



ESCOLA SECUNDÁRIA DE WESTBROOK

154 McVEAGH ROAD • WESTBROOK, CONNECTICUT 06498 • (860) 399-2010

Procedimento para o registro de novos alunos

Como seguintes informações devem ser fornecidas como.

2 Comprovantes de Residência (i.e. guia de imposto sobre a propriedade, declaração de hipoteca, contrato de aluguel, conta de consumo, etc.) Uma carteira de motorista não é aceitável. Isso garante a elegibilidade para frequentar as escolas de Westbrook.

Registros de Imunização físicas (ficha azul) em dia

Certidão de Nascimento ou Passaporte (uma cópia será feita e o original devolvido a você)

Os seguintes formulários são anexados e devem ser preenchidos:

Formulário de Inscrição/Formulário de Informações do Estudante – frente e verso

Questionário de Inscrição

Formulário de Residência Assinada

Formulário de Liberação de Registros Assinado

Acordo de Política do Uso de Internet com assinatura dos pais e do estudante

Formulários de Administração de Medicamentos

Contrato de Aceitação do Chromebook e Programa de Proteção

-
- Dacordo com a lei estadual e a Política de Educação, um novo aluno deve ter um exame físico para se matricular
 - Alunos que vierem para a de Connecticut precisam ter realizado um exame físico nos últimos 12 meses e no formulário do estado de CT.
 - Se se inscrever para um esporte, os exames físicos são exigidos anualmente. **NENHUM ALUNO** é elegível para esportes sem ter realizado um exame físico adequado. Consulte o diretor atlético ou a enfermeira da escola para obter mais detalhes.

Informações e inscrições para o seguro "Seguro Husky" e almoço gratuito ou reduzido estão disponíveis no site da WMS em DEPARTAMENTOS: Serviços alimentares. Uma cópia em papel também pode ser fornecida para sua conveniência.

Escolas Públicas de Westbrook - Ficha de Informações do Aluno

Por favor, faça todas as adições ou correções apropriadas neste formulário e assine na parte inferior. Essas são as informações que serão usadas para e-mail e contato telefônico da escola e do distrito. Este formulário é exigido anualmente pela Lei Estadual de Connecticut. Obrigado, Obrigado.

Você já frequentou escolas públicas de Westbrook antes? Sim, _____ Não, _____ caso sim, quando? _____

Aluno:

Endereço:

Endereço de e-mail:

Telefone residencial:

Celular do aluno:

Número do aluno (para uso escolar)

Data de nascimento:

Grau:

Gênero:

E-mail do aluno:

Informações dos pais/responsáveis - Contato de e-mail principal:

Por favor, forneça qualquer documentação pertinente sobre circunstâncias únicas relativas à tutela legal do aluno.

Nomo:

Nomo:

Relação:

Relação:

Rua:

Rua:

Cidade, Estado, Zip:

Cidade, Estado, Zip:

Empregador:

Empregador:

Por favor, inclua o código de área com todos os números de telefone:

Telefone residencial:

Telefone residencial:

Telefone de trabalho:

Telefone de trabalho:

Celular:

Celular:

E-mail:

E-mail:

Contatos de emergência além dos pais

Os indivíduos abaixo têm autorização para buscar meu filho e pode ser contatados durante o horário escolar no número informado.

Nome:

Relacionamento:

Telefones:

Nome:

Relacionamento:

Telefones:

Nome:

Relacionamento:

Telefones:

Informações de Emergência e Saúde

Em caso de acidente grave ou doença na escola, seu filho será encaminhado para uma unidade médica de emergência.

Os pais/responsáveis serão responsáveis despesas:

Médico:

Telefone:

Dentista:

Telefone:

Alerta Médico: Companhia de Seguros de

Saúde:

Apólice #

Você tem irmãos nas escolas públicas de Westbrook? Caso sim, por favor, informar abaixo:

Nome _____ Grau / Série _____ Nome Grau _____ / Série _____

Nome impressão do pai/mãe/guardião: _____

Assinatura do pai/mãe/guardião: _____ Dados: _____

Escolas Públicas de Westbrook - Ficha de Informações do Aluno - Página 2

O WHS PTSO está divulgando um diretório de informações dos pais (Endereço, telefone, e-mail). Se você não quiser ser listado no diretório, por favor, indicar aqui: _____

Esta é a informação que será usada para e-mail e contato telefônico do distrito escolar. Este formulário é exigido anualmente pela Lei Estadual de Connecticut.

INFORMAÇÕES DE CONTATO DE NÃO CUSTODIAIS/ADICIONAIS DOS PAIS/RESPONSÁVEIS (se necessário).

Nome: _____ Relação: _____
Rua: _____
Cidade, Estado, _____
Zip: Telefone _____
residencial: _____
Telefone ao _____
trabalho: _____
Celular: E-mail: _____

Nome: _____ Relação: _____
Rua: _____
Cidade, Estado, _____
Zip: Telefone _____
residencial: _____
Telefone ao _____
trabalho: _____
Celular: E-mail: _____

Essas informações são exigidas por todos os Distritos Escolares Estaduais sob a Lei de Educação Bilingue e ajudaram a determinar se existem uma necessidade de estabelecer um programa de educação bilingue ou inglês como um programa de segunda língua para estudantes que não falam inglês em nosso distrito.

Qual é o idioma do diretor do aluno? Que língua o aluno aprendeu a falar _____
primeiro? Qual é o _____
idioma principal falada pelos pais / responsáveis em casa? _____

Etnia: O estudante clube de verdade ou latino?

Latino Não Latino

Selecionar:

Raça (selecione todos que se aplicam)

Índio americano ou Nativo da Alasca D

Preto ou Africano

Rio Branco

Asiático

Nativo havaiano/outros habitantes do Pacífico

Hispânico/latino

O estudante nasceu nos Estados Unidos?

Selecionar:

Sim

NÃO

O estudante é migrante?

Por favor, selecione:

Sim

Não

Definição: Uma criança que é, ou cujo pai ou cônjuge é, um trabalhador agrícola migratório (incluindo um trabalhador leiteiro migratório ou um pescador migratório) e que se mudou nos últimos 36 meses através dos limites estaduais ou distritais obter para, ou acompanhar tal pai ou cônjuge, a fim de obter, emprego temporário ou no trabalho ou agrícola de pesca.

Você é de uma família militar? Por favor, selecione: Sim

Não

Definição: O filho de um pai ou responsável que é membro das Forças Armadas em serviço ativo ou servir em tempo integral na Guarda Nacional. Forças Armadas significa: Exército, Marinha, Força Aérea, Corpo de Fuzileiros Navais e Guarda Costeira.

Questionário de Inscrição

Nome do aluno: _____ Data de nascimento: _____ Série: _____

Escola Anterior (Nome, Endereço, Número de Telefone):

Na sua percepção, como seu filho se comporta nas seguintes áreas? (selecione um)

Leitura: Acima do Nível da Turma No nível da turma Abaixo do nível da turma

Redação: Acima do Nível da Turma No nível da turma Abaixo do nível da turma

Matemática

Por favor, comente sobre as seguintes áreas:

Como relações entre pares são apropriadas
pela idade? Se não, por favor explique:

Sim

Não

Interesses/Passatempos:

Seu filho já teve uma avaliação individual em um sistema escolar?

Se sim, por favor explique o motivo e os dados da avaliação:

Sim,

não.

Seu filho recebeu algum serviço de apoio?

____ Educação Especial

____ Plano de Acomodação 504

____ Plano de Saúde

____ Plano Acadêmico

____ Aconselhamento (Conselheiro, Psicólogo, Assistente Social)

____ Outros (_____)

Outras informações dos que estão cientes:



ESCOLA SECUNDÁRIA DE WESTBROOK

154 McVEAGH ROAD • WESTBROOK – CONNECTICUT • 06498 • (860) 399-2070

AUTORIZAÇÃO PARA LIBERAÇÃO DE REGISTROS ESTUDANTIS

De acordo com a Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família ("FERPA"), autorizo as Escolas Públicas de Westbrook a liberar e/ou obter (por favor, selecione um) os seguintes registros confidenciais sobre meu filho:

Nome da Criança: _____
Endereço: _____
Dados de nascimento: _____
País / guardiões: _____
Número de telefone: _____

(Por favor, selecione tudo o que se aplicar)

Obter

Libera

Todos os registros

Arquivo cumulativo

Pessoal do Aluno/Educação Especial

Disciplinar

Programas de Educação Individualizada (IEP)

Saúde/ Médicos

Outros (Por favor, especificar)

Para/De: _____
(Nome da escola)

Endereço _____
(Rua) (Cidade) (Estado/Zip
Código)

Telefone: (____) _____ Fax: (____) _____

Entendo que as informações a serem divulgadas são protegidas como um "registro educacional" sob a FERPA, e que tais informações não devem ser republicadas sem a permissão pela FERPA. Entendo ainda que os oficiais, funcionários e agentes de qualquer parte que receba informações protegidas sob a FERPA só podem usar essas informações para fins para os que a divulgação é feita.

Assinatura dos Pais/Guardiões _____

Dados _____

Se esta autorização está sendo usada para obter informações de saúde protegidas do médico de uma criança ou de outra entidade coberta no HIPAA, a seguinte seção também deve ser concluída:

Eu, o abaixo-assinado, autorizo especificamente _____

no endereço acima, para as aletas descritas abaixo (ou seja: avaliação de saúde para entrada escolar, avaliação da educação especial, etc.):

Ao assinar abaixo, concordo que uma fotocópia desta autorização será válida como o original. Esta autorização será válida por um período de um ano a partir dos dados abaixo. Eu entendo que eu posso revogar esta autorização a qualquer momento notificando o consultório do médico por escrito, mas se eu fizer isso, não terá qualquer efeito sobre as ações tomadas pelo Médico antes de receber tal revogação.

Entendo que, de acordo com a legislação aplicável, como informações divulgadas sob esta autorização pode estar sujeita à divulgação do destinatário e, portanto, não poderão mais ser protegidos pelas normas federais de privacidade.

Entendo que o tratamento do meu filho ou o tratamento continuado com qualquer profissional de saúde ou matrícula ou elegibilidade para benefícios com qualquer plano de saúde pode não estar condicionados a assinar ou não esta autorização e que eu poderia me recusar a assiná-lo.

Qualquer informação recebida pela escola de acordo com esta autorização é sujeito todas as leis de confidencialidade estadual e federal aplicáveis que regem o uso e divulgação de tais informações.

