

Procedimiento para el registro de nuevos estudiantes

Se debe entregar lo siguiente:

- 2 Pruebas de residencia (es decir, factura de impuestos sobre la propiedad, declaración de la hipoteca, contrato de alquiler, una factura de servicios públicos, etc.) No se aceptan licencias de conducir. Esto asegura el derecho a asistir a Westbrook Schools.
- Examen físico (formulario azul) y registros de vacunación actualizados
- Certificado de nacimiento o pasaporte (se hará una copia y se le devolverá el original)

Se adjuntan los siguientes formularios para que los complete:

- Formulario de inscripción/formulario de información del estudiante - dos caras
 - Cuestionario de inscripción
 - Formulario de residencia firmado
 - Formulario de cesión de registros firmado
 - Acuerdo de Internet con la firma de los padres y el estudiante
 - Formularios de administración de medicamentos
 - Acuerdo de Aceptación de Chromebook y Programa de Protección
- ❖ De acuerdo con la ley estatal y la política de la Junta Educativa, los estudiantes nuevos deben someterse a un examen físico para inscribirse:
- si viene de fuera de Connecticut debe tener un examen físico realizado en los últimos 12 meses y en el formulario del estado de CT.
 - Si se inscribe en un deporte, es necesario un examen físico anual. **NO SE PUEDE** inscribir a ningún estudiante en deportes (incluyendo las prácticas) sin el correspondiente examen físico. Para más detalles, consulte al director deportivo o a la enfermera de la escuela.

La información y los formularios para Husky Insurance y los almuerzos gratuitos o con descuento están disponibles en el sitio web de WMS en la sección DEPARTAMENTOS: Servicios de Alimentación. Para su comodidad, también podemos proporcionarle una copia impresa.

Westbrook Public Schools - Ficha de información del estudiante

Asegúrese de agregar o corregir lo que corresponda en este formulario y firmarlo al final. Esta es la información que se utilizará para el correo electrónico y el contacto telefónico de la escuela y el distrito. La ley del estado de Connecticut exige la presentación de este formulario anualmente. Gracias.

¿Ha asistido alguna vez a las Escuelas Públicas de Westbrook? Sí ___ No ___ Si es así, ¿cuándo? ____

Alumno: _____ Número de estudiante (para uso de la escuela)
Dirección: _____ Fecha de nacimiento: _____
Dirección postal: _____ Grado: _____
Teléfono de casa: _____ Género: _____
Teléfono móvil del estudiante: _____ Correo electrónico del estudiante: _____

Información de los padres o representantes

Contacto principal por correo electrónico: _____

Le rogamos que presente toda la documentación pertinente en relación con las circunstancias únicas respecto a la tutela legal del estudiante.

Nombre:	Nombre:
Parentesco:	Parentesco:
Calle:	Calle:
Ciudad, Estado, Código Postal:	Ciudad, Estado, Código Postal:
Empleador:	Empleador:
<i>Por favor, incluya en todos los números de teléfono el código de área:</i>	
Teléfono de casa:	Teléfono de casa:
Teléfono del trabajo:	Teléfono del trabajo:
Teléfono móvil:	Teléfono móvil:
Correo electrónico:	Correo electrónico:

Contactos de emergencia que no sean los padres

Las personas indicadas a continuación están autorizadas a recoger a mi hijo o hija y se les puede localizar durante el horario escolar llamando al número indicado.

Nombre:	Parentesco:	Teléfono(s):
Nombre:	Parentesco:	Teléfono(s):
Nombre:	Parentesco:	Teléfono(s):

Información sobre emergencias y salud

Si se produce un accidente o se enferma de gravedad en la escuela, se enviará a su hijo o hija a un centro médico de urgencia. Los padres o representantes se encargarán de todos los gastos:

Médico:	Teléfono:
Dentista:	Teléfono:
Alerta(s) médica(s):	Compañía de seguro médico:
Número de póliza	

¿Tiene hermanos en las escuelas públicas de Westbrook? Por favor, indique a continuación:

Nombre _____ Grado _____

Nombre _____ Grado: _____

Nombre del padre o representante en letra de imprenta: _____

Firma del padre o representante: _____ Fecha _____

Westbrook Public Schools - Ficha de información del estudiante - Página 2

El PTSO de WHS está publicando un directorio de información de los padres (Dirección, teléfono, correo electrónico). Si usted NO quiere aparecer en el directorio, por favor ponga sus iniciales aquí: _____

Esta es la información que se utilizará para el correo electrónico y el teléfono de contacto del distrito escolar. Es obligatorio rellenar este formulario anualmente según la ley del estado de Connecticut.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LOS PADRES/REPRESENTANTES (si es necesario).

