nombre de qué adulto se emite la póliza o se proporciona la cobertura?

12. Si corresponde, ¿qué orden judicial se ha emitido con respecto a la tutela o custodia del estudiante?
ADJUNTE COPIA DE LA(S) ORDEN(ES)
Fecha _____ Tribunal _____
Arreglos: _____

13. ¿Quién recibe los correos y quién debe ser contactado en caso de una emergencia que involucre al estudiante?

14. ¿Este estudiante vive temporalmente en el Distrito Escolar Valley Stream #30 con el propósito principal de permitir que el estudiante asista a las escuelas del Distrito 30 de Valley Stream? ☐ Sí ☐ No
15. ¿Quién reclama al estudiante como dependiente en su declaración de impuestos federales sobre la renta? _____

Suscrito y jurado el día _____ de
_____ de 20____.

Firma del padre/tutor/otro

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

SECCIÓN C: PRUEBA DE INMUNIZACIÓN

Proporcione prueba de vacunación según lo indicado en los registros médicos o en una tarjeta de historial de vacunación.

TENGA EN CUENTA:

Las familias tienen hasta 14 días (o 30 días para niños que vienen de fuera del estado) para proporcionar todas las vacunas requeridas, siempre que haya evidencia de buena fe de que están trabajando para obtener las vacunas necesarias.

PARA EL REVISOR DEL VALLEY STREAM #30:

- ☐ La vacunación está completa y al día.
- ☐ La cartilla de vacunación está incompleta

SECCIÓN D: PRUEBA DE EXAMEN FÍSICO

Proporcione una copia del examen físico más reciente de su hijo (dentro de los seis meses) realizado por un médico o practicante debidamente autorizado:

Nombre del médico/profesional: _____

Número de teléfono: _____ Fecha del examen: _____

PARA EL REVISOR DEL VALLEY STREAM #30:

- ☐ El registro del examen físico es reciente y completo.
- ☐ El registro del examen físico no es reciente y/o completo.

PARA USO DEL VALLEY STREAM #30

SECCIÓN CID REVISADA POR: _____

SECCIÓN CID APROBADA/DESAPROBADA POR: _____

Fecha inicial

PRUEBA PROPORCIONADA

- ☐ Tarjeta de historial de vacunación
- ☐ Registros médicos de vacunación
- ☐ Examen físico
- ☐ Otro _____

- ☐ Secretaria de la escuela
- ☐ Director del edificio
- ☐ Director de servicios especiales
- ☐ Otros

COPIA ADJUNTA A LA SOLICITUD ☐ SI ☐ No

COMENTARIOS: _____

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700



UN PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA DEBE LLENAR LOS FORMULARIOS MÉDICOS ADJUNTOS.

Asegúrese de que el proveedor:

- ⊕ Completa la sección de fecha del examen (ubicada en la parte superior derecha del formulario)
- ⊕ Enumera cualquier problema médico/alergia
- ⊕ Documenta cualquier estado de actividad para que el niño participe en educación física/deportes/actividades de patio de recreo.
- ⊕ Firma y sella el formulario en el reverso según sea necesario.

***POR FAVOR ENVÍELO A LA ENFERMERA DE LA
ESCUELA PARA SU REVISIÓN.***

Si tiene alguna pregunta, utilice los siguientes contactos:

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3557

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3807

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3707

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR
IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
Sex Assigned at Birth: ☐ Female ☐ Male	Gender Identity: ☐ Female ☐ Male ☐ Nonbinary ☐ X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

If yes to any diagnoses below, check all that apply and provide additional information.

☐ Allergies	Type: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached
☐ Asthma	☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached
☐ Seizures	Type: Date of last seizure: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached
☐ Diabetes	Type: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

BMI _____ kg/m2

Percentile (Weight Status Category): ☐ < 5th ☐ 5th-49th ☐ 50th-84th ☐ 85th-94th ☐ 95th-98th ☐ 99th and >

Hyperlipidemia: ☐ Yes ☐ Not Done

Hypertension: ☐ Yes ☐ Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	Lead Level Required for PreK & K
TB- PRN	☐	☐		☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g/dL}$
Sickle Cell Screen-PRN	☐	☐		

☐ **System Review Within Normal Limits**

☐ **Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below** (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)

☐ HEENT	☐ Lymph nodes	☐ Abdomen	☐ Extremities	☐ Speech
☐ Dental	☐ Cardiovascular	☐ Back/Spine/Neck	☐ Skin	☐ Social Emotional
☐ Mental Health	☐ Lungs	☐ Genitourinary	☐ Neurological	☐ Musculoskeletal