Assinaturado s Pais / Guardiões

Data

Imprimir nome dos Pais / Guardiões



ESCOLA SECUNDÁRIA DE WESTBROOK

154 McVEAGH ROAD • WESTBROOK, CONNECTICUT 06498 • (860) 399-2010

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

Certifico que (o aluno) _____ reside com seus pais/responsável legal à (rua) _____ na (cidade) _____ e é um residente permanente de Westbrook de acordo com o Ato Público 86-303.

Umtesto que a residência do aluno em Westbrook é permanente, fornecida sem remuneração ou apoio econômico dos pais, e não com o propósito de obter acomodações escolares nas Escolas Westbrook. Como mensalidades podem ser cobradas se um pai, mãe responsável ou enganou os funcionários da escola quanto à residência da criança.

Como pai, mãe ou responsável legal de (aluno), _____ estou solicitando sua matrícula como aluno na Westbrook Middle School em Westbrook, Connecticut. Entendo perfeitamente que sou obrigado a informar o diretor da escola imediatamente sobre qualquer mudança em sua residência.

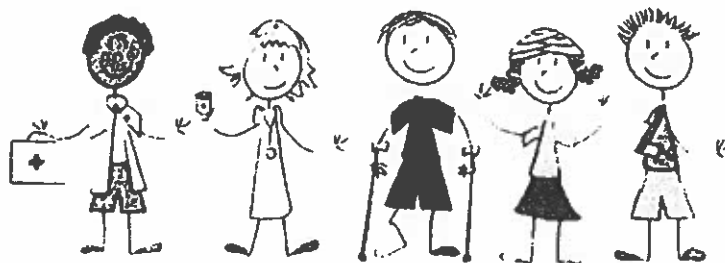
ATENÇÃO: INCLUA CÓPIAS DE DOIS DOCUMENTOS para verificar residência, ou seja, uma conta de imposto sobre a propriedade, contrato de aluguel, uma conta de luz, etc. Uma carteira de motorista não é uma prova aceitável.

Se a matrícula no Westbrook para negada, você tem o direito de solicitar uma audiência do Conselho de Educação. Este distrito tem o direito de cobrar a matrícula no período que a criança permanece nas Escolas Westbrook se o aluno for considerado inelegível para privilégios escolares.

Eu entendo que o Ato Público de Connecticut 86-303, dá ao direito a um distrito escolar de negar matrícula se suspeitar que o matriculado não é um residente de boa fé, e que o inscrito tem direito a uma audiência de processo devido perante o Conselho de Educação de Westbrook se recorrer a decisão.

Assinatura dos Pais/Guardiões

Dados



Informações do Gabinete de Saúde da Escola Secundária de Westbrook

Exames Físicos:

- Um formulário de exame físico abrangente (ficha azul) é exigido pelo conselho de educação e lei estadual de Connecticut durante o 6º ano e 10º ano e antes da entrada no 7º ano e 11º ano. Os exames físicos precisam incluir registros de visão, audição e postural e imunização. Sem esse exame físico, seu filho não pode passar para a próxima série.
- Se seu filho está planejando praticar um esporte, um exame físico atualizado deve estar arquivado no gabinete de saúde. Os exames físicos esportivos são válidos por 13 meses e precisam ser recebidos antes de qualquer participação, incluindo os testes. Como notas de ponte não serão aceitas pelas regras do CIAC.

Imunizações:

- Todos os alunos que ingressaram no Westbrook Middle/High School devem apresentar a prova de recebimento das seguintes imunizações:
- DTP/DTaP/Td (tétano) - Pelo menos 4 doses
- Poliomielite - Pelo menos 3 doses
- SCR - 2 doses
- Varicela 2 doses
- Hepatite B - 3 doses
- Hepatite A - 2 doses (Série 5-7)
- Tdap - 1 dose (Série 7-12)
- Meningocócica - 1 dose (Série 7-12)

Exames de Rotina de Saúde:

- Exames de rotina de saúde serão realizados pela enfermeira anualmente:
 - o Triagem Auditiva: Série 5
 - o Triagem da visão: Série 5
 - o Escoliose/Postural: Mulheres Séries 5 e 7; Masculino Série 8
- Alunos do 6º e 10º ano receberem suas triagens no exame físico completo necessário.

Isenções Médicas:

- Os alunos serão automaticamente isentados por seguintes motivos:
 - Vômitos
 - Diarrhea
 - Temperatura de 100 graus OU acima
 - Caso de piolhos suspeitos/confirmados
- Se dispensado por diarreia, vômito ou temperatura de 100 ou mais, o aluno deve ser afastado até ficar livre de sintomas por menos 24 horas sem medicação.

- Para conjuntivite, a enfermeira pode precisar de um atestado médico para que o aluno volte à escola. Se diagnosticado com conjuntivite, o aluno não pode voltar à escola até completar 24 horas de antibióticos.
- Se o piolho vivo (piolho) para descoberto, o aluno só pode voltar à escola após o tratamento capilar estar completo e cada piolho viável para removido. O aluno deve consultar com a enfermeira na chegada à escola e fornecer a comprovação do tratamento. Qualquer irmão de alunos afetados também será examinado.

Acomodações e Medicamentos:

- A enfermeira pode administrar medicamento sem receita e medicação que precisa receita SOMENTE com uma ordem do médico e carteira assinada de permissão parental. O formulário deve estar completo e incluir o seguinte:
Ordem e autorização por escrito para administrar medicamentos
Autorização dos pais por escrito para administrar medicamentos
Se o aluno será auto-medicado, o formulário deve ser verificado e assinado pelo provedor e o pais
- A medicação deve estar no recipiente original com o rótulo da farmácia e ter um dado de validade atual.
- Estudantes do ensino médio médio e médio podem receber Tylenol, Ibuprofeno Zyrtec com permissão parental assinada. Se você quiser que seu filho possa tomar esses medicamentos na escola, preencha a Autorização para administrar medicamentos para aspirina, no Formulário de Atualização anual do Relatório de Saúde.
- O pai/mãe/responsável é responsável pelo encaminhamento de quaisquer planos de tratamento (Plano de Ação de Asma, Plano de Alergia, Plano Diabético, etc.), e ospedidosdo médico para a enfermeira.
- Toda autorização de medicamentos precisa ser atualizada anualmente. Todos os formulários podem ser encontrados no site.
- Se seu filho precisar de qualquer acomodação na escola, injejar uma nota com instruções do profissional de saúde.

Informações adicionais:

- Se seu filho está doente ou não estará na escola por qualquer motivo, por favor ligue para a sede todos os dias que eles estão para o antes das 8:00 da manhã.
- Após 9 ausências, é necessário documentação adequada para toda e qualquer ausência subsequente.
- Por favor, faça seu filho tomar café da manhã e embalar lanches saudáveis para levar a escola. A escola oferece serviço de café da manhã e preços reduzidos estão disponíveis para aqueles que se qualificam. Os alunos que não tomam café da manhã se sentem cansados, tontos e têm baixa concentração. O café da manhã melhora o desempenho escolar e aumenta o foco.
- Por favor, notifique a enfermeira de quaisquer atualizações de saúde ao longo do ano. Se houver algum histórico médico significativo, que você gostaria que a enfermeira seja ciente, por favor, sintase livre para entrar no contato comigo.

Westbrook Middle/High School
Autorização para administração de tratamentos sem receita

Aluno: _____ Série: _____

Para ser preenchido e assinado pelos Pais/Guardião:

Pode haver momentos em que seu filho pedirá medicamentos/tratamentos não prescritos para ajudar a aliviar sintomas relacionados a condições menores, como hera venenosa, cortes, arranhões, lábios rachados, etc. Uma Enfermeira Registrada está disponível para auxiliar na avaliação das condições do aluno e responder adequadamente na dispensa desses medicamentos/tratamentos. OS PAI S/GUARDIÃO deve indicar quais dos medicamentos/tratamentos não prescritos não podem ser usados ou fornecidos selecionando as caixas apropriadas listadas abaixo. Dr. Perrin, nosso conselheiro médico, aprovou os medicamentos não prescritos listados abaixo para uso na escola.

Selecione na caixa a medicação/tratamento A NÃO SER DADO ao seu filho:

- Gel Aloe Vera (terapia hidratante)
- Comprimidos antiácidos (dor de estômago)
- Pomada de antibiótico/Bacitracina (prevenção de infecções)
- Bactine (cuidados com a ferida)
- Benadryl (reação alérgica)
- Betadine/Phisophex/Hibclens/Dial (sabão)
- Burn Gel (queimaduras)
- Calamina/Loção Callergy (irritação da pele, erupção cutânea, hera venenosa)
- Xarope para Tosse (dor de garganta, tosse)
- Creme de mão/corpo (crème hidratante)
- Creme de hidrocortisona 1,0% (erupção cutânea)
- Álcool Isopropílico (limpeza de feridas/piercings)
- Pomada labial (lábios rachados)
- Geleia de petróleo/vaselina (lábios rachados)
- Colírios salinos (irritantes oculares/solução de lente de contato)
- Tinc de Benzoina (curativo seguro)

Comentários _____

Assinatura dos pais/responsáveis _____ Data _____

Westbrook Middle/High School
Formulário de autorização anual de saúde do aluno e ordem permanente dos pais
Este formulário deve ser preenchido e encaminhado ao posto de saúde anualmente.

Aluno: _____ Série: _____

Autorização anual dos pais

A enfermeira registrada que atende as Escolas Públicas de Westbrook pode administrar a seguinte medicação aos alunos a critério da enfermeira, desde que a permissão prévia tenha sido assinada pelos pais/responsáveis para o ano oculto. Por favor, assine cada medicação que você autoriza a enfermeira a administrar. Se você não quer que medicação seja dada ao seu filho, por favor, deixe em branco.

Autorizo a enfermeira, com uma ordem permanente do orientador médico da escola, a administrar a seu critério os seguintes medicamentos ao meu filho (Por favor, assine para cada medicamento conformado):

- Acetaminophen (Tylenol) 325 mg a cada 1-2 comprimidos a cada 4-6 horas, conforme necessário para dores de cabeça ou dor menor. **Assinatura dos pais** _____
- Ibuprofen (Advil) 200 mg cada 1-2 comprimidos a cada 4-6 horas, conforme necessário para dor muscular, cólicas menstruais e dores de cabeça. **Assinatura dos pais** _____
- Cetirizine HCl (Zyrtec) 10 mg cada comprimido uma vez por dia para sintomas de alergia sazonal, como espirro, coceira nos olhos ou coriza. **Assinatura dos pais** _____

NOTA: Se qualquer outro medicamento for dado na escola, incluindo qualquer medicamento sem prescrição médica, deve ser acompanhado de uma autorização assinada para administração de medicação.