Nombre: _____ Parentesco: _____
Calle: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____
Teléfono del trabajo: _____ Empleado: _____
Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____

Nombre: _____ Relación: _____
Calle: _____
Ciudad, Estado, Código Postal: _____
Teléfono de casa: _____
Teléfono del trabajo: _____ Empleado: _____
Teléfono móvil: _____
Correo electrónico: _____

En virtud de la Ley de Educación Bilingüe, todos los distritos escolares del Estado exigen esta información, que ayudará a determinar si es necesario establecer un programa de educación bilingüe o un programa de inglés como segundo idioma para los estudiantes de nuestro distrito que no dominan el inglés.

¿Cuál es el idioma principal que habla el estudiante? _____
¿Qué idioma aprendió a hablar el estudiante por primera vez? _____
¿Cuál es el idioma principal que hablan los padres/representantes en su hogar? _____

Origen étnico: ¿Es el estudiante hispano o latino?

Por favor, encierre en un círculo: Latino No latino

Raza (marque todas las que correspondan)

- | | |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Asiático |
| <input type="checkbox"/> Negro o africano | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Hispano/Latino |

¿El estudiante nació en los Estados Unidos? Por favor, encierre en un círculo: Sí No

¿Es el estudiante un inmigrante? Por favor, encierre en un círculo: Sí No

Definición: Un niño que es, o cuyo padre o su cónyuge es, un trabajador agrícola migratorio (incluyendo a los trabajadores lácteos migratorios o a los pescadores migratorios) y que se ha desplazado en los últimos 36 meses cruzando las fronteras del estado o del distrito para obtener o acompañar a dicho padre o cónyuge por un empleo temporal o de temporada en trabajos agrícolas o pesqueros.

¿Son ustedes una familia militar? Encierre en un círculo: Sí No

Definición: El hijo de un padre o representante que es miembro de las Fuerzas Armadas en servicio activo o que sirve a tiempo completo en la Guardia Nacional. Por Fuerzas Armadas se entiende: el Ejército, la Marina, las Fuerzas Aéreas, el Cuerpo de Marines y la Guardia Costera.

Cuestionario de Registro

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Grado: _____

Escuela anterior (nombre, dirección, número de teléfono):

Según su percepción, ¿qué tal le va a su hijo o hija en las siguientes áreas? (encierre la respuesta en un círculo)

Lectura:	Por encima del nivel de su grado	Al nivel de su grado	Debajo del nivel de su grado
Redacción:	Por encima del nivel de su grado	Al nivel de su grado	Debajo del nivel de su grado
Matemáticas:	Por encima del nivel de su grado	Al nivel de su grado	Debajo del nivel de su grado

Por favor, escriba sus comentarios sobre las siguientes áreas:

¿Sus relaciones con compañeros son adecuadas para su edad? Sí No
Si ha respondido no, por favor explique:

Intereses/pasatiempos: _____

¿Su hijo o hija ha tenido una evaluación individual en un sistema escolar? Sí No
Si ha respondido sí, explique en qué fecha y por qué motivo se realizó la evaluación:

¿Su hijo o hija ha recibido servicios de apoyo?

- Educación especial
- Plan de adaptaciones 504
- Plan sanitario
- Plan académico
- Orientación (consejero, psicólogo, trabajador social)
- Otro: _____

Otra información que deberíamos tomar en cuenta:

Si esta autorización se utiliza para obtener información médica protegida del médico del niño o niña, o de otra entidad cubierta por la HIPAA, también debe completarse la siguiente sección:

Yo, quien suscribe, autorizo específicamente a _____ a divulgar la
Nombre del médico

información médica de mi hijo o hija, según se especifica anteriormente, a su escuela, _____
Nombre de la escuela

a la dirección indicada anteriormente, para los fines descritos a continuación (es decir, evaluación de salud para el ingreso a la escuela, evaluación de educación especial, etc.):

Al firmar este documento, acepto que las fotocopias de esta autorización tendrán la misma validez que el original. Esta autorización será válida por un período de un año a partir de la fecha indicada. Comprendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento informando a la oficina del médico por escrito, pero si lo hago, no tendrá ningún efecto sobre las acciones tomadas por el médico antes de recibir dicha revocación.

Entiendo que, según la ley aplicable, la información divulgada en virtud de esta autorización puede ser objeto de divulgación posterior por parte del destinatario y, por lo tanto, puede dejar de estar protegida por las normas federales de privacidad.

