

# Island Park Union Free School District

99 RADCLIFFE ROAD  
ISLAND PARK, NEW YORK 11558



PHONE (516) 434-2600  
FAX (516) 431-7550

VINCENT RANDAZZO  
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

## Registro de Kinder

Querido Padre:

Para registrar su hijo(a) en el Distrito Escolar de Island Park, las cosas siguientes son necesarias:

### A. PRUEBA DE EDAD:

Certificado de nacimiento certificado o registro de bautismo (incluyendo una transcripción certificada de una acta de nacimiento extranjera o registro de bautismo) que indique la fecha de nacimiento. Cuando el certificado de nacimiento o registro de bautismo no está disponible se puede usar un pasaporte (incluyendo un pasaporte extranjero). Si ninguno de estos documentos están disponibles, otras pruebas documentales de la existencia de dos (2) años o más puede ser utilizado para determinar la edad del niño (los ejemplos incluyen, pero no se limitan a, identificación del estado u otra formulado por el gobierno, identificación con foto de la escuela que tenga fecha de nacimiento, documentos formulados por agencias federales estatales o locales, etc.)

### B. PRUEBA DE RESIDENCIA:

Todos los padres o tutores que vayan a inscribir estudiantes deben ser residentes del Distrito Escolar de Island Park. Los padres o tutores deben presentar tres piezas diferentes de la documentación y / o información como prueba de la presencia física del padre o guardián en el Distrito Escolar de Island Park. Dicha documentación puede incluir: (a) copia de un contrato de alquiler residencial o prueba de la propiedad de una casa o condominio, tales como una declaración de escritura o hipoteca; (b) una declaración del propietario de tercer partido, o dueño o alquilador de la propiedad la cual los padres o guardianes comparten dentro del Distrito Escolar de Island Park; (c) declaraciones de tercera parte en relación con los padres o la presencia física de los guardianes en el Distrito Escolar de Island Park; y / o (d) otras formas de documentación y / o información que establece la presencia física en el Distrito Escolar de Island Park, que pueden incluir, pero no limitado a, talonario de trabajo, formularios de impuestos, fracturas de servicios públicas u otras facturas, documentos de afiliación basados en la residencia, documentos de registro de votos, licencia oficial de conducir, permiso de aprendizaje de conducir o identificación de no-conducir, identificación del estado u otra identificación emitida por el gobierno, documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, la agencia local de servicios sociales, la Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados).

**Cada Prueba Debe Mostrar Tu Dirección Corriente En Island Park**

## C. LOS ARCHIVOS DE VACUNACIÓN

**VACUNAS** – Requeridas bajo el Departamento de Salud del Estado de NY  
(<https://www.health.ny.gov/publications/2405.pdf>)

| VACUNAS   | PRE-K          | GRADOS K - 5   | GRADOS 6 - 10  |
|-----------|----------------|----------------|----------------|
| DPT/DTaP  | 4 dosis        | 5 dosis*       | 3 dosis*       |
| TDAP      | No corresponde | No corresponde | 1 dosis*       |
| POLIO     | 3 dosis        | 4 dosis*       | 4 dosis*       |
| MMR       | 1 dosis        | 2 dosis        | 2 dosis        |
| HEP B     | 3 dosis        | 3 dosis        | 3 dosis*       |
| VARICELA  | 1 dosis        | 2 dosis        | 2 dosis        |
| HIB       | 1-4 dosis*     | No corresponde | No corresponde |
| PCV13     | 1-4 dosis      | No corresponde | No corresponde |
| NEUMOCOCO | No corresponde | No corresponde | 1 dosis*       |

**TODAS LAS FECHAS DE VACUNAS SON OBLIGATORIAS Y DEBEN TENER LA FIRMA DE UN DOCTOR.**

Ningún niño puede ser admitido o permitido/a poder asistir a la escuela por más de 14 días sin un certificado de vacunas apropiado u otra prueba aceptable de la inmunización. El director de la escuela podrá demorar este período de 30 días basado caso por caso cuando un estudiante se ha transferido de otro estado o país y puede mostrar un esfuerzo de Buena fe para obtener el certificado necesario u otra evidencia de inmunización. Si tiene alguna pregunta con respecto a las vacunas, llame a la enfermera de la escuela al Hegarty (434-2673) o en Lincoln Orens (434-2635).

## D. LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS/FORMULARIOS REQUERIDOS

- |                                                                      |                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prueba de edad                              | <input type="checkbox"/> Consentimiento de Medicaid                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Prueba de residencia                        | <input type="checkbox"/> Autorización para Liberar los Registros                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Historia del Alumno/a                       | <input type="checkbox"/> Inscrito Nuevo Historia de la Educación Especial                                                                |
| <input type="checkbox"/> Certificado de Vacunas                      | <input type="checkbox"/> Formulario del Distrito Escolar Para la Liberacion de Noticias (foto o trabajo del niño/a)                      |
| <input type="checkbox"/> Formulario Examen de Salud                  | <input type="checkbox"/> Formulario Para la Liberacion de Otras Medios de Comunicaon y Funcionarios Elegidos (foto o trabajo del niño/a) |
| <input type="checkbox"/> Cuestionario de Salud Admisión a la Escuela | <input type="checkbox"/> Aplicación de Estudiate para la usa de Computadora, la Red, & Correo Electrónico                                |
| <input type="checkbox"/> Registro del Exámenes del Dentista          | <input type="checkbox"/> Registro de Kinder                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Cuestionario de Residencia                  | <input type="checkbox"/> Censo Escolar                                                                                                   |
| <input type="checkbox"/> Cuestionario de Idioma del Hogar            | <input type="checkbox"/> Solicitud de Familia para las Comidas Escolares y Leche Gratis o Precios Reducidos                              |

**La escuela se comunicará con usted por teléfono y / o correo electrónico si falta alguna información o se requiere una aclaración adicional.**

## COLOCACIÓN de GRADO

Finalment, tenga en cuenta que la asignación de grado puede ser dependiente de un repaso de registros de su hijo/a y/o una evaluación educativa de su hijo/a.

**DISTRITO ESCOLAR DE ISLAND PARK SIN UNION**

**99 Radcliffe Road  
Island Park, New York 11558**

**HISTORIA DEL ALUMNO**

Este formulario debe ser completado por un padre o tutor.  
Toda la información sobre su hijo/a será confidencial.

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Primer Nombre) (Otro nombre)

FDN (MM/DD/AAAA) \_\_\_\_\_ Teléfono de Casa (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_M \_\_\_\_F

*Sólo Para Usa de Oficina*

**Student #** \_\_\_\_\_ **Current Grade** \_\_\_\_\_ **Grade in September** \_\_\_\_\_

Dirección de Estudiante \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado Código Postal: \_\_\_\_\_

Entró el Distrito el: \_\_\_\_\_ Dirección Anterior: \_\_\_\_\_

**Raza y Etnia Federal (Conteste Ambas Preguntas)**

**1) Marque uno o más de las siguientes cinco grupos raciales - Marque todas las que aplican a los estudiantes - marque en POR LO MENOS uno:**

\_\_\_\_ Indio Americano o Nativo de Alaska      \_\_\_\_ Asiano      \_\_\_\_ Blanco  
\_\_\_\_ Nativo de Hawaii o otro Isla Pacífica      \_\_\_\_ Negro o Americano Africano

**2) Es el estudiante Hispano, Latino o de origen Español? Sí (Hispano) \_\_\_\_ No (No Hispano) \_\_\_\_**

**POR FAVOR INDIQUE TODAS LAS ESCUELAS QUE EL ESTUDIANTE PREVIAMENTE ASISTIÓ**

| Nombre | Dirección | Fechas Asistido |
|--------|-----------|-----------------|
| _____  | _____     | _____           |
| _____  | _____     | _____           |
| _____  | _____     | _____           |

¿Existe alguna restricción de custodia / paternidad u órdenes de protección en el archivo? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No  
Si es así, ¿ha entregado documentación y copias al registrador? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

**Si respondió, agregue cualquier comentario que crea que será útil para nosotros:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**PADRE/TUTOR INFORMACIÓN**

**Padres:** Casado \_\_\_\_\_ Seperado \_\_\_\_\_ Divorciado \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Nombre de la Madre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono Celular (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Lugar del Trabajo : \_\_\_\_\_

**¿Vive el estudiante con esta madre/tutor?** \_\_\_\_\_ **Sí** \_\_\_\_\_ **No**

**¿Recibe esta madre/tutor correo?** \_\_\_\_\_ **Sí** \_\_\_\_\_ **No**

Nombre del Padre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono Celular (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Lugar del Trabajo : \_\_\_\_\_

**¿Vive el estudiante con este padre/tutor?** \_\_\_\_\_ **Sí** \_\_\_\_\_ **No**

**¿Recibe este padre/tutor correo?** \_\_\_\_\_ **Sí** \_\_\_\_\_ **No**

Nombre del Tutor (Si diferente de arriba): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono Celular (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Lugar del Trabajo : \_\_\_\_\_