Atualização anual confidencial de saúde

1. Meu filho tem a seguinte condição médica:

Alergias: Risco de vida/Não-Risco de Vida (por favor circule)

_____ Picada de _____ abelha _____
_____ Medicação _____ Látex _____ Outro (especificar) _____

Problemas com: Visão/Audição _____
OUTRA: _____

SE ALGUMA ALERGIA, ASMA OU CONVULSÕES QUE AMEAÇAM A VIDA PARA VERIFICAÇÃO, POR FAVOR, FAZER COM QUE O MÉDICO PREENCHA UM PLANO DE TRATAMENTO E INVEJA ORDENS DE MEDICAÇÃO.

2. Por favor, informe qualquer medicação que seu filho tome regularmente e razão para medicação:

3. Qualquer acidente grave, cirurgia ou doença no último ano?

4. Seu filho tem seguro de saúde? Sim/Não (por favor circule)

Nome da Seguradora: _____

5. Há alguma coisa que gostaria de discutir com a enfermeira da escola?

Assinatura dos Pais/Guardião: _____ Data: _____



Estado de Connecticut Departamento de Educação

Registro de Avaliação de Saúde



Aos pais ou responsáveis: Para proporcionar a melhor experiência educacional, o pessoal da escola deve entender as necessidades de saúde do seu filho. Este formulário solicita informações suas (Parte 1), que também será útil ao profissional de saúde quando ele ou ela concluir a avaliação médica (Parte 2) e a avaliação oral (Parte 3). A lei estadual exige imunizações primárias completas e uma avaliação de saúde por um profissional legalmente qualificado da medicina, um enfermeiro de prática avançada registrado, licenciado nos termos do capítulo 378,		um assistente médico, licenciado de acordo com o capítulo 370, um orientador médico da escola, ou um médico legalmente qualificado da medicina, uma enfermeira registrada de prática avançada ou um assistente estacionado médico em qualquer base militar antes da entrada escolar em Connecticut (Seções CGS 10-204a e 10-206). Uma atualização de imunização e avaliações adicionais de saúde são necessárias no 6º ou 7º ano e no 9º ou 10º ano. O nível de nota específica será determinado pelo conselho de educação local. Este formulário também pode ser usado para avaliações de saúde exigidas todos os anos para estudantes participantes de equipes esportivas								
<i>Por favor, imprima</i>										
Nome do aluno (Sobrenome, do meio, primeiro)		Dados de nascimento	Masculino Feminino							
Endereço (logradouro, cidade e código postal)										
País/Responsável (Sobrenome, do meio, primeiro)		Telefone residencial	Telefone celular							
Série Escolar		Raça / Etnia Índio Americano / Alasca Nativo Elesm. Preto, não de origem hispânica Branco, não de origem hispânica Ilhas Asiáticas / Do Pacífico Outro								
Médico Diretor										
Número de plano de saúde / Medicaid										
Seu filho tem saúde segura? Não Sim		Se seu filho não tem chamada de seguro de saúde								
Seu filho tem seguro odontológico? Não Sim		1-877-CT-HUSKY								
*Se aplicável										
Parte 1 – Um ser completado pelos pais/responsáveis										
<i>Por favor, responda a essas perguntas de histórico de saúde sobre seu filho antes do exame físico</i>										
<i>Por favor, circule Y se "sim" ou N se "não". Explique todas as respostas "sim" no espaço fornecido abaixo.</i>										
Algum problema de saúde?	S	N	Internação ou Visita de Emergência?	S	N	Concussão?	S	N		
Alergias a comida ou picadas de abelhas?	S	N	Algum osso quebrado ou luxações?	S	N	Desmaiando ou apagando?	S	N		
Alergias à medicação?	S	N	Algum músculo ou lesão nas articulações?	S	N	Dor no peito?	S	N		
Alguma outra alergia?	S	N	Algum ferimento no pescoço ou nas costas?	S	N	Problemas cardíacos?	S	N		
Algum medicamento diário?	S	N	Problemas de correr?	S	N	Pressão alta?	S	N		
Algum problema com a visão?	S	N	"Mono"(último ano)	S	N	Sangrando mais do que o esperado?	S	N		
Eua lentes de contato ou óculos?	S	N	Só tem um rim ou testículo?	S	N	Problemas respiratórios ou tosse?	S	N		
Algum problema de audição?	S	N	Ganho ou perda excessiva de peso?	S	N	Algum fumante?	S	N		
Algum problema com a fala?	S	N	Aparelhos dentários, coroas ou pontes?	S	N	Tratamento de asma (últimos 3 anos)?	S	N		
História da Família				Tratamento convulsivo (últimos 2 anos)?					S	N
Algum parente com menos de 50 anos já teve uma morte inexplicável?				Diabetes?					S	N
Algum membro da família tem colesterol alto?				TDAH/ADD?					S	N
Por favor, explique todas as respostas do "sim" aqui. Para doenças / lesões, por favor, inclua o ano e a idade do seu filho na época.										
Há alguma coisa que queira discutir com a enfermeira da escola? S N										
Caso sim, favor explicar:										
Por favor, liste todos os medicamentos que seu filho precisará tomar durante o horário escolar:										
Todos os medicamentos tomados na escola requerem um Formulário de Autorização de Medicação separado assinado por um profissional de saúde e pai/responsável.										
Dou permissão para a liberação e troca de informações sobre este formulário entre a enfermeira da escola e o profissional de saúde para uso confidencial no atendimento às necessidades de saúde e educação do meu filho na escola.					Assinatura dos pais /dados responsáveis					
Para ser mantido no Registro de Saúde Escolar Acumulada do aluno										

Parte 2 – Avaliação Médica Prestador de Cuidados de Saúde deve concluir e assinar a avaliação médica e exame físico					
Nome do aluno _____					
Eu revisi como informações de história health fornecidas na Parte 1 deste formulário.					
Exame Físico					
Nota: Teste de triagem obrigatório a ser concluído por provedor sob a Lei Estadual de Connecticut					
Altura polegadas % Peso lbs % IMC / % Pulso *Pressão sanguínea /					
	Normal	Descreva anormal	Orto	Normal	Descreva anormal
Neurológicos			Pescoço		
HEENT			Ombros		
Odontológico Bruto			Braços / Mãos		
Linfático			Quadris		
Coração			Joelhos		
Pulmões			Pés / Tornozelos		
Abdômen			*Postural Sem anormalidade espinhal Anormalidade na coluna vertebral Moderado Leve Referência de mercado feito		
Genitália / hérnia					
Pelé					
Seleções					
Triagem de visão Digite à direita Com óculos 20/ 20/ Sem óculos 20/20/ Referência Feita		Triagem auditiva Tipo: Direita Esquerda Falha de passe Falha de passe		História do nível de chumbo >5ug/dl Não Sim HCT/HGB Fala (nível de entrada escolar apenas) Outros:	
Grupo de alto risco para tuberculose? Leitura de dados PPD: Resultados: Tratamento:					
IMUNIZAÇÕES					
Em dia ou Agenda de 20 anos deve ter registro de imunização anexado					
Avaliação de Doenças Crônicas:					
Asma:					
Anafilaxia:					
Alergias:					
Diabetes:					
Convulsões:					
Este aluno tem uma condição de desenvolvimento, emocional, comportamental ou psiquiátrica que pode afetar sua experiência educacional.					
Explicar:					
Medicamentos diários (especificar):					
Este aluno pode:					
Participar plenamente do programa escolar					
Participe do programa escolar com a restrição seguinte/adaptação					
Este aluno pode:					
Participar plenamente de atividades atléticas e esportes competitivos					
Participe de atividades atléticas e esportes competitivos com a seguinte restrição/adaptação					
Sim Não baseado neste histórico de saúde abrangente e exame físico, este aluno manteve seu nível de bem-estar.					
Essa é a casa médica do estudante? Sim, não. Gostaria de discutir informações neste relatório com a enfermeira da escola.					
Assinatura do prestador de cuidados de saúde Dados assinada Nome e telefone em letra de forma					

Parte 3 — Avaliação/Triagem de Saúde Bucal
O Profissional de Saúde deve preencher e assinar a avaliação de saúde bucal.

HAR-3 REV 7/2018

Para os pais ou responsáveis:

A lei estadual exige que cada conselho de educação solicite local que uma avaliação de saúde bucal seja realizada antes da matrícula da escola pública, no 6º ou 7º ano, e no 9º ano ou no 10º ano (Lei Pública nº 18-168). Os níveis de nota específicos serão determinados pelo conselho de educação local. A avaliação da saúde bucal incluirá um exame odontológico por um dentista ou uma triagem visual e avaliação de risco para condições de saúde bucal por um higienista odontológico, ou por um profissional legalmente qualificado da medicina, assistente médico ou enfermeiro registrado em prática avançada que foi treinado na realização de uma avaliação de saúde bucal como parte de um programa de treinamento aprovado pela Comissão de Saúde Pública.

Nome do estudante (Sobrenome, Primeiro, Médio)	Dados de nascimento	Dados do Exame
Escola	Grau	Fêmea masculina
Endereço residencial		
Pai / Nome do Guardião (Último, Primeiro, Meio)	Telefone residencial	Celular

Exame odontológico Concluído por: Dentista	Visual de triagem Concluído por: MD/DO PAPAI Higienista Dental	Normal Sim Anormal (Descrever) _____ _____ _____ _____	Referência Feita: O Sim O Não
Avaliação de Risco	Descrever fatores de risco		
Baixo Moderado Contralto	Aparelho odontológico ou ortodôntico Saliva Condição Gengival Placa visível Desmineralização de Dente Outros_____		Cárie Restaurações Rio Dor Inchaço Traumatismo Outros_____

Recomendação(s) do profissional de saúde: _____

Dou permissão para liberação e troca de informações sobre este formulário entre a enfermeira da escola e o profissional de saúde para uso confidencial no atendimento às necessidades de saúde e educação do meu filho na escola.

Assinatura dos Dados dos Pais/Guardiões _____

Nome do aluno: Dados de nascimento: HAR-3 REV 7/2018

Registro de Imunização

Ao Provedor de Saúde: Por favor, completo e inicial abaixo.

Vacina (Mês / Dia / Ano) Nota: Requisitos mínimos antes da matrícula escolar.

Nos exames subsequentes, apenas notas de booster shots.