Entiendo que el tratamiento o la continuación del tratamiento de mi hijo con cualquier proveedor de atención médica o la inscripción o la elegibilidad para los beneficios con cualquier plan de salud no puede estar condicionada a si firmo o no esta autorización y que puedo negarme a firmarla.

Cualquier información recibida por la escuela de acuerdo con esta autorización está sujeta a todas las leyes de confidencialidad estatales y federales aplicables que rigen el uso y la divulgación posterior de dicha información.

Firma del padre/representante

Fecha

Nombre del padre/representante en letra de molde

11/21/13
238848 v.29 S5

DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA

Por la presente hago constar que (nombre del estudiante) _____ vive con sus padres o representantes legales en (calle) _____ en (ciudad) _____ y, de buena fe, es residente permanente de Westbrook de conformidad con la Ley Pública 86-303.

Por la presente, hago constar que la residencia del alumno en Westbrook es permanente, otorgada sin remuneración o apoyo económico de los padres, y no para obtener cupo escolar en Westbrook Schools. Se podrá evaluar una matrícula retroactiva si los padres han engañado a los funcionarios de la escuela en cuanto a la residencia del niño.

Como padre/representante legal de (estudiante) _____, solicito su inscripción como estudiante en Westbrook Middle School en Westbrook, Connecticut. Entiendo plenamente que tengo la obligación de informar al director de la escuela inmediatamente de cualquier cambio en su residencia.

POR FAVOR TENGA EN CUENTA: INCLUYA COPIAS DE DOS DOCUMENTOS para corroborar la residencia, es decir, una factura de impuestos sobre la propiedad, un contrato de alquiler, una factura de servicios públicos, etc. No se acepta la licencia de conducir como prueba.

Si se le niega la inscripción en Westbrook, tiene derecho a solicitar una audiencia del Consejo de Educación. Este distrito tiene derecho al pago de la matrícula por el período en que el niño permanezca en las escuelas de Westbrook si finalmente se determina que el estudiante no tiene derecho a los privilegios escolares.

Entiendo que la Ley Pública de Connecticut 86-303, autoriza a los distritos escolares a negar la inscripción si sospechan que el inscrito no es un residente de buena fe, y que el inscrito tiene derecho a una audiencia de debido proceso ante la Junta de Educación de Westbrook si desea apelar la decisión.

Firma del padre/representante

Fecha

Westbrook Middle/High School
Información de la Oficina de Salud

Exámenes físicos:

- La Junta de Educación y la ley del estado de Connecticut exigen que se realice un examen físico completo (formulario azul) durante el 6º grado y el 10º grado y antes de ingresar al 7º grado y al 11º grado. Los exámenes físicos deben incluir pruebas de visión, audición y posturales y registros de vacunación. Sin este examen físico, su hijo o hija no podrá pasar al siguiente grado.
- Si su hijo(a) tiene pensado practicar un deporte, debe tener un examen físico actualizado en la oficina de salud. Los exámenes físicos para deportes son válidos por 13 meses y se deben recibir antes de cualquier participación, incluyendo las pruebas. Según las normas del CIAC, no se aceptarán notas de puente.

Vacunas:

- Todos los estudiantes que ingresan a Westbrook Middle/High School deben mostrar prueba de haber recibido las siguientes vacunas:
 - DPT/DTaP/Td (tétano) - Al menos 4 dosis
 - Polio - Al menos 3 dosis
 - MMR - 2 dosis
 - Varicela - 2 dosis
 - Hepatitis B - 3 dosis
 - Hepatitis A - 2 dosis (Grados 5-7)
 - Tdap - 1 dosis (Grados 7-12)
 - Meningococo - 1 dosis (Grados 7-12)

Exámenes de salud:

- La enfermera realizará anualmente exámenes de salud de rutina:
 - Examen de audición: Grado 5
 - Examen de la vista: Grado 5
 - Escoliosis/Posturas: Niñas de 5º y 7º grado; niños de 8º grado
- Los estudiantes de 6º y 10º grado deben someterse a las pruebas diagnósticas en el examen físico completo obligatorio.