**¿Vive el estudiante con este tutor?** \_\_\_\_\_ **Sí** \_\_\_\_\_ **No**

**¿Tiene este tutor los derechos de custodia?** \_\_\_\_\_ **Sí** \_\_\_\_\_ **No**

Si seperados o divorciados, ¿son requeridos los correos duplicado? \_\_\_\_\_ **Sí** \_\_\_\_\_ **No**

Por favor escriba nombre y dirección para correos duplicados si son requeridos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**POR FAVOR ESCRIBE TODOS LOS OTROS NIÑOS QUE VIVEN EN LA CASA CON MENOS DE 18 AÑOS**

| Nombre | Fecha de Nacimiento | Problemas Físicas | La Escuela que Asiste |
|--------|---------------------|-------------------|-----------------------|
|--------|---------------------|-------------------|-----------------------|

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**POR FAVOR ESCRIBE OTRAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA CASA APARTE DE PADRES O TUTORES, HERMANOS O HERMANAS**

**Nombre**

**Relación al Estudiante**

---

---

---

---

**¿HAY OTRA INFORMACIÓN QUE SERÍA IMPORTANTE PARA SABER PARA AYUDAR A SU NIÑO/A?**

---

---

---

---

**CONTACTO EMERGENCIA INFORMACIÓN**

En el caso de padres or tutores no pueden ser alcanzados, las personas en la página siguiente (lista solo para adultos que no sean los padres, que tienen 21 años o más) tienen autorización para recoger a su hijo/a. Los números siguientes deben ser "accesibles" durante las horas de escuela normal. Además, las personas enumeradas deben aceptar asumir la responsabilidad de su hijo/a.

**Contacto de Emergencia 1**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono Celular (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia 2**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono Celular (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia 3**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono Celular (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Contacto de Emergencia 4**

Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Relación al estudiante: \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono Celular (    ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

# Año escolar 2022-2023

## Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela<sup>1</sup>

**NOTAS:**

Los niños que están en prekindergarten deben tener las vacunas correspondientes a su edad. La cantidad de dosis depende del programa recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunas deben corresponder al programa de vacunación recomendado por el ACIP para personas de 0 a 18 años. Las dosis aplicadas antes de la edad mínima o de los intervalos mínimos no son válidas y no se tienen en cuenta al calcular la cantidad de dosis que se mencionan abajo. Consulte las notas al pie de página para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir los requisitos de vacunación de los grados para los que son equivalentes en edad.

**Se DEBEN leer los requisitos de dosis con las notas al pie de página de este programa**

| Vacunas                                                                                                                       | Prekindergarten<br>(guardería infantil,<br>programa Head<br>Start, guardería<br>o pre-K) | Kindergarten y 1.º, 2.º, 3.º,<br>4.º y 5.º grado                                                                                                                                        | 6.º, 7.º, 8.º,<br>9.º, 10.º y<br>11.º grado | 12.º grado                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td) <sup>2</sup>                         | 4 dosis                                                                                  | 5 dosis o 4 dosis si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o 3 dosis si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año                                        | 3 dosis                                     |                                                                     |
| Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes <sup>3</sup> | No corresponde                                                                           |                                                                                                                                                                                         |                                             | 1 dosis                                                             |
| Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV) <sup>4</sup>                                                                              | 3 dosis                                                                                  | 4 dosis o 3 dosis si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más                                                                                                              |                                             |                                                                     |
| Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR) <sup>5</sup>                                                                 | 1 dosis                                                                                  | 2 dosis                                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                     |
| Vacuna contra la hepatitis B <sup>6</sup>                                                                                     | 3 dosis                                                                                  | 3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de al menos 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad |                                             |                                                                     |
| Vacuna contra la varicela <sup>7</sup>                                                                                        | 1 dosis                                                                                  | 2 dosis                                                                                                                                                                                 |                                             |                                                                     |
| Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY) <sup>8</sup>                                                                     | No corresponde                                                                           |                                                                                                                                                                                         | 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado: 1 dosis   | 2 dosis o 1 dosis si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más |
| Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib) <sup>9</sup>                                                      | 1 a 4 dosis                                                                              | No corresponde                                                                                                                                                                          |                                             |                                                                     |
| Vacuna neumocócica conjugada (PCV) <sup>10</sup>                                                                              | 1 a 4 dosis                                                                              | No corresponde                                                                                                                                                                          |                                             |                                                                     |

1. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra el sarampión, las paperas o la rubéola o una confirmación de laboratorio de dichas enfermedades son pruebas aceptables de la inmunidad ante estas. Las pruebas serológicas para la poliomielitis son una prueba aceptable de la inmunidad solo si la prueba se hizo antes del 1 de septiembre de 2019 y los tres serotipos dieron positivo. Un análisis de sangre con resultado positivo para el anticuerpo de superficie contra la hepatitis B es una prueba aceptable de la inmunidad ante la hepatitis B. Una constancia serológica demostrada de anticuerpos contra la varicela, una confirmación de laboratorio de varicela o el diagnóstico de un médico, un asistente médico o un enfermero de práctica avanzada de que un niño tuvo varicela son pruebas aceptables de la inmunidad ante la varicela.
2. Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y tos ferina acelular (DTaP). (Edad mínima: 6 semanas)
  - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de 5 dosis de la vacuna DTaP a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 15 y 18 meses de edad, y a los 4 años de edad o más. La cuarta dosis puede aplicarse a partir de los 12 meses de edad, siempre que hayan transcurrido por lo menos 6 meses desde la tercera dosis. Sin embargo, no es necesario que se repita la cuarta dosis de DTaP si se aplicó al menos 4 meses después de la tercera dosis de DTaP. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
  - b. Si la cuarta dosis de DTaP se aplicó a los 4 años de edad o más, y al menos 6 meses después de la tercera dosis, no se requiere la quinta dosis (de refuerzo) de la vacuna DTaP.
  - c. Para los niños nacidos antes del 1/1/2005, solo se requiere inmunidad a la difteria y las dosis de DT y Td pueden cumplir este requisito.
  - d. Los niños mayores de 7 años que no estén completamente vacunados con la serie de vacunas DTaP para niños deben recibir la vacuna Tdap como primera dosis de la serie de actualización; si se necesitan dosis adicionales, use la vacuna Td o Tdap. Si les aplicaron la primera dosis antes de su primer año de edad, deben aplicarse 4 dosis, siempre que la dosis final se aplique a los 4 años de edad o más. Si les aplicaron la primera dosis a partir de su primer año de edad, deben aplicarse 3 dosis, siempre que la dosis final se aplique a los 4 años o más.
3. Refuerzo de la vacuna con toxoides tetánico y diftérico y de la vacuna contra la tos ferina acelular (Tdap) para adolescentes. (Edad mínima para 6.º, 7.º y 8.º grado: 10 años; edad mínima para 9.º a 12.º grado: 7 años)
  - a. Los estudiantes mayores de 11 años que ingresan a los grados de 6.º a 12.º deben recibir una dosis de Tdap.
  - b. Además del requisito para 6.º a 12.º grado, la vacuna Tdap también se puede aplicar como parte de la serie de vacunas de actualización para estudiantes mayores de 7 años que no estén totalmente vacunados con la serie de vacunas DTaP para niños, como se describió arriba. En el año escolar 2022-2023, solo las dosis de Tdap aplicadas a los 10 años o más cumplirán el requisito de Tdap para los estudiantes en los grados 6.º, 7.º y 8.º; sin embargo, las dosis de Tdap aplicadas a los 7 años o más cumplirán el requisito para los estudiantes en los grados 9.º a 12.º.
  - c. Los estudiantes que tienen 10 años de edad en 6.º grado y que aún no recibieron la vacuna Tdap cumplen los requisitos hasta que tengan 11 años.
4. Vacuna antipoliomielítica inactivada (IPV) o vacuna antipoliomielítica oral (OPV). (Edad mínima: 6 semanas)
  - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir una serie de IPV a los 2 meses, 4 meses y entre los 6 y 18 meses de edad, y a los 4 años de edad o más. La última dosis de la serie debe aplicarse a partir del cuarto año de edad y al menos 6 meses después de la dosis anterior.
  - b. Para los estudiantes que recibieron la cuarta dosis antes de su cuarto año de edad y antes del 7 de agosto de 2010, es suficiente aplicar 4 dosis con al menos 4 semanas de diferencia.
  - c. Si la tercera dosis de la vacuna antipoliomielítica se aplicó a los 4 años de edad o más y por lo menos 6 meses después de la dosis anterior, no se requerirá la cuarta dosis.
  - d. Para los niños con antecedentes de OPV, solo la OPV trivalente (tOPV) se tiene en cuenta para los requisitos de la vacuna antipoliomielítica en las escuelas del Estado de Nueva York. Las dosis de OPV aplicadas antes del 1 de abril de 2016 deben incluirse a menos que se indiquen específicamente como monovalentes, bivalentes o como aplicadas durante una campaña de vacunación contra el virus de la poliomielitis. Las dosis de OPV aplicadas a partir del 1 de abril de 2016 no deben incluirse.
5. Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR). (Edad mínima: 12 meses)
  - a. La primera dosis de la vacuna MMR debe haberse aplicado a partir del primer año de edad. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
- b. Sarampión: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.º.
- c. Paperas: Se necesita una dosis para prekindergarten. Se necesitan dos dosis para los grados de kindergarten hasta 12.º.
- d. Rubéola: Se necesita por lo menos una dosis para todos los grados (prekindergarten hasta 12.º grado).
6. Vacuna contra la hepatitis B
  - a. La primera dosis puede aplicarse al nacer o en cualquier momento después. La segunda dosis debe aplicarse al menos 4 semanas (28 días) después de la primera dosis. La tercera dosis debe aplicarse al menos 8 semanas después de la segunda dosis Y al menos 16 semanas después de la primera dosis, PERO no antes de las 24 semanas (cuando se apliquen 4 dosis, reemplazar "cuarta dosis" por "tercera dosis" en estos cálculos).
  - b. Dos dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) aplicadas con al menos 4 semanas de diferencia entre los 11 y 15 años cumplirán el requisito.
7. Vacuna contra la varicela. (Edad mínima: 12 meses)
  - a. La primera dosis de la vacuna contra la varicela debe haberse aplicado a partir del primer año. Para considerarse válida, la segunda dosis debe haberse aplicado al menos 28 días (4 semanas) después de la primera dosis.
  - b. Para los niños menores de 13 años, el intervalo mínimo recomendado entre dosis es de 3 meses (si la segunda dosis se aplicó por lo menos 4 semanas después de la primera dosis, se puede aceptar como válida); para los mayores de 13 años, el intervalo mínimo es de 4 semanas.
8. Vacuna antimeningocócica conjugada ACWY (MenACWY). (Edad mínima para 7.º, 8.º y 9.º grado: 10 años; edad mínima para 10.º a 12.º grado: 6 semanas).
  - a. Se requiere una dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada (Menactra, Menveo o MenQuadfi) para los estudiantes que ingresan a los grados 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º.
  - b. Para los estudiantes del 12.º grado, si la primera dosis de la vacuna antimeningocócica conjugada se aplicó a los 16 años o más, no se requiere la segunda dosis (de refuerzo).
  - c. La segunda dosis debe haberse aplicado a los 16 años o más. El intervalo mínimo entre dosis es de 8 semanas.
9. Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b (Hib). (Edad mínima: 6 semanas)
  - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna Hib a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día según el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe aplicarse a partir de los 12 meses.
  - b. Si se aplicaron 2 dosis de vacuna antes de los 12 meses de edad, solo se requieren 3 dosis si la tercera dosis se aplica entre los 12 y 15 meses de edad y al menos 8 semanas después de la segunda dosis.
  - c. Si la primera dosis se recibió entre los 12 y 14 meses de edad, solo se requieren 2 dosis si la segunda dosis se aplicó al menos 8 semanas después de la primera dosis.
  - d. Si se aplicó la primera dosis a los 15 meses de edad o más, solo se requiere 1 dosis.
  - e. No se requiere la vacuna Hib para niños mayores de 5 años.
10. Vacuna neumocócica conjugada (PCV). (Edad mínima: 6 semanas)
  - a. Los niños que comienzan la serie a tiempo deben recibir la vacuna PCV a los 2 meses, 4 meses, 6 meses y entre los 12 y 15 meses de edad. Los niños mayores de 15 meses deben ponerse al día según el programa de actualización del ACIP. La dosis final debe aplicarse a partir de los 12 meses.
  - b. Los niños no vacunados de 7 a 11 meses de edad deben recibir 2 dosis, con al menos 4 semanas de diferencia, seguidas de una tercera dosis entre los 12 y los 15 meses de edad.
  - c. Los niños no vacunados de 12 a 23 meses de edad deben recibir 2 dosis de la vacuna con al menos 8 semanas de diferencia.
  - d. Si se recibió una dosis de la vacuna a los 24 meses de edad o más, no se requieren dosis adicionales.
  - e. La PCV no es obligatoria para los niños mayores de 5 años.
  - f. Para tener más información, consulte la tabla de PCV que está en el Folleto de instrucciones para encuestas escolares, en: [www.health.ny.gov/prevention/immunization/schools](http://www.health.ny.gov/prevention/immunization/schools)

Para obtener más información, comuníquese con:

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

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

*Es requerido por el Departamento de Salud del Estado de Nueva York que cada estudiante obtenga un examen físico al entrar al distrito escolar y rutinariamente en los grados K, 2, 4, 7 y 10. También se le requiere un examen medico para actividades atléticas y/o permiso para trabajar y trienalmente para la Comisión de educación especial (CSE).*

# **NEW YORK STATE LAW REQUIRES A CERTIFICATE OF IMMUNIZATION BEFORE ADMITTANCE TO SCHOOL**

Demonstrated Serologic evidence of measles, mumps, rubella, hepatitis B or varicella (chickenpox) antibodies is acceptable proof of immunity. Diagnosis by a licensed health care provider (MD, NP, PA) of a child/student having had measles, mumps, varicella (chickenpox) is acceptable proof of immunity.

|                                                                                                |                                                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| Diphtheria Toxoid – Containing Vaccine                                                         | 1)___/___/___ 2)___/___/___ 3)___/___/___ 4)___/___/___ 5)___/___/___ |
| Tetanus Toxoid Containing Vaccine and Pertussis (DTaP, Dt student born on or after 01/01/2005) | 1)___/___/___ 2)___/___/___ 3)___/___/___ 4)___/___/___ 5)___/___/___ |
| Tetanus, Diphtheria, & Pertussis Booster Tdap (Born on or after 01/01/94 and entering Grade 6) | 1)___/___/___                                                         |
| Polio (IPV or OPV)                                                                             | 1)___/___/___ 2)___/___/___ 3)___/___/___ 4)___/___/___ 5)___/___/___ |
| Measles, Mumps & Rubella (MMR)                                                                 | 1)___/___/___ 2)___/___/___                                           |
| Measles                                                                                        | 1)___/___/___ 2)___/___/___                                           |
| Mumps                                                                                          | 1)___/___/___ 2)___/___/___                                           |
| Rubella                                                                                        | 1)___/___/___                                                         |
| Hepatitis B Pediatric                                                                          | 1)___/___/___ 2)___/___/___ 3)___/___/___ 4)___/___/___               |
| Hepatitis B Adult                                                                              | 1)___/___/___ 2)___/___/___                                           |
| Varicella (vaccine)                                                                            | 1)___/___/___ 2)___/___/___                                           |
| Varicella (disease history)                                                                    | 1)___/___/___                                                         |
| Meningococcal conjugate (MenACWY)                                                              | 1)___/___/___                                                         |

## **ADDITION INNOCULATIONS AND TESTS**

| <b><u>Mantoux Test</u></b> | <b><u>Tine Test</u></b> | <b><u>Chest X-Ray</u></b> | <b><u>Lead Screening</u></b> | <b><u>Hepatitis A</u></b> | <b><u>Cholesterol</u></b> | <b><u>Other (Indicate)</u></b> |
|----------------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| ___/___/___                | ___/___/___             | ___/___/___               | ___/___/___                  | ___/___/___               | ___/___/___               | _____                          |
| <b>Result</b>              | <b>Result</b>           | <b>Result</b>             | <b>Result</b>                | ___/___/___               | <b>Result</b>             | ___/___/___                    |
| _____                      | _____                   | _____                     | _____                        | _____                     | _____                     | _____                          |

## **PLEASE CHECK ONE:**

\_\_\_\_\_ This is to certify the aforementioned student has completed all immunizations.

\_\_\_\_\_ This is to certify the aforementioned student will have completed all immunizations by \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Health Care Practitioner's Signature

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Phone Number

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Physician Health Care Provider Stamp

This exam complies with NYSED requirements above and is valid for twelve months, with the exception of any illness or injury lasting more than five days that will require a review by private healthcare provider and the school medical director.



# Francis X. Hegarty Elementary School

100 RADCLIFFE ROAD  
ISLAND PARK, NEW YORK 11558

MR. ADAM FRANKEL  
ACTING INTERIM PRINCIPAL



PHONE (516) 434-2670  
FAX (516) 431-2372

VINCENT RANDAZZO  
SUPERINTENDENT OF SCHOOLS

## Requisitos de Inmunización para Estudiantes en Kinder, Grados 1,2, 3 y 4

La Sección 2164 del Estado de Nueva York exige ciertas inmunizaciones (vacunas) para ingresar al kindergarten y asistir a la escuela. Consulte con su proveedor de atención médica lo antes posible para asegurarse de que su hijo tenga todas las inmunizaciones necesarias. Se enumeran a continuación.