☐ **Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:**

Diagnoses/Problems (list)

ICD-10 Code*

☐ **Additional Information Attached**

*Required only for students with an IEP receiving Medicaid

Name:		Affirmed Name (if applicable):		DOB:	
SCREENINGS					
Vision & Hearing Screenings Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11					
Vision	With Correction ☐ Yes ☐ No	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	☐ Yes	☐
Near Vision Acuity		20/	20/		☐
Color Perception Screening	☐ Pass ☐ Fail				☐
Notes					
Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.					Not Done
Pure Tone Screening	Right ☐ Pass ☐ Fail	Left ☐ Pass ☐ Fail	Referral ☐ Yes		☐
Notes					
Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7		Negative ☐	Positive ☐	Referral ☐ Yes	Not Done ☐
FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK					
☐ *Family cardiac history reviewed – required for Dominic Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act					
☐ Student may participate in all activities without restrictions.					
If Restrictions Apply – Complete the information below					
☐ Student is restricted from participation in:					
☐ Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.					
☐ Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.					
☐ Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.					
☐ Other Restrictions:					
Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level OR Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.					
Tanner Stage: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V					
☐ Other Accommodations*: (e.g., brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.) Use additional space below to explain.					
*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.					
MEDICATIONS					
☐ Order Form for medication(s) needed at school attached					
COMMUNICABLE DISEASE			IMMUNIZATIONS		
☐ Confirmed free of communicable disease during exam			☐ Record Attached ☐ Reported in NYSIIS		
HEALTHCARE PROVIDER					
Healthcare Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.					

Estimado Padre / Tutor:

La Sección 409-H de la Ley de Educación del Estado de Nueva York, vigente desde el 1 de julio de 2001, requiere que todas las escuelas primarias y secundarias públicas y no públicas proporcionen notificación por escrito a todas las personas en relación con los padres, profesores y personal sobre el uso potencial de pesticidas periódicamente en toda la escuela. año.

El Distrito Escolar Valley Stream #30 debe mantener una lista de personas en relación con los padres, profesores y personal que deseen recibir una notificación por escrito con 48 horas de anticipación sobre ciertas aplicaciones de pesticidas. Las siguientes aplicaciones de pesticidas no están sujetas a requisitos de notificación previa.

- Una escuela permanece desocupada durante 72 horas continuas después de una solicitud;
- Productos antimicrobianos;
- Rodenticidas no volátiles en estaciones de cebo resistentes a manipulaciones en áreas inaccesibles para los niños;
- Cebos insecticidas no volátiles en estaciones de cebo resistentes a manipulaciones en zonas inaccesibles a los niños;
- Ácido bórico y octaborato disódico tetrahidrato;
- La aplicación de biopesticidas designados por la EPA;
- La aplicación de materiales exentos designados por la EPA según 40CFR152.25;
- El uso de productos en aerosol con rociado dirigido en envases de 18 onzas líquidas o menos cuando se usan para proteger a las personas de una amenaza inminente de insectos que pican y pican, incluidas arañas, abejas, avispas y avispones venenosos.

En caso de una solicitud de emergencia necesaria para proteger contra una amenaza inminente a la salud humana, se hará un esfuerzo de buena fe para enviar una notificación por escrito a aquellos que figuran en la lista de notificación con 48 horas de antelación.

Si desea recibir una notificación con 48 horas de antelación sobre las aplicaciones de pesticidas que están programadas para su escuela, complete el siguiente formulario:

Distrito Escolar Valley Stream #30 Solicitud de Notificación de Aplicación de Pesticidas ASISTIENDO A LA ESCUELA: _____ NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ DIRECCIÓN CASA: _____ PADRE/TUTOR CELULAR #: _____ CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE/TUTOR: _____

*Si tiene alguna pregunta o inquietud, no dude en comunicarse con el Distrito Escolar Valley Stream #30 al:
Telf. (516) 434-3600 extensión. 5224 o FAX (516) 285-8742*

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream

(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal

(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw

(516)434-3700

DECLARACIÓN JURADA DE CUSTODIA (Solo si aplica)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

(Por favor imprima)