Salidas por razones médicas:

- Los estudiantes se retirarán automáticamente por las siguientes razones:
 - Vómitos
 - Diarrea
 - Temperatura de 100.0 o más
 - Sospecha de conjuntivitis o confirmación de la misma
 - Piojos/liendres
- Si se expulsa por diarrea, vómitos o temperatura de 100 o superior, el estudiante tiene que quedarse excluido hasta que esté libre de síntomas durante al menos 24 horas sin medicación para suprimirlos.
- En caso de conjuntivitis, la enfermera puede exigir un justificante médico para que el estudiante pueda volver a la escuela. Si se le diagnostica conjuntivitis, el estudiante no podrá reintegrarse a la escuela hasta que haya recibido 24 horas completas de antibióticos.
- Si se descubre un piojo vivo (piojos), el estudiante solamente podrá retomar la escuela después de completar el tratamiento del cabello y de retirar todas las liendres viables. El estudiante deberá presentarse ante la enfermera al llegar a la escuela y presentar una prueba del tratamiento. También se revisará a los hermanos de los estudiantes afectados.

Adaptaciones y medicamentos:

- La enfermera puede administrar medicamentos de venta libre y con receta SOLAMENTE con una orden médica y un permiso firmado por los padres. El formulario debe estar completo e incluir lo siguiente
 - Orden del proveedor y autorización escrita para la administración de la medicación
 - Autorización escrita de los padres para la administración de la medicación
 - Si el estudiante se administra la medicación por sí mismo, el formulario debe estar marcado y firmado por el proveedor y los padres
- El medicamento debe estar en el envase original con la etiqueta de la farmacia y tener la fecha de vencimiento actual.
- Los estudiantes de la escuela intermedia y secundaria pueden recibir Tylenol, Ibuprofeno y Zyrtec solamente con el permiso firmado de los padres. Si usted desea que su hijo o hija pueda tomar estos medicamentos en la escuela, por favor llene la Autorización para administrar medicamentos sin aspirina en el Formulario de Actualización del Informe Anual de Salud.

- El padre/representante es responsable de enviar cualquier plan de tratamiento (Plan de Acción para el Asma, Plan de Alergias, Plan para la Diabetes, etc.) y las órdenes del médico a la enfermera.
- Todas las autorizaciones de medicamentos se deben actualizar anualmente. Todos los formularios se pueden encontrar en la página web.
- En caso de que su hijo o hija necesite alguna adaptación en la escuela, por favor envíe una nota con las instrucciones del proveedor de atención médica.

Información adicional:

- Si su hijo o hija está enfermo o no podrá asistir a la escuela por cualquier razón, por favor llame a la oficina principal todos los días que se ausente antes de las 8:00 am.
- Después de 9 ausencias, es necesario presentar la documentación apropiada para todas las ausencias subsiguientes.
- Por favor, procure que su hijo/a desayune y que se lleve una merienda saludable a la escuela. La escuela ofrece servicio de desayuno y hay precios reducidos para las personas que cumplen con los requisitos. Los estudiantes que no desayunan sienten cansancio, mareos y dificultad para concentrarse. El desayuno mejora el rendimiento escolar y aumenta la concentración.
- Le rogamos que informe a la enfermera de cualquier actualización de salud durante el año. Si hay cualquier antecedente médico importante que le gustaría que la enfermera tenga en cuenta, por favor, comuníquese conmigo.

Westbrook Middle/High School
Autorización para administrar tratamientos sin prescripción médica

Estudiante: _____ Grado: _____

Para ser completado y firmado por el padre/representante:

Puede haber ocasiones en las que su hijo/a pida medicamentos/tratamientos sin receta para ayudar a aliviar los síntomas relacionados con dolencias menores como sarpullido por hiedra venenosa, cortes, raspaduras, labios ressecos, etc. Hay una enfermera registrada para ayudar a evaluar las condiciones del estudiante y para responder apropiadamente al dispensar estos medicamentos/tratamientos. El PADRE/REPRESENTANTE debe indicar cuáles de los medicamentos/tratamientos sin receta disponibles **NO SE PUEDEN** usar o administrar marcando las casillas correspondientes que aparecen a continuación. El Dr. Perrin, nuestro asesor médico, ha aprobado los medicamentos sin receta que se indican a continuación para que sean utilizados en la escuela.