### Inmunizaciones requeridas para Kinder y Grados 1, 2, 3 y 4

| Inmunización                   | Cantidad de dosis                                                                                                                                                                                             |
|--------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Polio                          | <b>4 dosis o</b><br>3 si la tercera dosis a los 4 años de edad o más                                                                                                                                          |
| Hepatitis B                    | <b>3 dosis</b><br>o 2 dosis of o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis con al menos 4 meses de diferencia entre las edades de 11 a 15 años |
| Difteria / tétano / tos ferina | <b>5 dosis</b><br>o 4 dosis si la cuarta dosis administrada a los 4 años de edad o más<br>3 dosis si la serie se presentó a los 7 años o más                                                                  |
| Paperas sarampión Rubéola      | <b>2 dosis</b>                                                                                                                                                                                                |
| Varicela (varicela)            | <b>2 dosis</b>                                                                                                                                                                                                |

Por favor envíe un comprobante de vacunación a la enfermera de la escuela a la que asistirá su hijo.

La prueba de la inmunización debe ser **cualquiera de los 3** elementos enumerados a continuación:

- Un certificado de inmunización firmado por su proveedor de atención médica
- Informe del Registro de Inmunización (NYSIS o CIR de NYC) de su proveedor de atención médica o del departamento de salud de su condado
- Un informe de laboratorio de prueba de sangre (título) que demuestre que su hijo es inmune a la enfermedad
  - Para la varicela (varicela), una nota de su proveedor de atención médica (MD, NP, PA) que dice que su hijo tuvo la enfermedad también es aceptable.

Francis X. Hegarty Health Office

Ms. Emily Paolantonio, Nurse

(516)424-2673

[epaolantonio@islandparkschools.org](mailto:epaolantonio@islandparkschools.org)

Sinceramente,

Adam Frankel

*Acting Interim Principal*

# **FORMULARIO DE EXAMEN DE SALUD ESCOLAR REQUERIDO DE NYS**

SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD POR EL PROVEEDOR PRIVADO DE ATENCIÓN MÉDICA O EL DIRECTOR MÉDICO

Nota: NYSED requiere un examen físico para los nuevos participantes y estudiantes en los grados Pre-K o K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11; anualmente para deportes interescolares; y documentos de trabajo según sea necesario; o según lo requiera el Comité de Educación Especial (CSE) o Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE).

## **STUDENT**

|         |                                                            |            |
|---------|------------------------------------------------------------|------------|
| Name    | Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | DOB:       |
| School: | Grade:                                                     | Exam Date: |

## **HEALTH**

|                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Allergies</b> <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Yes, indicate type | Type:<br><input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached                                                                                                 |
| <b>Asthma</b> <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Yes, indicate type    | <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other :<br><input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached |
| <b>Seizures</b> <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Yes, indicate type  | Type: Date of last seizure:<br><input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached                                                                               |
| <b>Diabetes</b> <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Yes, indicate type  | Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2<br><input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> 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):** ☐ <5<sup>th</sup> ☐ 5<sup>th</sup>-49<sup>th</sup> ☐ 50<sup>th</sup>-84<sup>th</sup> ☐ 85<sup>th</sup>-94<sup>th</sup> ☐ 95<sup>th</sup>-98<sup>th</sup> ☐ 99<sup>th</sup> and >

**Hyperlipidemia:** ☐ No ☐ Yes ☐ Not Done

**Hypertension:** ☐ No ☐ Yes ☐ Not Done

## **PHYSICAL**

|                                                                                                     |                                         |                                        |                                                            |                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Height:</b>                                                                                      | <b>Weight:</b>                          | <b>BP:</b>                             | <b>Pulse:</b>                                              | <b>Respirations:</b>                                                                                     |
| <b>Laboratory Testing</b>                                                                           | <b>Positive</b>                         | <b>Negative</b>                        | <b>Date</b>                                                | <b>List Other Pertinent Medical Concerns<br/>(e.g. concussion, mental health, one functioning organ)</b> |
| TB- PRN                                                                                             | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>               |                                                            |                                                                                                          |
| Sickle Cell Screen-PRN                                                                              | <input type="checkbox"/>                | <input type="checkbox"/>               |                                                            |                                                                                                          |
| <b>Lead Level Required Grades Pre- K &amp; K</b>                                                    |                                         | <b>Date</b>                            |                                                            |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated $\geq 5$ $\mu\text{g/dL}$ |                                         |                                        |                                                            |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> <b>System Review and Abnormal Findings Listed Below</b>                    |                                         |                                        |                                                            |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> HEENT                                                                      | <input type="checkbox"/> Lymph nodes    | <input type="checkbox"/> Abdomen       | <input type="checkbox"/> Extremities                       | <input type="checkbox"/> Speech                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Dental                                                                     | <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Back/Spine    | <input type="checkbox"/> Skin                              | <input type="checkbox"/> Social Emotional                                                                |
| <input type="checkbox"/> Neck                                                                       | <input type="checkbox"/> Lungs          | <input type="checkbox"/> Genitourinary | <input type="checkbox"/> Neurological                      | <input type="checkbox"/> Musculoskeletal                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:                            |                                         |                                        | Diagnoses/Problems (list) ICD-10 Code*                     |                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Additional Information Attached                                            |                                         |                                        | *Required only for students with an IEP receiving Medicaid |                                                                                                          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------|
| Name:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                   | DOB:                                                     |                          |
| SCREENINGS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
| Vision (w/correction if prescribed)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   | Right                                                            | Left                                                              | Referral                                                 | Not Done                 |
| Distance Acuity                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   | 20/                                                              | 20/                                                               | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| Near Vision Acuity                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   | 20/                                                              | 20/                                                               |                                                          | <input type="checkbox"/> |
| Color Perception Screening <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          | <input type="checkbox"/> |
| 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 <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail | Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail | Referral <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/>                                 |                          |
| Notes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
| Scoliosis Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   | Negative                                                         | Positive                                                          | Referral                                                 | Not Done                 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   | <input type="checkbox"/>                                         | <input type="checkbox"/>                                          | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> |
| RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Student may participate in all activities without restrictions.<br><input type="checkbox"/> Student is restricted from participation in:<br><input type="checkbox"/> <b>Contact Sports:</b> Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.<br><input type="checkbox"/> <b>Limited Contact Sports:</b> Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.<br><input type="checkbox"/> <b>Non-Contact Sports:</b> Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.<br><input type="checkbox"/> <b>Other Restrictions:</b> |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
| <b>Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required</b> for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level <b>OR</b> Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.<br><b>Tanner Stage:</b> <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V      Age of First Menses (if applicable) : _____                                                                                                                                                                                                      |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
| <input type="checkbox"/> <b>Other Accommodations*:</b> (e.g. Brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggle, etc.) Use additional space below to explain.    *Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
| MEDICATIONS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Order Form for Medication(s) Needed at School Attached                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
| IMMUNIZATIONS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
| <input type="checkbox"/> Record Attached <input type="checkbox"/> Reported in NYSIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
| HEALTH CARE PROVIDER                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
| Medical Provider Signature:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
| Provider Name: <i>(please print)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
| Provider Address:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |
| Phone:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                   |                                                                  | Fax:                                                              |                                                          |                          |
| Please Return This Form To Your Child's School When Completed.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                   |                                                                  |                                                                   |                                                          |                          |

**EL DISTRITO ESCOLAR DE ISLAND PARK**  
**99 Radcliffe Road**  
**Island Park, New York 11558**

**CUESTIONARIO DE SALUD PARA LA ADMISIÓN A ESCUELA**

Nombre del niño/a \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

1. ¿Ha tenido su niño/a un examen de salud de rutina? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Si sí, fecha del última examen \_\_\_\_\_

2. ¿Ha tenido su niño/a alguna enfermedad o herido en el último año? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
¿Requirió la enfermedad/el herido hospitalización? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Si sí, por favor escriba detalles: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Tiene su niño/a alguna discapacidad? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Si sí, por favor indique el problema: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ¿Hay alguna limitación en las actividades? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Si sí, por favor indique las limitaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. ¿Tiene su niño/a una necesidad especial a causa de problemas de la salud? Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_  
Si sí, por favor describa: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. HISTORIA DE SALUD**