	Dose 1	Dose 2	Dose 3	Dose 4	Dose 5	Dose 6
DTP/Dtap						
DT/Td						
Tdap						
IPV/OPV Pólio					Exigido 7 ^a a 12 ^o ano	
SCR					Exigido K – 12 ^a série	
Sarampo					Exigido K – 12 ^a série	
Caxumbo					Exigido K – 12 ^a série	
Rubéola					Exigido K – 12 ^a série	
HIB					PL e K (alunos menor de 5 anos)	
Hepatite, hepatite. Micrômetro					Veja abaixo para o requisito de nota	
Hepatite, hepatite. B					Exigido PK – 12 ^a série	
Varicela					Exigido K – 12 ^a série	
PCV					PL e K (alunos menor de 5 anos)	
Meningocócica					Exigido 7 ^a a 12 ^o ano	
HPV						
Queixa						
Outros					PK alunos 24 – 59 meses - anualmente	

Doença Hx de acima

Isenção: Religiosa Médico: permanente temporário Dados

Dados de renovação:

A documentação de isenção religiosa é exigida na matrícula escolar e, em seguida, renovada na 7^a série.

Como isenções médicas de natureza temporária devem ser renovadas anualmente.

Requisitos de imunização para alunos recém-matriculados em escolas de Connecticut (a partir de 17/08)

JARDIM DE INFÂNCIA ATÉ O 6º ANO

-DtaP por menos 4 doses, com dose final em ou após o 4º aniversário; os alunos que iniciam a série aos 7 anos ou mais só precisa de um total de 3 doses de tétano-difteria contendo vacina.

-Poliomielite: Pelo menos 3 doses, com uma dose final no ou após o 4º aniversário.

-SCR: 2 doses com intervalo de 28 dias, com a 1ª dose no dia 1 ou após o 1º aniversário.

-HIB: 1 dose no 1º aniversário ou após o 1º aniversário (crianças a partir de 5 anos não precisam de comprovação de vacinação).

-Pneumocócica: 1 dose em ou após o 1º aniversário (crianças a partir de 5 anos não precisam de comprovação de vacinação).

Hepatite. A: 2 doses com intervalo de seis meses, com a 1ª dose em ou após o 1º aniversário.

Consulte a coluna "HEPATITE UMA VACINA 2 DOSES DE FASE-IN DATES" à direita para obter informações mais específicas sobre o nível de grau e o ano necessário.

Hepatite. B: 3 doses, com a final em ou após 24 semanas de idade.

-Varicela: 2 doses, com a 1ª dose no ou após o 1º aniversário ou verificação da doença.**

NOTAS 7 A 12

-Tdap/Td: 1 dose de Tdap necessária para os alunos que completaram a série DTaP primária; para estudantes que iniciam a série aos 7 anos ou mais, são necessárias 3 doses de tétano-difteria contendo vacinas, uma das que deve ser Tdap.

Poliomielite: Pelo menos 3 doses, com uma dose final em ou após o 4º aniversário.

-SCR: 2 doses com intervalo de 28 dias, com a 1ª dose no dia 1 ou após o 1º aniversário.

-Meningocócica: 1 dose

Hepatite. B: 3 doses, com a final em ou após 24 semanas de idade.

-Varicela: 2 doses, com uma 1ª dose em ou após o 1º aniversário ou verificação da doença.**

Hepatite. A: 2 doses com intervalo de seis meses, com a 1ª dose em ou após o 1º aniversário.

Consulte a coluna "HEPATITE UMA VACINA 2 DOSES DE FASE-IN DATES" à direita para obter informações mais específicas sobre o nível de grau e o ano necessário.

HEPATITE UMA DOSE VACINA 2 DADOS DE FASE DE ENTRADA

-1 de agosto de 2017: Pré-K a 5ª Série

-1 de agosto de 2018: Pré-K a 6ª Série

-1 de agosto de 2019: Pré-K a 7ª Série

-1º de agosto de 2020: Pré-K a 8ª Série

-1º de agosto de 2021: Pré-K a 9ª Série

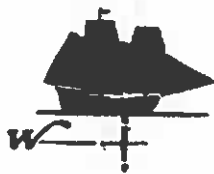
-1º de agosto de 2022: Pré-K a 10ª Série

-1º de agosto de 2023: Pré-K a 11ª Série

-1 de agosto de 2024: Pré-K a 12ª Série

**Verificação da doença: Confirmação por escrito por médico, pa ou enfermeiro registrado de que a criança tem histórico prévio da doença, com base no histórico familiar ou médico.

Nota: O Comissário de Saúde Pública pode emitir uma renúncia temporária ao calendário de imunização ativa de qualquer vacina se os Centros Nacionais de Controle e Prevenção de Doenças reconhecerem uma escassez nacional de fornecimento para essa vacina.



ESCOLAS PÚBLICAS DE WESTBROOK

Kristina J. Martineau, Ed.D., Superintendente

Prezados pais/responsáveis:

A tecnologia está mudando como formas pelas quais as informações podem ser acessadas, comunicadas e transferidas. Essas mudanças também podem alterar a instrução e a aprendizagem do aluno. O Sistema de Ensino Público de Westbrook oferece aos alunos acesso à rodovia de informações eletrônicas e serviços de computador em rede, como correio eletrônico e internet, de acordo com a Política de Conselho 6141.321 (anexada).

Junto com o acesso a computadores e pessoas em todo o mundo vem a disponibilidade de materiais que não podem ser considerados apropriados em sala de aula. No entanto, em uma rede global é impossível controlar todos os materiais. Em última análise, os funcionários da escola, os pais e os responsáveis pelos menores são responsáveis por estabelecer e transmitir padrões que os alunos devem seguir ao uso das fontes de mídia e informação.

O Conselho da Educação de Westbrook apoia e respeita o direito de cada família de decidir se permite ou não que seus filhos acessem a Internet. Por favor, canse um tempo para sentar-se com seu filho/filhos para ler e discutir as regras e códigos de ética para os usuários de computador da Escola Westbrook. Em seguida, assine e devolva a declaração fornecida o mais rápido possível.

Regras e Códigos de Ética para Usuários de Computadores das Escolas de Westbrook

O acesso à internet é fornecido para que os alunos realizem pesquisas e se comuniquem com outras pessoas em relação ao trabalho escolar, o acesso aos serviços de rede é dado aos alunos que concordam em agir de forma atenciosa responsável. A permissão dos pais é necessária. O acesso é um privilégio, não um direito. Portanto, com base nas diretrizes de uso de uso descritas neste documento, os administradores da sistema consideram o que é o uso inadequado. Como decisões são definitivas. Os administradores do sistema podem negar, revogar ou suspender o acesso específico do usuário a qualquer momento.

Os usuários individuais são responsáveis pelo uso da rede. Diretrizes distritais são da seguinte forma:

1. Os usuários devem fazer login cada vez que usarem a rede.
2. Usuários vão usar recursos de computador para fins educacionais e em conformidade com atividades instrucionais.
3. Os estudantes devem cumprir a política 6141.321 que está incorporada no Manual do Estudante.

O uso do computador e do Internet deve ser em apoio à educação e pesquisa e deve ser consistente com as expectativas acadêmicas do Westbrook Public Sistema Escolar. É proibida a transmissão de qualquer material que seja regulamentação dos EUA ou do Estado, incluindo direitos autorais, ameaçadores ou obscenos. O uso para atividades comerciais por organizações com fins lucrativos, promoção de produtos, lobby político ou atividades ilegais é estritamente proibido.

Espera-se também que o usuário cumpra como seguintes regras de etiqueta:

Instrução

Uso aceitável da Internet

Usar é um privilégio, não um direito. Alunos e membros da faculdade não têm expectativa de privacidade em qualquer material que seja armazenado, transmitido ou recebido através da rede eletrônica ou computadores do Distrito, comunicações eletrônicas e material baixado, incluindo arquivo excluído da conta de um usuário, mas não apagado, pode ser monitorado ou lido pelos funcionários da escola. Qualquer pessoa que acesse a rede de escolas públicas de Westbrook deve assinar o acordo de uso aceitável e respeitar todas as políticas de Westbrook Pública para uso em rede.

Segurança na Internet

Cada computador do distrito com acesso à Internet deve ter um dispositivo de filtragem que bloqueia a entrada de representações visuais que seja obscenas, pornográficas ou prejudiciais ou inadequadas para os alunos, conforme definido pela Lei de Proteção à Internet para Crianças e, conforme determinado por Superintendente ou seu designado, o Superintendente ou seu designado deve impor o uso de tais dispositivos filtrantes.

O superintendente ou seu designado incluiram medidas no plano de implementação desta política e regulamento administrativo para abordar o seguinte:

1. Limitar o acesso do aluno a matérias inadequadas, bem como restringir o acesso a materiais prejudiciais;
2. Segurança do aluno, ao usar comunicações eletrônicas;
3. Limitando o acesso não autorizado, incluindo "hacking" e outras atividades ilegais; e
4. Limitando a divulgação, uso e divulgação não autorizada de informações de identificação pessoal.

Autorização para acesso à rede eletrônica

Cada aluno e seus pais ou responsáveis devem assinar o formulário de autorização do Distrito antes de ser concedidos o uso não supervisionado da rede. Os funcionários também devem assinar o formulário como condição de uso.

Instrução

Uso aceitável da Internet

Autorização para acesso à rede eletrônica (continuação)

Todos os usuários dos computadores do Distrito e dos meios de acesso à Internet devem manter a confidencialidade dos registros estudantis. Medidas razoáveis para proteger contra o acesso não razoável deve ser tomadas antes que informações confidenciais dos alunos sejam colocadas na rede.

A falha de qualquer aluno ou funcionário em seguir os termos do formulário de autorização, ou desta política, resultou na perda de privilégios, ação disciplinar e/ou ação judicial apropriada.

(cf. 6141323 - Uso aceitável da internet)

(CT. 6141522 - Sites/Páginas Web)

Referência Legal: Estatutos Gerais de Connecticut

1-19(b)(11) Acesso a registros públicos. Registros isentos.

10-15b Acessados pais ou responsáveis aos registros dos alunos.

10-209 Registros para não ser públicos.

11-8a Retenção, destruição e transferência de documentos

11-8b Transferência ou alienação de registros públicos. Conselho Estadual de Bibliotecas para adotar regulamentos.

46b-56 (e) Acesso a Registros de Menores.

Agenda de Administração de Registros Públicos de Connecticut V – Disposição de Registros educacionais (Revisado 1983).

Direitos Educacionais e Privacidade da Família – Ato Federal de 1974 (seção 438 da Lei geral de Provisão da Educação, conforme emenda, acrescentada pela seção 513 do PL 93-568, codificada em 20 .C.1232g.).