Marque la casilla del medicamento/tratamiento que **NO** se le debe dar a su hijo

- Gel de Aloe Vera (terapia hidratante)
- Tabletas antiácidas (malestar estomacal)
- Pomada antibiótica/Bacitracina (prevención de infecciones)
- Bactina (cuidado de heridas)
- Benadryl (reacción alérgica)
- Betadine/Phisophex/Hibclens/Dial (jabón)
- Gel para quemaduras (quemaduras)
- Calamina/loción antialérgica (irritación de la piel, erupción, hiedra venenosa)
- Pastillas para la tos (dolor de garganta, tos)
- Crema de manos/cuerpo (crema hidratante)
- Crema de hidrocortisona al 1,0% (sarpullido)
- Alcohol isopropílico (limpieza de heridas/perforaciones)
- Pomada labial (labios agrietados)
- Vaselina (labios agrietados)
- Gotas salinas para los ojos (irritaciones oculares/solución para lentes de contacto)
- Tintura de benjuí (vendaje protector)

Comentarios: _____

Firma del padre/representante: _____ Fecha: _____

Revisado 1/8/2020

Westbrook Middle/High School

Formulario de actualización anual de la salud del estudiante y orden permanente autorización de los padres

Este formulario se debe completar y enviar a la oficina de salud anualmente.

Estudiante: _____ Grado: _____

Autorización de los padres para la orden permanente anual

La enfermera registrada que cubre las Escuelas Públicas de Westbrook puede administrar los siguientes medicamentos a los estudiantes a discreción de la enfermera siempre y cuando el padre/representante haya firmado el consentimiento previo para el año escolar. Por favor, firme por cada medicamento que autorice a la enfermera a administrar. Si no desea que se administre el medicamento a su hijo, por favor, déjelo en blanco.

Autorizo a la enfermera, con una orden permanente del consultor médico de la escuela, a administrar a su discreción los siguientes medicamentos a mi hijo o hija (Por favor, firme para cada medicamento según corresponda):

- **Acetaminofén (Tylenol)** 325 mg, 1-2 tabletas cada 4-6 horas según sea necesario para dolores de cabeza o dolores menores. **Firma de los padres** _____
- **Ibuprofeno (Advil)** 200 mg, 1-2 tabletas cada 4-6 horas según sea necesario para el dolor muscular, calambres menstruales y dolores de cabeza. **Firma de los padres** _____
- **Cetirizina HCl (Zyrtec)** 10 mg, 1 comprimido una vez al día para los síntomas de alergia estacional como estornudos, picor de ojos o secreción nasal. **Firma de los padres** _____

NOTA: Si se va a administrar cualquier otro medicamento en la escuela, incluyendo cualquier medicamento de venta libre, debe ir acompañado de un FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN PARA LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS firmado.

Actualización anual de salud confidencial

1. Mi hijo(a) tiene la(s) siguiente(s) condición(es) médica(s):

Alergias: Que amenazan la vida/que no amenazan la vida (por favor encierre en un círculo)

Picadura de abeja ___ Medicamentos para la alimentación ___ Látex ___ Otros (especifique) _____

Asma ___ Diabetes ___ Convulsiones ___ Cáncer ___ TDAH ___ Comportamiento/Emocional ___

Enfermedades: Cardíaca ___ Ortopédica ___ Urinaria ___ Psicológica ___ Neurológica ___ Respiratorio ___

Gastrointestinal ___ Renal ___ Hormonal ___ Autoinmune ___

Problemas de: Visión ___ Audición ___ Deglución ___ Lenguaje ___

Otros: _____

SI SE COMPRUEBA LA EXISTENCIA DE ALERGIAS, ASMA O CONVULSIONES QUE PONGAN EN PELIGRO LA VIDA DEL NIÑO, PIDA AL MÉDICO QUE COMPLETE UN PLAN DE TRATAMIENTO Y ENVÍE LAS ÓRDENES DE MEDICACIÓN.

2. Por favor, indique cualquier medicamento que tome su hijo con regularidad y el motivo de su administración:

3. ¿Algún accidente, operación o enfermedad grave en el último año?

4. ¿Su hijo o hija tiene seguro médico? Sí/No (encierre en un círculo)

Nombre de la compañía de seguros: _____

5. ¿Hay algo que le gustaría discutir con la enfermera de la escuela?

Firma del padre/representante: _____ Fecha: _____

**Departamento de Educación del Estado de Connecticut
Registro de evaluación de la salud**

A los padres o representantes:

Para poder ofrecer la mejor experiencia educativa, el personal de la escuela debe entender las necesidades de salud de su hijo. Este formulario solicita información de usted (Parte 1) que también servirá al proveedor de atención médica al realizar la evaluación médica (Parte 2) y la evaluación oral (Parte 3). La ley estatal exige que se apliquen las vacunas primarias completas y que se realice una evaluación de salud por parte de un médico legalmente calificado, una enfermera registrada de práctica avanzada o una enfermera registrada, con licencia según el capítulo 378, un asistente médico, con licencia según el capítulo 370, un asesor médico de la escuela, o un médico legalmente calificado, una enfermera registrada de práctica avanzada o un asistente médico destacado en cualquier base militar antes del ingreso a la escuela en Connecticut (C.G.S. Secs. 10-204a y 10-206). Es necesario realizar una actualización de las vacunas y evaluaciones de salud adicionales en el 6º o 7º grado y en el 9º o 10º grado. El nivel de grado específico lo determinará la junta local de educación. Este formulario también puede utilizarse para las evaluaciones de salud que se exigen cada año a los estudiantes que participan en equipos deportivos.