A. Alergias o reacciones Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

B. La fiebre del heno, asma, sibilancias Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

C. Eccema o erupción cutánea frecuente Sí \_\_\_\_ No \_\_\_\_

- |                                                                                       |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| D. Convulsiones                                                                       | Sí ___ No___ |
| E. Problema de Corazón                                                                | Sí ___ No___ |
| F. Diabetes                                                                           | Sí ___ No___ |
| G. Frecuentes resfriados, dolor de garganta,<br>dolor del oído (cuatro o más por año) | Sí ___ No___ |
| H. Problemas con orinar o defecar                                                     | Sí ___ No___ |
| I. Falta del aire                                                                     | Sí ___ No___ |
| J. Problema del habla                                                                 | Sí ___ No___ |
| K. Problemas de los dientes                                                           | Sí ___ No___ |
| L. Alergias a la medicina                                                             | Sí ___ No___ |

Por favor, explique cualquiera condición a que respondió con “SÍ”:

---

---

---

---

---

7. ¿Toma su niño/a alguna medicina regularmente? Sí \_\_\_ No\_\_\_

Si sí, ¿qué medicina? \_\_\_\_\_

¿Por qué? \_\_\_\_\_

Requerimiento de Dosis \_\_\_\_\_

---

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**ISLAND PARK UNION FREE SCHOOL DISTRICT**  
**99 Radcliffe Road**  
**Island Park, New York 11558**

**DENTIST'S EXAMINATION RECORD**

*REGISTRO DE EXAMEN DEL DENTISTA*

**CHILD'S NAME** \_\_\_\_\_

**ADDRESS** \_\_\_\_\_

**TELEPHONE NUMBER** \_\_\_\_\_

**EXAMINATION DATE** \_\_\_\_\_

**This is to certify that I have examined the above named student and I hereby inform you that:**

**No treatment is necessary** \_\_\_\_\_

**Treatment is in progress** \_\_\_\_\_

**Treatment is completed** \_\_\_\_\_

**Comments:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Dentist's Signature**

\_\_\_\_\_  
**Address**

\_\_\_\_\_  
**Town, State, Zip**

\_\_\_\_\_  
**Telephone Number**

## FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN – CUESTIONARIO DE RESIDENCIA

Nombre del Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: ☐ Hombre Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_

☐ Mujer Mes Día Año (jardín de infantes – 12) (opcional)

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.**

**¿Dónde está el estudiante viviendo actualmente?** (Por favor marque una caja.)

- ☐ En un refugio
- ☐ Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
- ☐ En un hotel/motel
- ☐ En un carro, parque, autobús, tren, o camping
- ☐ Otra vivienda temporal (Por favor describa): \_\_\_\_\_
- ☐ En un hogar permanente

\_\_\_\_\_  
**Nombre** de Padre, Guardián, o  
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

\_\_\_\_\_  
**Firma** de Padre, Guardián, o  
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS:** Si el estudiante **NO** vive en un hogar permanente, favor de asegurarse que una Formulario de Designación sea completado



Office of Bilingual Education and World Languages

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

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

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

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

|                                                        |                |                                    |
|--------------------------------------------------------|----------------|------------------------------------|
| NOMBRE DEL ESTUDIANTE:                                 |                |                                    |
|                                                        |                |                                    |
| Nombre                                                 | Segundo nombre | Apellido                           |
| FECHA DE NACIMIENTO:                                   |                | GÉNERO:                            |
|                                                        |                | <input type="checkbox"/> Masculino |
|                                                        |                | <input type="checkbox"/> Femenino  |
| Mes                                                    | Día            | Año                                |
| INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL |                |                                    |
|                                                        |                |                                    |
| Apellido                                               | Primer Nombre  | Relación con el estudiante         |

HOME LANGUAGE CODE

|  |
|--|
|  |
|--|

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

|                                                                          |                                                      |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED: |                                                      |
| SCHOOL DISTRICT INFORMATION:                                             | STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM: |
|                                                                          |                                                      |
| District Name (Number) & School                                          | Address                                              |



## Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

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

|                                                        |                                           |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Firma de un padre o de la persona en relación paternal | Mes: _____ Día: _____ Año: _____<br>Fecha |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|

Relación con el estudiante:   ☐ Padre   ☐ Otra: \_\_\_\_\_

| OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NAME: _____                                                                                                                                                                                 | POSITION: _____                                                                                                                                                                                                                     |
| IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                     |
| NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                     |
| NAME: _____                                                                                                                                                                                 | POSITION: _____                                                                                                                                                                                                                     |
| ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> YES                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b><br>_____<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>MO.</span> <span>DAY</span> <span>YR.</span> </div>  | <b>OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b><br><input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL<br><input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT<br><input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM                               |
| NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                     |
| NAME: _____                                                                                                                                                                                 | POSITION: _____                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:</b><br>_____<br><div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>MO.</span> <span>DAY</span> <span>YR.</span> </div> | <b>PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:</b><br><input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING |
| FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:                                                             |                                                                                                                                                                                                                                     |

**Island Park UFSD  
99 Radcliffe Road  
Island Park, New York**

**CONSENTIMIENTO DE MEDICAID**

Estimado Padre/Guardian de \_\_\_\_\_

Esto es para solicitar su permiso (autorización) para fracturar a su o su niño, el seguro de Medicaid para el programa de educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el programa de educación individualizada (IEP) de su niño. Este acuerdo permite que, el Distrito Escolar fracture servicios relacionados.

Yo, \_\_\_\_\_ como padre/tutor de \_\_\_\_\_  
(Imprime nombre de su niño)

acabo de recibir una notificación par escrito del Distrito Escolar que explica mi derechos federales con respecto a la utilización de beneficios publico o seguros que pagan ciertos programas de educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y estoy de acuerdo que el distrito escolar puede acceder a Medicaid para que paguen par la educación especial y servicios relacionados de mi niño. Entiendo que: en dar mi consentimiento, no le afectara el seguro de Medicaid de mi niño; cuando quiero, puedo revisar las copias de los registros/documentos transmitido en virtud de esta autorización; servicios que estan indicado en el IEP de mi niño deben ser proporcionado sin costa a mi, si estoy en acuerdo o no permito dar mi consentimiento a Medicaid; tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier momento; y el Distrito Escolar debe mandar (cada aria), notificación par escrito sabre mis derechos con respecto a este consentimiento. Yo también doy mi consentimiento para que el Distrito Escolar mande los registros siguientes/información sabre mi niño, a La Agencia de Medicaid del Estado de Nueva York, para que facturen programas de educación especial y servicios relacionados que están indicado en el IEP de mi niño. Los registros siguientes serán compartidos.

| <b>Registros compartidos (registros/información sobre servicios que su niño)</b> |                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| Prescription                                                                     | Service Provider Attendance              |
| Referral                                                                         | "Under the Direction of" Certification   |
| Treatment Logs                                                                   | "Under the Supervision of" Certification |
| Individualized Education Program - IEP                                           | "Under the Direction of" Logs            |
| Attendance Records                                                               | "Under the Supervision of" Logs          |
| Bus Logs                                                                         | Calendar                                 |
| Other unnamed documents needed to support a claim to Medicaid                    |                                          |

Doy mi consentimiento voluntario y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También tengo entendido que en mi niño teniendo el derecho de recibir educación especial y servicios relacionados, en ninguna manera depende en mi autorización y que, a pesar de mi decisión de proporcionar este consentimiento, todos los servicios requeridos en el IEP de mi niño, sera siempre ofrecido a mi niño sin algun costo a mí.

Firma de Padre/Madre: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Madre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR DE ISLAND PARK**

**99 Radcliffe Road**

**Island Park, New York 11558**

**(516) 434-2600 FAX: (516) 431-7550**

**AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN AL  
DISTRITO ESCOLAR DE ISLAND PARK**

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**A (Escuela anterior del Estudiante):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DE: Distrito Escolar de Island Park**

Yo autorizo a usted para liberar todos los registros pertinentes, incluyendo, pero no limitado a, registros académicos, médicos, psicológicos y de todas las pruebas para el siguiente alumno:

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Por favor mande los documentos a la escuela indicada:

\_\_\_\_\_ F.X. Hegarty Escuela, Radcliffe Road, Island Park, NY 11558 (Grados K-4)

\_\_\_\_\_ Island Park Escuela Intermedia, Trafalgar Blvd., Island Park, NY 11558 (Grados 5-8)

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

*Firma*

ISLAND PARK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

99 Radcliffe Road

Island Park, New York 11558

(516) 434-2600 FAX: (516) 431-7550

**INSCRITO NUEVO**

**HISTORIA DE LA EDUCACIÓN ESPECIAL**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Ha sido ofrecido su niño/a servicios por el Comité de Educación Pre-escolar (CPSE)/  
Comité de educación especial (CSE) en cualquier momento en el pasado?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es así, por favor indique abajo el año escolar y los tipos de servicios ofrecidos:

Año Escolar/ \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Servicio(s): \_\_\_\_\_

Mi niño/a ha recibido \_\_\_\_\_ o no ha recibido \_\_\_\_\_ servicios CPSE/CSE.

Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

*Firma*

Fecha: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DEL DISTRITO ESCOLAR PARA LA LIBERACION DE NOTICIAS:  
ESTREVISTAS DE ESTUDIANTES, FOTOGRAFÍAS, VIDEOS Y TRABAJO**

Estimados Padres / Tutores:

El Distrito Escolar de Island Park publica boletines informativos, calendarios, sitios web y comunicados de prensa que destacan a estudiantes y programas de nuestras escuelas.

Yo doy consentimiento que el Distrito tome y utilice las entrevistas, los registros de audio, las fotografías, las videocintas y / u otras transmisiones de cualquier tipo de mi hijo para propósitos de relaciones públicas, educacionales o de otro tipo (en ningún caso se utilizarán con fines comerciales), incluyendo pero no limitado a usar en el sitio web del Distrito, calendarios, boletines, comunicados de prensa, página del Distrito en Facebook u otros medios sociales. Además, estoy de acuerdo en que estos materiales que han sido capturados serán propiedad del Distrito. Por la presente libero y descargo al Distrito y a sus representantes de cualquier reclamación que pueda surgir del uso en cualquier momento de tales entrevistas, grabaciones de audio, fotografías, imágenes, videos u otras transmisiones electrónicas de cualquier tipo.

A menos que usted se oponga a que su hijo participe en dicha cobertura, asumiremos que usted da permiso al Distrito. Si usted se opone, por favor complete este formulario y devuélvalo al maestro de su hijo lo más pronto posible.

Gracias por su cooperación,

Sinceramente,

Ms. Cynthia Cameron, Director de la Escuela Primaria Francis X Hegarty  
Dr. Bruce Hoffman, Director de la Escuela Intermedia Lincoln Orens

.....

**Island Park UFSD  
Formulario de la Liberación de Medios De Comunicación**

☐ Yo no doy consentimiento.

NOMBRE DEL HIJO \_\_\_\_\_

CLASE o MAESTRO DEL HOMEROOM \_\_\_\_\_

FIRMA DE PADRE / TUTOR \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Por favor complete y devuelva este formulario al maestro de su hijo lo más pronto posible.

**ISLAND PARK UFSD  
Island Park, New York**

**FORMULARIO PARA LA LIBERACION DE OTRAS MEDIOS DE COMUNICACION Y  
FUNCIONARIOS ELEGIDOS:  
ESTREVISTAS DE ESTUDIANTES, FOTOGRAFÍAS, VIDEOS Y TRABAJO**

Estimados Padres / Tutores:

Periódicamente, los representantes externos de los medios de comunicación (el Herald, Tribune, Newsday, etc.) y los funcionarios elegidos del Pueblo, la Ciudad, el Condado, el Estado y el gobierno Federal (y sus representantes) solicitan permiso para escribir una noticia sobre nuestras escuelas y / o nuestros estudiantes. Las fotografías, grabaciones de video y / o citas de los niños y su trabajo a menudo acompañan a los artículos con fines de impresión o difusión.

Yo doy consentimiento para entrevistas, grabaciones de audio, fotografías, grabaciones de video u otras transmisiones de cualquier tipo de mi hijo o que incluyan o identifiquen a mi hijo para ser tomadas y usadas por medios de prensa externos y funcionarios elegidos para prensa, medios de impresión o difusión. También estoy de acuerdo en que estos materiales que han sido capturados serán propiedad de la agencia de medios aplicable o funcionario elegido y por este medio liberan y descargan al Distrito Escolar Libre de Island Park ya sus representantes de cualquier reclamación que pueda surgir de la toma y uso en cualquier momento de tales entrevistas, fotografías, videos u otras transmisiones electrónicas u otras de cualquier tipo.

A menos que usted se oponga a que su hijo participe en dicha cobertura, asumiremos que usted da permiso al Distrito. Si usted se opone, por favor complete este formulario y devuélvalo al maestro de su hijo lo más pronto posible.

Gracias por su cooperación,  
Sinceramente,

Ms. Cynthia Cameron, Director de la Escuela Primaria Francis X Hegarty  
Dr. Bruce Hoffman, Director de la Escuela Intermedia Lincoln Orens

.....  
**Island Park UFSD  
Outside News Media and Elected Officials Release Form**

[ ] Yo no doy consentimiento a las noticias externas.

[ ] Yo no doy consentimiento a la liberación a los funcionarios elegidos.

NOMBRE DEL HIJO \_\_\_\_\_

CLASE O MAESTRO DEL HOMEROOM \_\_\_\_\_

NOMBRE de PADRE/TUTOR (POR FAVOR ESCRIBE) \_\_\_\_\_

FIRMA de PADRE/TUTOR \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_

Por favor complete y devuelva este formulario al maestro de su hijo lo más pronto posible.

### **3800 - USO ACEPTABLE DE INTERNET POLÍTICA (AUP)**

El Distrito Escolar de Island Park se compromete al uso responsable, eficiente, ético y legal de sus instalaciones de telecomunicaciones.

Uso aceptable de telecomunicaciones incluye actividades que apoyan la enseñanza y el aprendizaje. Uso de las cuentas del Distrito se limita a actividades relacionadas con la escuela o cursos. Los usuarios se les anima a utilizar los servicios de telecomunicaciones, pueden incluir, pero no son limitado a, correo electrónico, conferencias, boletines, bases de datos y acceso a Internet, incluyendo el Web del Mundo, Telnet y Archivo Transferencia Protocolo (FTP).

#### **Uso Inaceptable**

Las actividades que no están permitidas en las cuentas del distrito incluyen:

- El plagio
- Uso de obscenidad o lenguaje que puede ser ofensivo para otros
- Reponer Comunicaciones sin el consentimiento del autor
- Copiar software en violación de las leyes del derecho del autor
- Uso de servicios en línea para beneficios con fines de lucro, comercial o actividad ilegal
- El desarrollo o la propagación del virus de computadora
- La participación en actos de vandalismo

#### **Responsibilities de Empleados**

Los empleados del Distrito enseñarán y/ modelarán las técnicas adecuadas y las normas relacionadas al uso de computadoras del Distrito; equipo de telecomunicaciones, el Internet y cuentas de correo electrónico. Los empleados entienden que el abuso de los servicios por sí mismos o para quienes que están responsables pueden resultar en la pérdida de privilegios y pueden estar sujetos a sanciones adicionales de la escuela, así como otras sanciones previstas en la ley.

#### **Procedimiento de Obtende Acceso**

Para obtener el uso de una cuenta del Distrito, los estudiantes y sus padres deben:

- Completar el formulario, ***Aplicación de Estudiantes para el Uso de Computadora***, Internet y Correo Electrónico, anualmente.
- Acordar a las directivas de equipo del Distrito que rigen el uso de computadoras, internet y correo electrónico,
- Acordar a la formación de los estudiantes.

#### **Para Obtener el Uso de una Cuenta del Distrito para Empleados**

Los empleados deben:

- Completar el formulario, **Aplicación de Empleado** de para el uso de Computadoras, Internet y Correo Electrónico.
- Acordar a las directivas de equipo del Distrito (3800) que rigen el uso de computadoras, internet y correo electrónico, y las reglas relacionadas y regulaciones.
- Acordar a la política (3850) con respecto a los Recursos Informáticos y gestión de Datos del Distrito
- Acordar a solicitar entrenamiento referente a cualquier asuntos relacionados para los que necesitan aclaración o mayor comprensión.

Esta política se aplica a todos los usuarios de las cuentas del distrito y/o instalaciones.  
(Ver Reglamento 3 800)

**NORMAS Y REGLAMENTOS DE TELECOMUNICACIONES**

*Los usuarios de telecomunicaciones se esperan que mantienen las Normas y Reglamentos del Distrito de Telecomunicaciones. Ellos incluyen (pero no están limitados a) los siguientes:*

1. Todo uso de las telecomunicaciones debe ser en apoyo a la educación y la investigación y ser coherente con los propósitos del distrito escolar de Island Park.
2. Se prohíbe cualquier uso de las cuentas en línea para propósito comerciales o lucro, el anuncio de productos de cabildeo político.
3. Se prohíbe el uso de la cuentas en línea para empresas personal y privadas.
4. El usuario no deberá buscar con intención, obtener copias de o modificar archivos, datos o contraseñas, pertenecientes a los demás.
5. Los usuarios no deben tergiversar a sí mismos a otros en línea
6. La comunicación y información accesible por Internet no es segura. Por lo tanto, los usuarios no deben revelar información personal (dirección, número de teléfono, número de seguro social o números de tarjeta de crédito) cuando en línea.
7. Los usuarios no deben interrumpir el acceso de otras personas al servicio.
8. Hardware o software no puede ser modificado, destruido o abusado de cualquier manera.
9. Correo de odio, acoso, observaciones discriminatorias y otros comportamientos antisociales están prohibidos.
10. El uso de las cuentas del distrito para desarrollar programas que acosan a otros o infiltrarse en un ordenador o sistema informático o dañan los componentes de software de un ordenador o sistema informático está prohibido.
11. Norma restricciones de derechos de autor debe ser observado.
12. El uso de las cuentas del distrito para acceder o procesar material pornográfico, archivos de texto inapropiado, o archivos peligrosos para la integridad del distrito ordenadores y/o redes está prohibido.
13. De vez en cuando, el Distrito Escolar de Island Park revisará las prácticas y políticas de telecomunicaciones.
14. El uso de las computadoras del Distrito es un privilegio, no un derecho; uso inapropiado resultará en la suspensión o revocación de ese privilegio.