Departamento de Educação. 34 CFR. Parte PP (9 de maio de 1980 45 FR 30802) regras implantação da FERPA enatou como parte 438 das Disposições Gerais do Ato de Educação (20 .C.1232a) - privacidade dos pais e alunos e outros direitos em aos registros educacionais, conforme alterado 21/11/1996.

Lei Pública 106-554 Fiscal 2001 Lei de Apropriações contendo a Lei de Proteção da Criança na Internet

Lei Pública 94-553, Lei de Direitos Autorais de 1976, 17 EUA.C. 101 et. Seq.

Reno v ACLU, 521 U.S. 844 (1997)

Ginsberg contra Nova York 390 EUA 629, em 642, n.10 (1968)

Conselho de Educação x Pico, 457 U.S. 868 (1958)

Hazelwood School District x Kuhlmeier, 484 U.S. 620, 267 (1988)

Política adotada: 12 de maio de 2009

Revisão de políticas - Primeira Leitura: 12 de junho de 2012

Revisado – 26 de junho de 2012

ESCOLAS PÚBLICAS DE WESTBROOK
Westbrook

**Acordo de Uso de Computadores e Internet das Escolas Públicas de Westbrook
E
Formulário de Autorização Parental**

Depois de ler as Regras e Códigos de Ética para usuários de computadores das Escolas de Westbrook, preencha este formulário para indicar que você concorda com os termos e condições descritas. Como assinaturas tanto do aluno quanto dos pais/responsáveis são obrigações antes que o acesso possa ser concedido à Internet. Esse documento, que incorpora como regras e códigos, reflete todo o acordo e compreensão de todas as partes.

Como usuário da rede de computadores das Escolas Públicas de Westbrook, li e concordo em cumprir regras e códigos de ética descritos.

Assinatura do aluno: _____ Dados: _____

Nome do aluno (em letra de forma): _____

Escola do Aluno _____

Como um pai/mãe/responsável legal do aluno assinando acima, eu concedo permissão para que meu filho acesse serviços de computador em rede, como o correio eletrônico e a Internet. Eu li e concordei com as regras e código de ética. Entendo que alguns materiais encontrados na Internet podem ser censuráveis; portanto, concordo em aceitar a responsabilidade de orientar meu filho e transmitir concordar em manter inofensivas as Escolas Públicas de Westbrook e funcionários do distrito escolar por qualquer uso indevido de acesso aos serviços de computador em rede que meu filho comete. Eu entendo que uma vez assinado, este Acordo é legalmente vinculativo para mim.

Assinatura dos pais/guardião: _____ Dados: _____

Nome dos Pais / Guardião (em letra de forma) _____

Endereço residencial: _____

Telefone residencial: Telefone residencial: _____ de trabalho: _____

Preencha e devolve à escola do seu filho

Addendum A: Sharing Information with Other Programs

Dear Parent/Guardian:

To save you time and effort, the information you provided on your *Free and Reduced-price School Meals/Milk Application* may be shared with other programs for which your children may qualify. We must have your permission to share this information with other programs. Please sign below for any additional benefits you are interested in receiving. By signing for the benefits, you are certifying that you are the parent/guardian of the children for whom the application is being made. **Note:** Submitting this form will not change whether your children get free or reduced-price meals or free milk.

- ☐ **NO**, I do not want information from my *Free and Reduced-price School Meals/Milk Application* shared with any of these programs.
- ☐ **YES**, I do want school officials to share information from my *Free and Reduced-price School Meals/Milk Application* with the programs checked below. **Check all that apply.**
- ☐ Principal, Social Worker for Field Trips Principal, Social Worker for summer employment.
- ☐ Principal, Social Worker for Holiday Giving.
- ☐ Principal, Guidance Counselor's for funding of standardized testing, such as SAT's and Collage Application fees.
- ☐ Trips Principal, Social Worker for summer employment.

If you checked YES for any boxes above, complete the information below and sign the form. Your information will be shared only with the people and applicable programs you checked.

Please Print

Child's name: _____ School: _____

Child's name: _____ School: _____

Parent/guardian's name: _____

Address: _____ City: _____ State: _____ Zip: _____

Signature of parent/guardian: _____ Date: _____

For more information, please call **Anne Trotta** at (860)399-6214. Return this form to 156 McVeagh Road, Westbrook, CT 06498 by October 13, 2023.

Addendum A: Sharing Information with Other Programs

Nondiscrimination Statement: This explains what to do if you believe you have been treated unfairly.

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

1. mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
2. fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. email: program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.



Does Your Family Need Health Insurance?

Connecticut offers low or no-cost coverage and free enrollment help

Don't have health and dental insurance? Complete one application using some basic information about your household and see what Access Health CT has to offer. Most Connecticut residents qualify for some type of **financial help, low or no-cost coverage.**

Check your options and enroll now! Get started at AccessHealthCT.com. If you're already on HUSKY Health, don't lose it! Complete your renewal on time to prevent a gap in coverage.

- ✓ **HUSKY A or HUSKY B**
- ✓ **State HUSKY A & B for children—now more can enroll***
- ✓ **Covered Connecticut Program**
- ✓ **Qualified Health Plans and Financial Help**
- ✓ **Qualified Health Plans**
- ✓ **Low-cost Dental Insurance**
- ✓ **Free enrollment help**



Don't miss out.

Compare Your Options, Enroll or Get Help Online at AccessHealthCT.com today. **All help is free and available in many different languages.**

If you recently lost your HUSKY Health coverage, you may still have time to re-enroll without a gap or choose an affordable plan. Visit AccessHealthCT.com today to find out.

Take action now:

- For general information about HUSKY Health visit www.ct.gov/HUSKY
- For all other questions visit AccessHealthCT.com
- Scan the QR code above

*State HUSKY A & B: Now, more children can enroll no matter their immigration status, but you must call Access Health CT to apply for coverage.

1-855-805-4325 | AccessHealthCT.com | Find free help online, by phone or in person

If you are deaf or hearing impaired, you may use the TTY at 1-855-789-2428 or contact us with a relay operator.

Follow us on:



Addendum C: Information on the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) New Increased Income Guidelines Effective October 1, 2023

Dear Parent/Guardian:

New increased income guidelines are in effect as of October 1, 2023. If your children qualify for free school meals or milk, you might also qualify for **SNAP** (formerly called Food Stamps). SNAP helps people buy food for themselves and their families. SNAP benefits are issued each month on plastic debit cards. You can use SNAP benefits to buy food at major supermarkets, neighborhood grocery stores, online at participating retailers, and some farmers' markets authorized to accept SNAP. For more information, visit www.ct.gov/snap.

How to Qualify

If and how much SNAP you qualify for depends on:

- your household's income;
- allowable deductions to your household's income (examples include monthly shelter expenses, medical bills, and court ordered child support);
- your household size; and
- at least 5 years U.S. residency for qualified non-citizens.

If you have access to the Internet, you can go online to see if you may be eligible for SNAP. Go to www.connect.ct.gov and click "Am I Eligible?" **Owning your own home or owning a car will not prevent you from being eligible for SNAP.**

Effective October 1, 2023		
Household size	Gross monthly income	Gross annual income
1	\$2,430	29,160
2	\$3,287	39,444
3	\$4,144	49,728
4	\$5,000	60,000
5	\$5,857	70,284
6	\$6,714	80,568
7	\$7,570	90,840
8	\$8,427	101,124
For each additional member	+\$857	+10,284
Larger households = higher incomes		

To Apply or Get More Information

- To find your local Connecticut Department of Social Services (DSS) office, call **United Way's free referral number 2-1-1** (free call statewide) or visit <https://portal.ct.gov/dss/home> and click on Office Locator.
- You can find a list of all **Connecticut Department of Social Services (DSS)** offices, or you can apply online at www.connect.ct.gov (click "Apply for Benefits"). You can get the paper SNAP application in English and Spanish at <https://www.ct.gov/snap> (Click "Apply").
- **The Connecticut Association for Community Action (CAFCA)** works with community action agencies that will help you enroll in SNAP (see table on page 2).

Addendum C: Information on SNAP

Agency	Phone number	Areas served
The Access Community Action Agency (Access)	860-450-7400	Windham and Tolland Counties
Alliance for Community Empowerment (Alliance)	203-366-8241	Greater Bridgeport Area and Upper Fairfield County
Community Action Agency of New Haven, Inc. (CAANH)	203-387-7700	Greater New Haven Area
The Community Action Agency of Western Connecticut, Inc. (CAAWC)	203-744-4700	Northwestern CT and Lower Fairfield County
Community Renewal Team, Inc. (CRT)	860-560-5600	Hartford and Middlesex County
Human Resources Agency of New Britain, Inc. (HRA)	860-225-8601	New Britain and Bristol Areas
New Opportunities, Inc. (NOI)	203-575-9799	Greater Waterbury, Meriden, and Torrington Areas
Thames Valley Council for Community Action, Inc. (TVCCA)	860-889-1365	Southeastern CT- New London County
Training Education and Manpower, Inc. (TEAM)	203-736-5420	Naugatuck Valley

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-171ax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

1. mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
2. fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
3. email: program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

The Connecticut State Department of Education is committed to a policy of equal opportunity/affirmative action for all qualified persons. The Connecticut Department of Education does not discriminate in any employment practice, education program, or educational activity on the basis of race; color; religious creed; age; sex; pregnancy; sexual orientation; workplace hazards to reproductive systems; gender identity or expression; marital status; national origin; ancestry; retaliation for previously opposed discrimination or coercion; intellectual disability; genetic information; learning disability; physical disability (including, but not limited to, blindness); mental disability (past/present history thereof); military or veteran status; status as a victim of domestic violence; or criminal record in state employment, unless there is a bona fide occupational qualification excluding persons in any of the aforementioned protected classes. Inquiries regarding the Connecticut State Department of Education's nondiscrimination policies should be directed to: Attorney Louis Todisco, Connecticut State Department of Education, by mail 450 Columbus Boulevard, Hartford, CT 06103-1841; or by telephone 860-713-6594; or by email louis.todisco@ct.gov.

This document is available at <https://portal.ct.gov/-/media/SDE/Nutrition/NSLP/Forms/FreeRed/AddendumC.pdf>.

2023-24 Application for Free and Reduced-price School Meals or Free Milk
Complete one application per household. Please use a pen (not a pencil).

Return to (School/District Name)
Application No: _____

STEP 1

List ALL children who are infants and students up to and including grade 12. If more spaces are required for additional names, attach another page.
sheet of paper.)