Por favor, escriba en letra molde

Nombre del estudiante (apellido, nombres)		Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección (calle, ciudad y código postal)			
Nombre del padre/representante (apellido, nombres)		Teléfono de casa	Teléfono celular
Escuela/Grado		Raza/Etnicidad	<input type="checkbox"/> Negro, sin origen hispano
Proveedor primario de cuidados		<input type="checkbox"/> Indígena americano/ de Alaska	<input type="checkbox"/> Blanco, sin origen hispano
		<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Asiático/Islands del Pacifico
			<input type="checkbox"/> Otro
Compañía de seguro médico/Número de póliza* o de Medicaid			
¿Su hijo o hija tiene seguro médico?		S N	Si su hijo o hija no tiene seguro, llame al 1-877-CT-HUSKY
¿Su hijo o hija tiene seguro odontológico?		S N	

* Si aplica

Parte 1 - A completar por el padre/representante

Por favor, responda a estas preguntas sobre la historia clínica de su hijo antes del examen físico.

Por favor, marque con un círculo "S" si es "sí" o "N" si es "no". Explique todas las respuestas "sí" en el espacio de abajo.

Cualquier problema de salud	S N	Hospitalización o visita a urgencias	S N	Conmoción cerebral	S N
Alergias a los alimentos o a las picaduras de abeja	S N	Cualquier hueso roto o dislocación	S N	Desmayo o desmayo	S N
Alergias a los medicamentos	S N	Cualquier lesión muscular o articular	S N	Dolor en el pecho	S N
Cualquier otra alergia	S N	Lesiones en el cuello o en la espalda	S N	Problemas cardíacos	S N
Alguna medicación diaria	S N	Problemas para correr	S N	Presión arterial alta	S N
Cualquier problema de visión	S N	Mononucleosis (último año)	S N	Sangrar más de lo previsto	S N
Utiliza lentes de contacto o gafas	S N	Tiene sólo un riñón o un testículo	S N	Problemas para respirar o toser	S N
Cualquier problema de audición	S N	Aumento/pérdida excesiva de peso	S N	Cualquier tipo de tabaquismo	S N
Cualquier problema con el habla	S N	Aparatos dentales, fundas o puentes	S N	Tratamiento del asma (últimos 3 años)	S N
				Tratamiento anticonvulsivo (últimos 2 años)	S N
				Diabetes	S N
				TDAH/ADD	S N

Antecedentes familiares

¿Algún familiar ha tenido alguna vez una muerte súbita inexplicable (menor de 50 años)? S N

¿Algún familiar directo tiene el colesterol alto? S N

Por favor, explique aquí todas las respuestas afirmativas. Para enfermedades/lesiones/etc., incluya el año y/o la edad de su hijo o hija en ese momento: _____

¿Hay algo que quiera discutir con la enfermera de la escuela? S N Si es así, explique: _____

Por favor, indique cualquier medicamento que su hijo deba tomar en la escuela: _____

Todos los medicamentos que se tomen en la escuela requieren un Formulario de Autorización de Medicamentos separado, firmado por un proveedor de atención médica y un padre/representante.

Doy permiso para que se divulgue e intercambie información en este formulario entre la enfermera de la escuela y el proveedor de atención médica para que se utilice de manera confidencial para satisfacer las necesidades de salud y educación de mi hijo en la escuela.

Firma del padre/representante _____

Fecha _____

Se mantendrá en el registro de salud escolar acumulativo del estudiante

Parte 2 – Evaluación médica
El proveedor médico deberá rellenar y firmar la evaluación médica y la evaluación física

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
 Fecha del examen _____ Revisé los antecedentes médicos de la Parte 1 de este formulario.