**No hay Garantía de Privacidad**

**Los usuarios utilizando la red de computadoras del Distrito no deben esperar, ni el Distrito garantiza la privacidad por correo electrónico o por cualquier uso de la red de computadoras del Distrito. El Distrito reserva el derecho de acceder, ver y/o revelar cualquieras materiales en equipo del Distrito o cualquier material usado en conjunción con la red de computadoras del Distrito.**



**DISTRITO DE ISLAND PARK SIN UNIÓN**

**APLICACIÓN DE ESTUDIANTE PARA EL USO DE COMPUTADORA, INTERNET & CORREO ELECTRÓNICO**

Nombre de Estudiante \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_  
(Por Favor Imprima)

Escuela \_\_\_\_\_ Aula \_\_\_\_\_

- Yo he leído y entiendo la Política de Uso de las Telecomunicaciones y Reglamentos de Telecomunicaciones.
- Yo he discutido estas políticas con mi padre o tutor.
- Yo estoy de acuerdo en acatar sus disposiciones. Si no, Yo entiendo que perderé acceso en línea y privilegios relacionados, y estaré sujeto a acción disciplinaria escolar y acciones legales.

Firma de Estudiante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

.....  
**PADRE O TUTOR**

- Yo he leído y entiendo la Política de Uso de las Telecomunicaciones y Reglamentos de Telecomunicaciones.
- Yo aceptaré responsabilidad por el uso apropiado de mi hijo/a en equipos de telecomunicaciones del Distrito y su acceso potencial a la Red Internet y las cuentas en línea mientras usa cuentas del Distrito incluso cuando no está en un ambiente escolar.
- Yo entiendo que mi hijo/a estará sujeto a las consecuencias disciplinarias si él/ella viola estas reglas.
- Yo acepto ser legal y financieramente responsable de cualquier mal uso de la tecnología, Internet y correo electrónico de mi hijo/a como indicado en las políticas del Distrito y definido por la Ley del Estado de Nueva York.
- No esperaré El Distrito Escolar de Island Park Sin Unión responsable para materiales controversiales adquiridos mientras en línea.
- Yo entiendo estas políticas y/o pide aclaraciones.
- Yo certifico que la información en este formulario es correcta y yo doy permiso que me hijo/a utilizar una cuenta del Distrito.

Imprima Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Dirección de Casa \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

**ISLAND PARK UNION FREE SCHOOL DISTRICT**  
**99 Radcliffe Road**  
**Island Park, New York 11558**

Los padres pueden solicitar una evaluación de su niño/a y remisión si sospechan que su niño/a tiene una necesidad de programas o servicios de educación especial. Información adicional puede encontrarse en la publicación *Educación Especial en estado de Nueva York para niños 3-21, Guía de los Padres*, lo que está disponible a través del Departamento de educación del estado de Nueva York en la siguiente dirección web:

(Español): <http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/spanishparentguide.htm>

También puede comunicarse con el Mr. Jacob Russum, Director de servicios estudiantiles personal en (516) 434-2620 para obtener más información.

**ISLAND PARK UNION FREE SCHOOL DISTRICT**  
**FRANCIS X. HEGARTY ELEMENTARY SCHOOL**  
**Island Park, New York**

**Registro de Kinder**

Nombre de Nino/a \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre de Padre \_\_\_\_\_ Madre \_\_\_\_\_

Preguntas durante el registro de kindergarten con respecto a la asistencia preescolar/de pre kindergarten.

1. ¿ Asisto su hijo/a a preescolar/de pre kindergarten?

2. ¿Qué programa de preescolar/de pre kindergarten asistio?

3. ¿Cuántos días por semana asistio su hijo/a a la escuela preescolar? ¿Cuántas horas al día?

Como un niño/a de 2 años \_\_\_\_\_

Como un niño/a de 3 años \_\_\_\_\_

Como un niño/a de 4 años \_\_\_\_\_

4. ¿Cuantos meses/años asistio él/ella a la escuela cada año?

Como un niño/a de 2 años \_\_\_\_\_

Como un niño/a de 3 años \_\_\_\_\_

Como un niño/a de 4 años \_\_\_\_\_

# ISLAND PARK UNION FREE SCHOOL DISTRICT

## CENSO ESCOLAR

Estamos obligados a llevar a cabo un censo de todos los niños menores de 22 años que residen en nuestro distrito escolar y que aún no se han graduado de la escuela secundaria. Según la sección 3241 de la ley de educación, este censo debe incluir el nombre, la residencia, la fecha de nacimiento, los nombres de los padres y "la información adicional que la Junta de educación requerirá." En el pasado, hemos llevado a cabo este censo por un lienzo de casa en casa de nuestra comunidad. Nos hemos convertido a un procedimiento de censo por correo que será menos costoso y, con su cooperación, más preciso.

Es extremadamente importante que complete este formulario censal de forma completa y precisa. Esto nos ayudará mientras proyectamos la matrícula escolar para los próximos años. Usted puede guardar el franqueo del distrito si usted dejaría esta forma apagado en cualesquiera de nuestras oficinas principales de las escuelas. Gracias.

*Por favor imprima*

1. **PADRE O GUARDIÁN** \_\_\_\_\_ **MADRE O GUARDIÁN** \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Apellido) (Nombre)

2. **DOMICILIO:** \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado Código Postal

**TÉLEFONO:** \_\_\_\_\_ ¿Más de una familia en su domicilio? **SÍ** ( ) **NO** ( )

3. **IMPRIMA POR FAVOR LOS NOMBRES DE TODOS LOS NIÑOS QUE VIVEN EN EL PAÍS, DE NACIMIENTO A 22 AÑOS DE EDAD:**

| APELLIDO, NOMBRE | SEXO<br>M-F | FECHA DE<br>NACIMIENTO<br>(mes/día/año) | GRADO<br>(Septiembre) | ESCUELA<br>Asistiendo en septiembre |
|------------------|-------------|-----------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------|
|                  |             |                                         |                       |                                     |
|                  |             |                                         |                       |                                     |
|                  |             |                                         |                       |                                     |
|                  |             |                                         |                       |                                     |

4. **SI UN NIÑO TIENE UNA DISCAPACIDAD O UN PROBLEMA FÍSICO GRAVE, SÍRVASE DESCRIBIR BREVEMENTE:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. **IDIOMA HABLADO EN CASA:** \_\_\_\_\_

**GRACIAS POR SU AYUDA**

\_\_\_\_\_  
*Firma*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*



## PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA MIGRANTES DEL ESTADO DE NEW YORK

OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, **sin importar su nacionalidad o estado legal**. Este programa **es gratuito** para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de involucramiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

**Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.**

**¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?**

- ☐ Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- ☐ Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- ☐ Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



**Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:**

Nombre del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_

Dirección Física: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_)-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Mejor tiempo para ser contactado \_\_\_\_\_ AM/PM

Dirección anterior: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

**Para someter este referido, por favor envíelo por fax a 607-436-3606, o por correo a NYS Migrant Education Program- Identification & Recruitment Office: 100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY**

**12020**



Date Withdrew \_\_\_\_\_

F \_\_\_\_ R \_\_\_\_ D \_\_\_\_

**Solicitud de Familia para las Comidas Escolares y Leche Gratis o Precios Reducidos**

Para solicitar por comidas gratuitas o precios reducidos para sus niños, lea las instrucciones en el reverse, complete este formulario para su hogar, firme su nombre y volver a. Llame si usted necesita ayuda. Nombres adicionales se pueden ser listados en un documento separado. Devuelva aplicaciones completas a: **Island Park Schools Lunch Program, 150 Trafalgar Blvd. Island Park, NY 11558 Tel: (516) 434-2622**

1. Lista todos los niños en su hogar que asisten una escuela:

| Nombre del estudiante | Escuela | Grado/Profesor(a) | Hijo/a de crianza        | Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo |
|-----------------------|---------|-------------------|--------------------------|----------------------------------|
|                       |         |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
|                       |         |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
|                       |         |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
|                       |         |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
|                       |         |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |
|                       |         |                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>         |

2. SNAP/TANF/FDPIR beneficios:

Si alguien en su hogar recibe cupones de alimentos, o beneficios de TANF o FDPIR, liste su nombre y CASO # aquí. Vaya a la parte 4, y firme la solicitud.