Definition of Household Member: "Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related."
Children in Foster care and children who meet the definition of Homeless or Runaway are eligible for free meals. Read How to Apply for Free and Reduced-price School Meals for more information.

Child's First Name	MI	Child's Last Name	School	Grade	Student? Yes No	Foster	Head Start	Homeless or Runaway

Check all that apply

STEP 2

Do any household members (including you) currently participate in one or more of the following Assistance Programs – SNAP or TFA? (This does NOT include medical (HUSKY) benefits).

If NO, > Go to STEP 3

Case Number: (Not an EBT Number):

Write only one case number in this space.

STEP 3

Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you answered "Yes" to Step 2)

A. Child Income

Sometimes children in the household earn income. Please include the TOTAL gross income (before taxes and deductions) earned by all Child Household Members listed in STEP 1 here.

Child income	How often?			
Weekly	B-Weekly	2x Month	Monthly	Annual

B. All Adult Household Members (Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related including you.)

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

Name of Adult Household Members (First & Last Name)	Earnings from Work				Public Assistance/ Child Support/Alimony				How often received?				How often received?				Pensions/Retirement, SS, SSI, VA benefits, All other income				How often received?			
	Weekly	B-Weekly	2x Month	Monthly	Annual	Weekly	B-Weekly	2x Month	Monthly	Annual	Weekly	B-Weekly	2x Month	Monthly	Annual	Weekly	B-Weekly	2x Month	Monthly	Annual				

Total Household Members
(Children and Adults ~
Step 1 & Step 3)

Last Four Digits of Social Security Number of Primary
Wage Earner or Other Adult Household Member

X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Check if no social security number ☐

STEP 4

Contact Information and Adult Signature. Return completed form to your child's school: 156 Mcveagh Road, Westbrook, CT 06498

I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of Federal funds, and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws.

Printed Name of Adult Signing the Form	Signature of Adult	Today's Date
Mailing Address (if available)	Town or City	State
Ant #	Zip	Daytime Phone and Email (optional)

2023-24 Application for Free and Reduced-price School Meals or Free Milk

Sources of Income		Examples of Income for Children
Earnings from Work	Public Assistance/Alimony/Child Support	Pensions/Retirement/All other sources of income
- Salary, wages, cash bonuses, tips, commissions - Net income from self-employment (farm or business) If you are in the U.S. Military: - Basic pay and cash bonuses (do NOT include combat pay, FSSA, or privatized housing allowances) - Allowances for off-base housing, food, and clothing	- Unemployment benefits - Workers' compensation - Supplemental Security Income (SSI) - Cash assistance from State or local government - Alimony payments - Child support payments - Veterans' benefits - Strike benefits	- A child has a regular full or part-time job where they earn a salary or wages - A child is blind or disabled and receives Social Security benefits - A parent is disabled, retired, or deceased, and their child receives Social Security benefits - A friend or extended family member regularly gives a child spending money - A child receives regular income from a private pension fund, annuity, or trust

OPTIONAL

Children's Racial and Ethnic Identities. This information is kept confidential and may be protected by the Privacy Act of 1974.

We are required to ask for information about your children's race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price meals.

Ethnicity (check one): ☐ Hispanic or Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish Culture or origin, regardless of race) ☐ Not Hispanic or Latino

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

School Use Only - Do Not Write Below This Line

The Determining Official (DO) for the school/district MUST complete this section. (Only convert to annual income if there are different frequencies of income listed in Step 3.)

Annual Income Conversion: Weekly X 52 ♦ Every 2 weeks X 26 ♦ Twice a Month X 24 ♦ Monthly X 12

Directly Certified (DC) based on the State DC List as eligible for: ☐ SNAP ☐ TFA ☐ OT ☐ FM (Free Medicaid) ☐ RM (Reduced Medicaid). Date Certified on DC List: _____

☐ SNAP/TFA Household providing proof (must be confirmed by DO) of a handwritten case number ☐ Foster Child ☐ Confirmed Head Start ☐ Confirmed Homeless or Runaway

☐ Income Household: Total household income: _____ per _____ Household Size: _____ ERROR PRONE? ☐ YES ☐ NO

Application approved for: ☐ Free Meals ☐ Reduced-price Meals ☐ Application Denied

Date Notice Sent: _____ Signature of DO: _____ Date: _____

Use of Information Statement

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires that we use information from this application to see who qualifies for free or reduced price meals. We can only approve complete forms. We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them deliver program benefits to your household. Inspectors and law enforcement may also use your information to make sure that program rules are met.

Please be sure to provide the last four numbers of the Social Security number of the adult household member who signs the application. If the adult does not have one, "Check if no Social Security Number". Applications for a foster child do not need to list a Social Security number. Applications for children in households receiving Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPIR) do not need to list a Social Security number.

Some children qualify for free meals without an application. Please contact your school to get free meals for a foster child, and children who are homeless, migrant, or runaway.

Return completed form to your child's school.

The contact information below is solely to file a complaint of discrimination

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

* MAIL: U.S. Department of Agriculture (833) 256-1665 or (202) 690-7442, or

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

EMAIL: Program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider.

* Do not mail applications to this address, only complaints of discrimination.

How to Apply for Free and Reduced-price School Meals

Please use these instructions to help you fill out the application for free or reduced-price school meals. You only need to submit one application per household, *even if your children attend more than one school in Westbrook Public Schools*. The application must be filled out completely to determine the eligibility of your children for free or reduced-price school meals. Please follow these instructions in order! Each step of the instructions is the same as the steps on the application. If at any time you are not sure what to do next, please contact Anne Trott Food Service Director, at atrotta@westbrookschools.org or by phone (860)399-6214.

PLEASE USE A PEN (NOT A PENCIL) WHEN FILLING OUT THE APPLICATION AND DO YOUR BEST TO PRINT CLEARLY.

Step 1: List ALL children, infants, and students up to and including grade 12.

Tell us how many infants/toddlers, children not in school, and school students live in your household. They do NOT have to be related to you to be a part of your household.

Who should I list here? When filling out this section, please include ALL members in your household who are:

- Children age 18 or under AND are supported with the household's income;
- In your care under a foster arrangement, through a court or state/local agency, or qualify as homeless or runaway youth;
- Students attending (*regardless of age*) Westbrook Public Schools.

A) List each child's name. Print each child's name. Use one line of the application for each child. When printing names, please print clearly. Stop if you run out of space. If there are more children present than lines on the application, attach a second piece of paper (or a second application if completing electronically) with all required information for the additional children. This also applies to adults in Step 3. "MI" is short for "middle initial". Print the first letter of each child's middle name in the "MI" section.	B) Is the child a student? List the name of the school (optional), the grade and mark "Yes" or "No" under the column titled "Student" to tell us which children attend school in the district. If you marked "Yes," write the grade level of the student in the "Grade" column.	C) Do you have any foster children? If any children listed are foster children, mark the "Foster Child" box next to the child's name. If you are ONLY applying for foster children, after finishing STEP 1, go to STEP 4. <i>Foster children who live with you may count as members of your household and should be listed on your application. If you are applying for both foster and non-foster children, go to step 3. Note: Adopted children are not considered foster children. A foster child is a minor child who has been taken into state custody and placed with a state-licensed adult, who cares for the child in place of their parent or guardian.</i> D) Are any children homeless, runaway or in a Head Start Program? If you believe any child listed in this section meets this description, mark the "Head Start or Homeless/Runaway" box next to the child's name and <i>complete all steps of the application</i>. Homeless. Runaway and Head Start status must be confirmed with the appropriate program staff. If the status cannot be confirmed, then the school district will contact you to complete an income-based application. You may choose to provide income information now in order to prevent the school district from potentially needing to contact you later.
--	---	--

Step 2: Do any household members currently participate in SNAP or TFA?

If anyone in your household (including you) currently participates in one or more of the assistance programs listed below, your children are eligible for free school meals:

- The Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
- Temporary Family Assistance (TFA)

A) If no one in your household participates in any of the above listed programs: • Leave STEP 2 blank and go to STEP 3.	B) If anyone in your household participates in SNAP or TFA: • Write a case number for SNAP or TFA. You only need to provide one case number. If you participate in one of these programs and do not know your case number, contact your DSS social worker. Note: Do not use a HUSKY Medical Benefits number since this number is not a SNAP or TFA case number. It is also recommended (but not required) that you submit proof of this SNAP or TFA case number when you submit the application for processing. Proof does NOT include a copy of the CONNECT card. • Go to STEP 4.
---	---

Step 3: Report income for all household members.

How do I report my income?

- Use the charts titled "Sources of Income" and "Examples of Income for Children," printed on the back side of the application form, to determine if your household has income to report.
- Report all amounts in GROSS INCOME ONLY. Report all income in whole dollars. Do not include cents.
 - Gross income is the total income received **before** taxes.
 - Many people think of income as the amount they "take home" and not the total "gross" amount. Make sure that the income you report on this application has NOT been reduced to pay for taxes, insurance premiums, or any other amounts taken from your pay.
- Write a "0" in any fields where there is no income to report. Any income fields left empty or blank will also be counted as a zero. If you write "0" or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report. If local officials suspect that your household income was reported incorrectly, your application will be investigated.
- Mark how often each type of income is received using the check boxes to the right of each field.

3.A. Report income earned by children

A) Report all income earned or received by children. Report the combined gross income for ALL children listed in STEP 1 in your household in the box marked "Child Income." Only count foster children's income if you are applying for them together with the rest of your household.

What is Child Income? Child income is money received from outside your household that is paid DIRECTLY to your children. Many households do not have any child income.

3.B. Report income earned by adults

Who should I list here?

- When filling out this section, please include ALL adult members in your household who are living with you and share income and expenses, *even if they are not related and even if they do not receive income of their own.*
- **Do NOT include:**
 - People who live with you but are not supported by your household's income AND do not contribute income to your household.
 - Infants, children and students already listed in STEP 1.

B) List adult household members' names. Print the name of each household member in the boxes marked "Names of Adult Household Members (First and Last)." *Do not list any household members you listed in STEP 1.* If a child listed in STEP 1 has income, follow the instructions in STEP 3, part A.

C) Report earnings from work. Report all income from work in the "Earnings from Work" field on the application. This is usually the money received from working at jobs. If you are a self-employed business or farm owner, you will report your net income. Net income is your income after taxes and deductions have been subtracted.