Evaluación física

Nota: *evaluación obligatoria a realizarse en virtud de la Ley del Estado de Connecticut

* Estatura: * Peso: IMC: Pulso: * Presión arterial:

	Normal	Descripción de anomalías	Ortopedia	Normal	Descripción de anomalías
Neurológico			Cuello		
Ojos y otorrinolaringología			Hombros		
* Odontología			Brazos/manos		
Linfático			Caderas		
Cardíaco			Rodillas		
Pulmonar			Pies/Tobillos		
Abdominal			* Postural		
Genital/hernia			<input type="checkbox"/> Sin anomalías espinales	<input type="checkbox"/> Anomalía espinal	
Dermal				<input type="checkbox"/> Ligera <input type="checkbox"/> Moderada	
				<input type="checkbox"/> Marcada <input type="checkbox"/> Remisión	

Evaluaciones

* Vista			* Audición			Antecedentes de niveles de plomo $\geq 5\mu\text{g/dL}$	Fecha
Tipo: Con gafas Sin gafas <input type="checkbox"/> Remisión	Der. 20/ 20/	Izg. 20/ 20/	Tipo: <input type="checkbox"/> Remisión	Der. <input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> No pasó	Izg. <input type="checkbox"/> Pasó <input type="checkbox"/> No pasó	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
*HCT/HGB:							
*Habla (solo al entrar a la escuela)							
Otro:							

TB: ¿Grupo de alto riesgo? No Sí Fecha de lectura PPD: Resultados: Tratamiento:

*** VACUNAS**

Al día Cronograma de aplicación: **SE DEBE ADJUNTAR LA CARTILLA DE VACUNACIÓN**

*** Evaluación de enfermedad crónica:**

Asma No Sí Intermitente Ligero persistente Moderado persistente
 Grave persistente Inducido por ejercicio
*Si ha respondido sí, entregue una copia del **Plan de acción en caso de asma** a la escuela*

Anafilaxis No Sí Alimentos Insectos Látex Fuente desconocida

Alergias *Si ha respondido sí, entregue una copia del **Plan en caso de emergencia alérgica** a la escuela*
 Antecedentes de anafilaxis: No Sí Necesita Epipen: No Sí

Diabetes No Sí Tipo I Tipo II **Otra enfermedad crónica:**

Convulsiones No Sí Tipo:

Este estudiante tiene una afección del desarrollo, emocional, conductual o psiquiátrica que afecta su experiencia educativa. *Explique:* _____

Medicamentos diarios (*especifique*): _____

Este estudiante puede: **Participar plenamente en el programa escolar**
 Participar en el programa escolar con las siguientes modificaciones/adaptaciones:

Este estudiante puede: **Participar plenamente en actividades y competencias deportivas**
 Participar en el actividades y competencias deportivas con las siguientes modificaciones/adaptaciones:

Sí No De acuerdo con esta historia clínica y el examen físico exhaustivos, este estudiante ha mantenido su nivel de bienestar. ¿Es este el domicilio médico del estudiante? Sí No Me gustaría discutir la información de este informe con la enfermera de la escuela

Firma del proveedor médico:

Fecha:

Nombre y teléfono:

HAR-3 REV. 7/2018

Parte 3 - Evaluación/examen de la salud bucodental
El proveedor de atención médica debe rellenar y firmar la evaluación de salud bucodental.

A los padres o representantes:

La ley estatal exige que todas las juntas locales de educación soliciten que se realice una evaluación de salud bucal antes de la inscripción en la escuela pública, ya sea en el sexto o séptimo grado, y en el noveno o décimo grado (Ley Pública N° 18-168). Los niveles de grado específicos los determinará la junta local de educación. La evaluación de la salud bucodental incluirá un examen odontológico realizado por un higienista dental, o por un profesional médico legalmente calificado, un asistente médico o un enfermero registrado de práctica avanzada que haya sido capacitado para realizar una evaluación de la salud bucodental como parte de un programa de capacitación aprobado por el Comisionado de Salud Pública.

Nombre del estudiante (apellido, nombres)	Fecha de nacimiento	Fecha del examen
Escuela	Grado	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección de domicilio		
Nombre del padre/representante (apellido, nombres)	Teléfono de casa	Teléfono móvil

Examen odontológico: Realizado por: <input type="checkbox"/> Dentista	Evaluación visual: Realizada por: <input type="checkbox"/> MD/DO <input type="checkbox"/> APRN <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Higienista dental	Normal <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Anormal (explique) _____ _____ _____	Remisión: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Evaluación de riesgos <input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto	Descripción de factores de riesgo		
<input type="checkbox"/> Aparato dental o de ortodoncia <input type="checkbox"/> Saliva <input type="checkbox"/> Estado gingival <input type="checkbox"/> Placa visible <input type="checkbox"/> Desmineralización de los dientes <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Lesiones cariosas <input type="checkbox"/> Restauraciones <input type="checkbox"/> Dolor <input type="checkbox"/> Hinchazón <input type="checkbox"/> Traumatismos <input type="checkbox"/> Otros		

Recomendaciones del proveedor médico: _____

Doy mi permiso para la divulgación e intercambio de información indicada en este formulario entre la enfermera de la escuela y el proveedor médico para su uso confidencial en la satisfacción de las necesidades sanitarias y educativas de mi hijo o mi hija en la escuela.