Apellido

Nombre

ADVERTENCIA: CUALQUIER PERSONA O PERSONAS QUE PROPORCIONEN INFORMACIÓN FALSA RESPECTO A LA RESIDENCIA, ESTARÁN SUJETAS A SANCIONES PENALES. UNA DECLARACIÓN FALSA SOBRE LA RESIDENCIA O EL DERECHO A UNA EDUCACIÓN GRATUITA DEL DISTRITO SE PENSARÍA COMO UN DELITO MENOR DE CLASE A. ADEMÁS, SI SE DETERMINA QUE EL HIJO DE UN REGISTRANTE RESIDE FUERA DEL DISTRITO, EL DISTRITO PUEDE TOMAR ACCIONES LEGALES PARA COBRAR LOS CARGOS DE MATRÍCULA SI EL ESTUDIANTE NO TIENE DERECHO LEGALMENTE A RECIBIR UNA EDUCACIÓN GRATUITA DEL DISTRITO. EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE INVESTIGAR LA RESIDENCIA DE CUALQUIER ESTUDIANTE POR CUALQUIER MEDIO LEGAL DISPONIBLE, INCLUYENDO, PERO NO LIMITADO A, REGISTROS PÚBLICOS, VISITAS AL SITIO Y OTROS MÉTODOS LEGALES DE INVESTIGACIÓN.

1. _____, debidamente jurado, declara y dice:

Nombre del padre/tutor con custodia

2. Vivo en _____.

Dirección del padre/tutor con custodia

_____, mi _____ ha estado
Nombre del niño *Relación del niño con el padre/tutor con custodia*

viviendo conmigo desde _____.

Fecha

3. _____ tiene la intención de residir conmigo durante

Nombre del niño

Periodo de tiempo

4. Este acuerdo de vivienda es: ☐ Permanente ☐ Temporal

Si es temporal, el acuerdo finalizará el _____.

Por favor explique: _____

5. Describa las razones y el propósito de entregarle el cuidado, la custodia y el control del niño.

6. Dirección(es) anterior(es) donde vivió el niño:

CALLE	CIUDAD	ESTADO	FECHAS	CON QUIÉN

7. _____ no vive en ninguna otra dirección.

Nombre del niño

8. Los alimentos, la ropa y todas las demás necesidades se proporcionan a _____ antes
de _____
Nombre del niño

9. ¿Pasará el niño la noche, los fines de semana, los días festivos o las vacaciones en otro lugar?

Si es así, explique: _____

10. ¿Tiene cada padre/tutor la intención de permanecer en su dirección actual? Por favor explique:

DISTRITO ESCOLAR VALLEY STREAM #30

Escuela Avenida Clear Stream

60 Avenida Clearstream
(516)434-3550

Escuela Camino Forestal

16 Camino Forestal
(516)434-3800

Escuela Avenida Shaw

99 Avenida Shaw
(516)434-3700

11. ¿Dónde está registrado cada padre/tutor para votar? _____

12. ¿Qué órdenes judiciales se han dictado con respecto a la tutela o custodia del niño?
(Adjunte una copia de todas esas órdenes) _____

13. Si el tutor tiene otros hijos, proporcione la siguiente información:

NOMBRE DE NIÑO	EDAD	DIRECCIÓN	RELACIÓN CON EL TUTOR	ESCUELA

14. Yo, _____ asumo total responsabilidad por todos los asuntos
Nombre del padre/tutor con custodia
relacionados con la educación y la atención médica de _____.
Nombre del niño

15. Declaración de otros hechos relevantes: _____

Las preguntas "A" a la "D" deben responderse cuando la solicitud de admisión la presentan personas distintas al padre natural (tutor):

A) ¿Por qué el niño no vive con sus padres naturales o adoptivos? _____

B) ¿Vive el estudiante en su domicilio exclusivamente? _____

C) ¿Con qué frecuencia los padres verán al niño? _____

D) ¿Qué porcentaje de apoyo económico lo realizarán: los padres naturales? _____ ¿tú? _____

La escuela se reserva el derecho de retrasar temporalmente la finalización de esta inscripción, en espera de la evaluación de los hechos presentados en esta o cualquier otra parte de esta solicitud.

Entiendo que la información en esta solicitud es verdadera y correcta.

Entiendo que las declaraciones en esta solicitud están sujetas a verificación por parte del distrito escolar y que las declaraciones falsas estarán sujetas a pago de matrícula.

También entiendo que es mi responsabilidad notificar a la escuela sobre cualquier cambio y/o circunstancia que afecte esta solicitud.

También entiendo que cualquier declaración falsa hecha se castiga como un delito menor de Clase "A" de conformidad con la sección 210.45 de la Ley Penal del Estado de Nueva York.

Firma del padre/tutor sin custodia Fecha

*Suscrito y jurado el día ____ de
____ de 20__.*

Firma del padre con custodia/tutor Fecha

*Suscrito y jurado el día ____ de
____ de 20__.*