- **What if I have multiple jobs?** List each job separately by entering your name and income from each job on a new line. Add an additional sheet of paper if necessary.
- **What if I am self-employed?** List income from your business as a net amount. This net amount is calculated by subtracting the total operating expenses of your business from its gross receipts (revenue). Gross receipts or revenue are all the income earned from the sale of any products or services offered.

E) Report income from pensions/retirement/all other income. Report all income that applies in the "Pensions/Retirement/All Other Income" field on the application.

- **What if I receive income from multiple sources in this category?** List each source separately by entering your name and income from each source on a new line. Add an additional sheet of paper if necessary.

F) Report total household size. Enter the total number of household members in the field "Total Household Members (Children and Adults)." This number MUST be equal to the number of household members listed in STEP 1 and STEP 3. If there are any members of your household that you have not listed on the application, go back and add them. It is very important to list all household members, as the size of your household affects your eligibility for free and reduced-price meals.

D) Report income from public assistance/child support/alimony. Report all income that applies in the "Public Assistance/Child Support/Alimony" field on the application. *Do not report the cash value of any public assistance benefits NOT listed on the chart.* If income is received from child support or alimony, only report court-ordered payments. Informal but regular payments should be reported as "other" income in the next part.

G) Provide the last four digits of your Social Security Number. An adult household member must enter the last four digits of their Social Security Number in the space provided. You are eligible to apply for benefits even if you do not have a Social Security Number. If no adult household members have a Social Security Number, leave this space blank and mark the box to the right labeled "Check if no Social Security Number."

Step 4: Contact information and adult signature

All applications must be signed by an adult member of the household. By signing the application, that household member is promising that all information has been truthfully and completely reported. Before completing this section, please also make sure you have read the privacy and civil rights statements on the back of the application.

A) Provide your contact information. Write your current mailing address in the fields provided if this information is available. If you have no permanent address, that is okay. Sharing a phone number, email address, or both is optional, but helps us reach you quickly if we need to contact you.

B) Print and sign your name and write today's date. Print the name of the adult signing the application and that person signs in the box "Signature of adult."

Please return the application directly to your child's SCHOOL. DO NOT mail, fax, or email completed applications or questions about applications to the USDA Office of the Assistant Secretary for Civil Rights or your child's eligibility for free or reduced-price meals will be delayed.

C) Mail completed form to 156 McVeagh Road, Westbrook, CT 06498

D) Share children's racial and ethnic identities (optional). On the back of the application, we ask you to share information about your children's race and ethnicity. This field is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price school meals.

2023-24 Application for Free and Reduced-price School Meals or Free Milk
Complete one application per household. Please use a pen (not a pencil).

Return to (School/District Name)
Application No. _____

STEP 1

List ALL children who are infants and students up to and including grade 12. If more spaces are required for additional names, attach another page.
sheet of paper.)

Definition of Household Member: "Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related."
Children in Foster care and children who meet the definition of Homeless or Runaway are eligible for free meals. Read How to Apply for Free and Reduced-price School Meals for more information.

Child's First Name	MI	Child's Last Name	School	Grade	Student? Yes No	Foster	Head Start	Homeless or Runaway

Check all that apply

STEP 2

Do any household members (including you) currently participate in one or more of the following Assistance Programs – SNAP or TFA? (This does NOT include medical (HUSKY) benefits).

If NO, > Go to STEP 3

If YES, a household member does participate in SNAP or TFA, write a SNAP OR TFA case number here and then go to STEP 4 (Do not complete STEP 3.) To quicken the approval process, it is strongly recommended that you submit proof of SNAP or TFA eligibility with this application. See instructions.

Case Number (Not an EBT Number):

Write only one case number in this space.

STEP 3

Report Income for ALL Household Members (Skip this step if you answered "Yes" to Step 2)

A. Child Income

Sometimes children in the household earn income. Please include the TOTAL gross income (before taxes and deductions) earned by all Child Household Members listed in STEP 1 here.

How often?

Weekly	Bi-Weekly	2x Monthly	Monthly	Annual

B. All Adult Household Members (Anyone who is living with you and shares income and expenses, even if not related including you.) List all Household Members not listed in STEP 1 (including yourself) even if they do not receive income. For each Household Member listed, if they do receive income, report total gross income (before taxes and deductions) for each source in whole dollars (no cents) only if they do not receive income from any source, write '0'. If you enter '0' or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report.

Name of Adult Household Members (First & Last Name)	Earnings from Work				Public Assistance/ Child Support/Alimony				How often received?				How often received?			
	Weekly	Bi-Weekly	2x Monthly	Monthly	Annual	Weekly	Bi-Weekly	2x Monthly	Monthly	Annual	Weekly	Bi-Weekly	2x Monthly	Monthly	Annual	

Total Household Members
(Children and Adults –
Step 1 & Step 3)

Last Four Digits of Social Security Number of Primary
Wage Earner or Other Adult Household Member

X	X	X	X
---	---	---	---

Check if no social security number ☐

STEP 4

Contact Information and Adult Signature. Return completed form to your child's school: 156 Mcveagh Road, Westbrook, CT 06498

I certify (promise) that all information on this application is true and that all income is reported. I understand that this information is given in connection with the receipt of Federal funds, and that school officials may verify (check) the information. I am aware that if I purposely give false information, my children may lose meal benefits, and I may be prosecuted under applicable State and Federal laws.

Printed Name of Adult Signing the Form	Signature of Adult	Today's Date
Mailing Address (if available)	Town or City	State
	Ant #	Zip
		Daytime Phone and Email (optional)

2023-24 Application for Free and Reduced-price School Meals or Free Milk

Sources of Income		Examples of Income for Children
Earnings from Work	Public Assistance/Alimony/Child Support	Pensions/Retirement/All other sources of income
- Salary, wages, cash bonuses, tips, commissions - Net income from self-employment (farm or business)	- Unemployment benefits - Workers' compensation - Supplemental Security Income (SSI) - Cash assistance from State or local government - Alimony payments - Child support payments - Veterans' benefits - Strike benefits	- A child has a regular full or part-time job where they earn a salary or wages - A child is blind or disabled and receives Social Security benefits - A parent is disabled, retired, or deceased, and their child receives Social Security benefits - A friend or extended family member regularly gives a child spending money - A child receives regular income from a private pension fund, annuity, or trust
If you are in the U.S. Military: - Basic pay and cash bonuses (do NOT include combat pay, FSSA, or privatized housing allowances) - Allowances for off-base housing, food, and clothing	- Social Security/Disability (including railroad retirement and black lung benefits) - Private Pensions or disability benefits - Income from trusts or estates - Annuities - Investment income - Earned interest - Rental income - Regular cash payments from outside household	

OPTIONAL

Children's Racial and Ethnic Identities. This information is kept confidential and may be protected by the Privacy Act of 1974.

We are required to ask for information about your children's race and ethnicity. This information is important and helps to make sure we are fully serving our community. Responding to this section is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price meals.

Ethnicity (check one): ☐ Hispanic or Latino (A person of Cuban, Mexican, Puerto Rican, South or Central American, or other Spanish Culture or origin, regardless of race) ☐ Not Hispanic or Latino

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

School Use Only – Do Not Write Below This Line

The Determining Official (DO) for the school/district MUST complete this section. (Only convert to annual income if there are different frequencies of income listed in Step 3.)

Annual Income Conversion: Weekly X 52 ♦ Every 2 weeks X 26 ♦ Twice a Month X 24 ♦ Monthly X 12

Directly Certified (DC) based on the State DC List as eligible for: ☐ SNAP ☐ TFA ☐ OT ☐ FM (Free Medicaid) ☐ RM (Reduced Medicaid). Date Certified on DC List: _____

☐ SNAP/TFA Household providing proof (must be confirmed by DO) of a handwritten case number ☐ Foster Child ☐ Confirmed Head Start ☐ Confirmed Homeless or Runaway

☐ Income Household: Total household income: _____ per _____ Household Size: _____ ERROR PRONE? ☐ YES ☐ NO

Application approved for: ☐ Free Meals ☐ Reduced-price Meals ☐ Application Denied

Date Notice Sent: _____ Signature of DO: _____ Date: _____

Use of Information Statement

The Richard B. Russell National School Lunch Act requires that we use information from this application to see who qualifies for free or reduced price meals. We can only approve complete forms. We may share your eligibility information with education, health, and nutrition programs to help them deliver program benefits to your household. Inspectors and law enforcement may also use your information to make sure that program rules are met.

Please be sure to provide the last four numbers of the Social Security number of the adult household member who signs the application. If the adult does not have one, "Check if no Social Security Number". Applications for a foster child do not need to list a Social Security number. Applications for children in households receiving Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) or Temporary Assistance for Needy Families (TANF) or Food Distribution Program on Indian Reservations (FPIR) do not need to list a Social Security number.

Some children qualify for free meals without an application. Please contact your school to get free meals for a foster child, and children who are homeless, migrant, or runaway.

Return completed form to your child's school.

The contact information below is solely to file a complaint of discrimination

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotope, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD 3027 form or letter must be submitted to USDA by:

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

* FAX: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

* Do not mail applications to this address, only complaints of discrimination.

EMAIL: Program.intake@usda.gov

This institution is an equal opportunity provider

How to Apply for Free and Reduced-price School Meals

Please use these instructions to help you fill out the application for free or reduced-price school meals. You only need to submit one application per household, *even if your children attend more than one school in Westbrook Public Schools*. The application must be filled out completely to determine the eligibility of your children for free or reduced-price school meals. Please follow these instructions in order! Each step of the instructions is the same as the steps on the application. If at any time you are not sure what to do next, please contact Anne Trotter Food Service Director, at atrotta@westbrooktschools.org or by phone (860)399-6214.

PLEASE USE A PEN (NOT A PENCIL) WHEN FILLING OUT THE APPLICATION AND DO YOUR BEST TO PRINT CLEARLY.

Step 1: List ALL children, infants, and students up to and including grade 12

Tell us how many infants/toddlers, children not in school, and school students live in your household. They do NOT have to be related to you to be a part of your household.

Who should I list here? When filling out this section, please include ALL members in your household who are:

- Children age 18 or under AND are supported with the household's income;
- In your care under a foster arrangement, through a court or state/local agency, or qualify as homeless or runaway youth;
- Students attending (regardless of age) Westbrook Public Schools.

A) List each child's name. Print each child's name. Use one line of the application for each child. When printing names, please print clearly. Stop if you run out of space. If there are more children present than lines on the application, attach a second piece of paper (or a second application if completing electronically) with all required information for the additional children. This also applies to adults in Step 3. "MI" is short for "middle initial". Print the first letter of each child's middle name in the "MI" section.