Nombre: \_\_\_\_\_ CASO # \_\_\_\_\_

3. Informe todos los ingresos para TODOS los miembros del hogar (Omita este paso si usted respondió 'sí' al paso 2)

**Todos los miembros del hogar (incluyendo a ti mismo y todos los niños que tienen ingresos).**

Lista todos los miembros de la Familia no aparece en el paso 1 (incluido usted mismo) incluso si no reciben ingresos. Por cada miembro de su familia, si no reciben ingresos, informe los ingresos totales de cada fuente en su conjunto sólo dólares. Si no reciben cualquier otra fuente de ingresos, escriba '0'. Si introduce '0' o dejar los campos en blanco, está certificando (prometedor) que no hay informe de ingresos.

| Nombre del miembro del hogar | Ganancias del trabajo antes de las deducciones<br><b>Cantidad/Frecuencia</b> | La manutención de menores, pensión alimenticia<br><b>Cantidad/Frecuencia</b> | Pensiones, los pagos de jubilación<br><b>Cantidad/Frecuencia</b> | Otros ingresos, Seguridad Social<br><b>Cantidad/Frecuencia</b> | Sin Ingreso, Emigrante, Fugitivo |
|------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|----------------------------------|
|                              | \$ _____ / _____                                                             | \$ _____ / _____                                                             | \$ _____ / _____                                                 | \$ _____ / _____                                               | <input type="checkbox"/>         |
|                              | \$ _____ / _____                                                             | \$ _____ / _____                                                             | \$ _____ / _____                                                 | \$ _____ / _____                                               | <input type="checkbox"/>         |
|                              | \$ _____ / _____                                                             | \$ _____ / _____                                                             | \$ _____ / _____                                                 | \$ _____ / _____                                               | <input type="checkbox"/>         |
|                              | \$ _____ / _____                                                             | \$ _____ / _____                                                             | \$ _____ / _____                                                 | \$ _____ / _____                                               | <input type="checkbox"/>         |
|                              | \$ _____ / _____                                                             | \$ _____ / _____                                                             | \$ _____ / _____                                                 | \$ _____ / _____                                               | <input type="checkbox"/>         |

Totales miembros de la familia (niños y adultos)

Últimos cuatro dígitos del Numero de Seguridad Social: XXX-XX- \_\_\_\_\_

No tengo un SS# ☐

\* Al completar la sección 3, un miembro de adulto del hogar tiene que proveer los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social (SS#), o marcar el "no tengo un numero de SS#" antes de que la aplicación puede ser aprobada.

4. Firma: Un miembro adulto del hogar tiene que firmar esta aplicación antes de que puede ser aprobado.

Certifico (prometo) que toda la información en esta aplicación es verdadera y que todos los ingresos están reportado. Entiendo que les doy esta información para que la escuela recibirá fondos federales; los funcionarios de la escuela pueden verificar la información, y si yo doy intencionalmente información falsa, puedo ser procesado bajo leyes federales y estatales aplicables, y mis hijos pueden perder beneficios de comida.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa: \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_ Dirección de la casa: \_\_\_\_\_

5. Estamos obligados a solicitar información sobre la raza de sus niños y su origen étnico. Esta información es importante y ayuda a garantizar que servimos completamente a nuestra comunidad. Responder a esta sección es opcional y sus niños seguirán teniendo derecho a solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido.

Grupo étnico : ☐ Hispano o latino ☐ No hispano o latinoRaza (marque una o más): ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro o afroamericano ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico ☐ Blanco**NO ESCRIBA DEBAJO ESTA LINEA- PARA USO DE LA ESCUELA****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: \_\_\_\_\_

## INSTRUCCIONES DE SOLICITUD

Para solicitar comidas gratuitas o precio reducido, llene sólo una solicitud de su hogar siguiendo las instrucciones. Firme la solicitud y envíela a Island Park Schools Lunch Program, 150 Trafalgar Blvd. Island Park, NY 11558. Si tiene un hijo de crianza en su hogar, usted puede incluir en su solicitud. Llame a la escuela si necesita ayuda: Tel: (516) 434-2622. Asegure de que toda la información se proporciona. Si no lo hace puede resultar en la denegación de beneficios para su hijo o retrasos innecesarios en la aprobación de su solicitud.

### PARTE 1 **TODOS LOS HOGARES NECESITEN COMPLETAR LA Información. NO LLENE MAS DE UNA SOLICITUD PARA SU HOGAR.**

- (1) Imprima los nombres de los niños para usted está aplicando en una sola aplicación. (2) Liste su grado y escuela.
- (3) Marque el bloque para indicar un hijo de crianza que vive en su hogar, o si usted cree y niño cumple con la descripción para personas sin hogar, migrante, o escapado de casa (personal de la escuela confirmará esta elegibilidad).

---

### PARTE 2 **HOGARES CON CUPONES DE ALIMENTOS, TANF O FDPIR DEBE COMPLETE PARTE 2 Y FIRME PARTE 4**

- (1) Liste un presente SNAP, TANF, o FDPIR (Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas) caso número de alguien viviendo en su hogar. El número del caso esta proporcionado en su tarjeta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar necesite firmar la solicitud en PARTE 4. Omite PARTE 3. No liste nombres de miembros del hogar o ingresos si lista un caso número de SNAP, TANF o FDPIR número.

---

### PARTE 3 **TODOS OTROS HOGARES NECESITEN LLENAR ESAS PARTES Y TODOS DE PARTE 4.**

- (3) Escriba los nombres de todos en su hogar, sean o no recibe ingresos. Incluya su nombre y los niños que usted está solicitando, todos los otros niños, su marido(a), abuelos, e otras personas en su hogar (familia o no). Utilice otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (4) Escriba la cantidad de ingresos Corrientes de cada miembro del hogar recibe, antes de impuestos o otras deducciones, e indique de donde vino, tales como sueldo, asistencia social, pensiones e otros ingresos. Si el ingreso corriente es más o menos del normal, indique el ingreso normal de esa persona. **Especifique la frecuencia con la cantidad de ingreso que se recibe: semanal, cada dos semanas, dos veces cada mes, o mensual.** El valor de cuidado de niños, proporcionado u arreglado, o cualquier cantidad recibida como pago por cuidado de niños o reembolso de los gastos incurridos por ese cuidado bajo de Cuidado de Niños y Subvención de Desarrollo Bloque, TANF y Programas de Cuidado de Niños de Riesgos **no** deben ser considerados como ingresos para este programa.
- (5) Pon el número total de miembros de la familia en la cajita. Este número debe incluir todos los adultos y niños en el hogar, y debe reflejar los miembros enumerados en parte 1 y parte 3.
- (6) La aplicación debe contener sólo los últimos cuatros dígitos del Numero de Seguridad Social del adulto que firme PARTE 4 si Parte 3 está llenando. Si el adulto no tenga un Número de Seguridad Social, marque la cajita. Si usted listó un número de SNAP, TANF o FDPIR, un número de Seguridad Social no es necesario.
- (7) Un miembro adulto del hogar tiene que firmar la aplicación en Parte 4.

---

**OTROS BENEFICIOS:** Su hijo(a) puede ser elegible por beneficios como Medicaid o Programa de Seguro Médico para Niños (PSMN). Para determinar si su hijo(a) es elegible, funcionarios del programa necesitan información desde la solicitud de comidas gratis o precio reducido. Su consentimiento escrito se requiere antes de que cualquier información pueda ser puesta en libertad. Por favor, refiérase a la Carta de Revelación Paternal y Declaración de Consentimiento para obtener información sobre otros beneficios.

#### USO DE INFORMACIÓN DECLARACIÓN

**USO DE INFORMACIÓN DECLARACIÓN:** El Richard B. Russell Ley Nacional de Almuerzo Escolar exige la información en esta solicitud. Usted no necesita dar la información, pero si no lo hace, nosotros no podemos aprobar su hijo(a) por comidas gratis o a precios reducidos. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social del miembro adulto asalariado primario del hogar o cualquier adulto en el hogar que firme la aplicación. Los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social no son necesarios si usted está solicitando para un hijo de crianza o usted lista un numero de Cupones de Alimentos, Temporal Asistencia para Familias Necesitadas (TANF) o el Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (PDARI) u otro identificador PDARI para su niño o cuando usted indica que el miembro adulto del hogar que firma la solicitud no tiene número de Seguridad Social. Nosotros usaremos su información para determinar si su niño es elegible para recibir comidas gratis o a precio reducido, y para la administración y la ejecución de los programas de almuerzo y desayuno. Es posible que compartiremos su información de elegibilidad con programas de educación, salud, y nutrición para ayudarles a evaluar, financiar, o determinar beneficios para sus programas, auditores para revisar programas, y funcionarios del orden para ayudarles a investigar violaciones de las reglas del programa.

#### QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en ingles), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.