B) Is the child a student? List the name of the school (optional), the grade and mark "Yes" or "No" under the column titled "Student" to tell us which children attend school in the district. If you marked "Yes," write the grade level of the student in the "Grade" column.

C) Do you have any foster children? If any children listed are foster children, mark the "Foster Child" box next to the child's name. If you are ONLY applying for foster children, after finishing STEP 1, go to STEP 4.
Foster children who live with you may count as members of your household and should be listed on your application. If you are applying for both foster and non-foster children, go to step 3. Note: Adopted children are not considered foster children. A foster child is a minor child who has been taken into state custody and placed with a state-licensed adult, who cares for the child in place of their parent or guardian.

D) Are any children homeless, runaway or in a Head Start Program? If you believe any child listed in this section meets this description, mark the "Head Start or Homeless/Runaway" box next to the child's name and complete all steps of the application. Homeless, Runaway and Head Start status must be confirmed with the appropriate program staff. If the status cannot be confirmed, then the school district will contact you to complete an income-based application. You may choose to provide income information now in order to prevent the school district from potentially needing to contact you later.

Step 2: Do any household members currently participate in SNAP or TFA?

If anyone in your household (including you) currently participates in one or more of the assistance programs listed below, your children are eligible for free school meals:

- The Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
- Temporary Family Assistance (TFA)

A) If no one in your household participates in any of the above listed programs:

- Leave STEP 2 blank and go to STEP 3.

B) If anyone in your household participates in SNAP or TFA:

- Write a case number for SNAP or TFA. You only need to provide one case number. If you participate in one of these programs and do not know your case number, contact your DSS social worker.

Note: Do not use a HUSKY Medical Benefits number since this number is not a SNAP or TFA case number. It is also recommended (but not required) that you submit proof of this SNAP or TFA case number when you submit the application for processing. Proof does NOT include a copy of the CONNECT card.

- Go to STEP 4.

Step 3: Report income for all household members

How do I report my income?

- Use the charts titled "Sources of Income" and "Examples of Income for Children," printed on the back side of the application form, to determine if your household has income to report.
- Report all amounts in GROSS INCOME ONLY. Report all income in whole dollars. Do not include cents.
 - o Gross income is the total income received before taxes.
 - o Many people think of income as the amount they "take home" and not the total "gross" amount. Make sure that the income you report on this application has NOT been reduced to pay for taxes, insurance premiums, or any other amounts taken from your pay.
- Write a "0" in any fields where there is no income to report. Any income fields left empty or blank will also be counted as a zero. If you write "0" or leave any fields blank, you are certifying (promising) that there is no income to report. If local officials suspect that your household income was reported incorrectly, your application will be investigated.
- Mark how often each type of income is received using the check boxes to the right of each field.

3.A. Report income earned by children

A) Report all income earned or received by children. Report the combined gross income for ALL children listed in STEP 1 in your household in the box marked "Child Income." Only count foster children's income if you are applying for them together with the rest of your household.

What is Child Income? Child income is money received from outside your household that is paid DIRECTLY to your children. Many households do not have any child income.

3.B. Report income earned by adults

Who should I list here?

- When filling out this section, please include ALL adult members in your household who are living with you and share income and expenses, *even if they are not related and even if they do not receive income of their own.*
- **Do NOT include:**
 - People who live with you but are not supported by your household's income AND do not contribute income to your household.
 - Infants, children and students already listed in STEP 1.

B) List adult household members' names. Print the name of each household member in the boxes marked "Names of Adult Household Members (First and Last)." *Do not list any household members you listed in STEP 1.* If a child listed in STEP 1 has income, follow the instructions in STEP 3, part A.

C) Report earnings from work. Report all income from work in the "Earnings from Work" field on the application. This is usually the money received from working at jobs. If you are a self-employed business or farm owner, you will report your net income. Net income is your income after taxes and deductions have been subtracted.

- **What if I have multiple jobs?** List each job separately by entering your name and income from each job on a new line. Add an additional sheet of paper if necessary.
- **What if I am self-employed?** List income from your business as a net amount. This net amount is calculated by subtracting the total operating expenses of your business from its gross receipts (revenue). Gross receipts or revenue are all the income earned from the sale of any products or services offered.

E) Report income from pensions/retirement/all other income. Report all income that applies in the "Pensions/Retirement/All Other Income" field on the application.

- **What if I receive income from multiple sources in this category?** List each source separately by entering your name and income from each source on a new line. Add an additional sheet of paper if necessary.

D) Report income from public assistance/child support/alimony. Report all income that applies in the "Public Assistance/Child Support/Alimony" field on the application. *Do not report the cash value of any public assistance benefits NOT listed on the chart.* If income is received from child support or alimony, only report court-ordered payments. Informal but regular payments should be reported as "other" income in the next part.

G) Provide the last four digits of your Social Security Number. An adult household member must enter the last four digits of their Social Security Number in the space provided. You are eligible to apply for benefits even if you do not have a Social Security Number. If no adult household members have a Social Security Number, leave this space blank and mark the box to the right labeled "Check if no Social Security Number."

Step 4: Contact information and adult signature

All applications must be signed by an adult member of the household. By signing the application, that household member is promising that all information has been truthfully and completely reported. Before completing this section, please also make sure you have read the privacy and civil rights statements on the back of the application.

A) Provide your contact information. Write your current mailing address in the fields provided if this information is available. If you have no permanent address, that is okay. Sharing a phone number, email address, or both is optional, but helps us reach you quickly if we need to contact you.

B) Print and sign your name and write today's date. Print the name of the adult signing the application and that person signs in the box "Signature of adult."

Please return the application directly to your child's SCHOOL.
DO NOT mail, fax, or email completed applications or questions about applications to the USDA Office of the Assistant Secretary for Civil Rights or your child's eligibility for free or reduced-price meals will be delayed.

C) Mail completed form to 156 McVeagh Road, Westbrook, CT 06498

D) Share children's racial and ethnic identities (optional). On the back of the application, we ask you to share information about your children's race and ethnicity. This field is optional and does not affect your children's eligibility for free or reduced-price school meals.

Contrato de Aceitação do Chromebook 1:1 das Escolas Públicas de Westbrook

2023-2024

As Westbrook Public Schools (WPS) estão animadas para começar o ano letivo fornecendo a você seu próprio Chromebook. Nossa esperança é aumentar o acesso à tecnologia da informação e melhorar o aprendizado dos alunos.

Ao aceitar um Chromebook emitido pela escola, você concorda com os seguintes termos:

- Seguirei as regras, regulamentos e diretrizes da Política de Uso Aceitável nº 6141.323(a).
- Usarei meu Chromebook na escola e em casa apenas para fins educacionais.
- Ao usar aplicativos on-line (ou seja, Google Drive ou Google Classroom), me comunicarei com meus colegas e professores de maneira respeitosa e profissional.
- Garantirei que vou para a escola com meu Chromebook totalmente carregado.
- Farei todos os esforços para cuidar do meu Chromebook.
- Entendo que sou responsável por pagar por um novo Chromebook se o meu for perdido ou danificado.

_____ Estou aceitando meu Chromebook WPS

_____ Não estou aceitando meu Chromebook WPS. Eu estarei usando meu próprio dispositivo.

Nome do Aluno (impresso): _____

Assinatura do Aluno : _____

Nome dos Pais/Responsáveis : _____

Assinatura dos pais/responsáveis : _____

Nota do Aluno: _____

Data: _____

Escolas Públicas de Westbrook

Chromebook 1:1 – Programa opcional de proteção contra danos

A WPS oferece um programa opcional de proteção contra danos para Chromebooks que são emitidos para nossos alunos. Embora esperemos que todos os alunos façam o possível para cuidar bem dos Chromebooks, os pais e alunos são responsáveis por pagar o custo dos reparos por qualquer dano ao Chromebook emitido pela escola. Este plano de proteção ajudará a proteger contra as despesas de custos de reparo por danos acidentais, como tela rachada, tomada de energia quebrada, peças de teclado ausentes, falha de teclado devido a derramamento, etc., até e incluindo o custo de uma substituição de um dispositivo que está danificado além do reparo econômico.

A participação no programa opcional de proteção contra danos para Chromebooks é voluntária e não é um requisito para o aluno receber um Chromebook para uso escolar. Por favor, revise as informações fornecidas abaixo e **selecione se deseja ou não participar e devolva este formulário à secretaria da escola, independentemente de sua decisão.**

Detalhes de Custo e Cobertura do Programa de Proteção

A taxa de participação para o Plano de Proteção para o ano letivo é de \$ 25,00 para as seguintes coberturas:

- O plano de proteção cobrirá até dois (2) reparos sem custo
- Dispositivo danificado além do reparo econômico - taxa de substituição de US\$ 25 (isso é separado do custo de US\$ 25 para comprar o plano); limitado a uma vez por ano de cobertura
- Os alunos receberão um dispositivo de empréstimo gratuito durante o período de reparo

Exclusão do Programa e Custos Relacionados

- Carregadores perdidos não são cobertos por este programa
 - o O custo de substituição do carregador é de \$ 25,00
- Dispositivos perdidos ou roubados **não são cobertos** – caso o Chromebook emitido pela escola do aluno seja perdido ou roubado (ou danificado além do reparo econômico mais de um de acordo com o item acima), os pais e alunos são responsáveis por pagar o custo total de substituição, que atualmente é de US\$ 280,00

Custo de reparo e substituição sem cobertura do programa de proteção

Os pais e alunos que não escolherem a cobertura são responsáveis por notificar imediatamente e providenciar reparos através das Escolas Públicas de Westbrook. As peças de reposição e os custos de reparo serão cobrados ao custo da escola. Chromebooks danificados além do reparo econômico exigirão o pagamento do custo total de substituição de US\$ 280,00

_____ Sim, desejo participar do Plano Opcional de Proteção contra Danos e anexe a taxa de participação de US\$ 25,00. Os cheques podem ser pagos ao fundo de atividades escolares do seu filho:

Daisy Ingraham School - Por favor, pague ao **Daisy Ingraham Activity Fund**

Westbrook Middle School - Por favor, pague ao **WMS Activity Fund**

Westbrook High School – Por favor, pague ao **WHS Activity Fund**

_____ Não, não desejo participar do Plano Opcional de Proteção contra Danos e entendo que sou responsável por pagar o custo total de quaisquer reparos devido a danos até o custo total de substituição de \$ 280,00

Nome do Aluno (impresso) _____ Série Atual _____

Pai/Responsável (impresso) _____

Pai/Responsável (assinatura) _____ Data _____