Firma del padre/representante

Fecha

Firma del proveedor médico:

Fecha:

Nombre y teléfono:

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

HAR-3 REV. 7/2018

Cartilla de vacunación

Al proveedor médico: rellene y deje sus iniciales a continuación.

Vacuna (día, mes, año) Nota: * Requisitos mínimos antes de la inscripción escolar. En evaluaciones siguientes se debe registrar solo los refuerzos.

	1º Dosis	2º Dosis	3º Dosis	4º Dosis	5º Dosis	6º Dosis
DTP/DTaP	*	*	*	*		
DT/Td						
Tdap	*					Obligatoria de 7º-12º grado
IPV/OPV	*	*	*			
MMR	*	*				Obligatoria de K-12º grado
Sarampión	*	*				Obligatoria de K-12º grado
Paperas	*	*				Obligatoria de K-12º grado
Rubéola	*	*				Obligatoria de K-12º grado
HIB	*					PK y K (menores de 5 años)
Hepatitis A	*	*				Ver requisitos de grado abajo
Hepatitis B	*	*	*			Obligatoria de PK-12º grado
Varicela	*	*				Obligatoria de K-12º grado
PCV	*					PK y K (menores de 5 años)
Meningococo	*					Obligatoria de 7º-12º grado
VPH						
Gripe	*					
Otros						Estudiantes de PK de 24 a 59 meses de edad (anual)

Historia de enfermedad de las indicadas anteriormente:

(Especifique) _____ (Fecha) _____ (Confirmado por) _____

Exención: Religioso _____ Médica: Permanente _____ Temporal _____ Fecha: _____
 Fecha de renovación: _____

La documentación de exención religiosa se requiere al momento de la inscripción en la escuela y luego se renueva al ingresar al 7º grado.
 Las exenciones médicas de carácter temporal deben renovarse anualmente.

Requisitos de vacunación para los estudiantes recién matriculados en las escuelas de Connecticut (a partir del 8/1/17)

DESDE KINDER A 6º GRADO

DTP: Al menos 4 dosis, con la última dosis en el cuarto cumpleaños o después; los estudiantes que comienzan la serie a los 7 años o más sólo necesitan un total de 3 dosis de la vacuna que contiene tétanos y difteria.
 Polio: Al menos 3 dosis, con la última dosis en el 4º cumpleaños o después.
 MMR: 2 dosis con al menos 28 días de diferencia, con la primera dosis en o después del primer cumpleaños.
 Hib: 1 dosis en el primer cumpleaños o después (los niños de 5 años o más no necesitan de vacunación).
 Neumococo: 1 dosis al primer año o después (no se necesita prueba para niños de 5 años o mayores).
 Hepatitis A: 2 dosis administradas con un intervalo de seis meses, la primera al primer año de vida o después. Consulte la columna "FECHAS DE 2º DOSIS DE VACUNA LA HEPATITIS A: 2 dosis, con la primera dosis en el primer cumpleaños o después.
 Hep B: 3 dosis, con la última dosis en o después de las 24 semanas de edad.
 Varicela: 2 dosis, con la primera dosis en o después del primer cumpleaños o la verificación de la enfermedad.**

DESDE 7º A 12º GRADO

Tdap/Td: Se requiere 1 dosis de Tdap para los estudiantes que completaron su serie primaria de DTaP; para los estudiantes que comienzan la serie a la edad de 7 años o más se requiere un total de 3 dosis de vacunas que contengan tétanos y difteria, una de las cuales debe ser Tdap.
 Polio: Al menos 3 dosis, con la última dosis en el 4º cumpleaños o después.
 MMR: 2 dosis con al menos 28 días de diferencia, con la primera dosis en o después del primer cumpleaños.
 Meningococo: 1 dosis
 Hep B: 3 dosis, con la última dosis en o después de las 24 semanas de edad.
 Varicela: 2 dosis, con la primera dosis en el primer cumpleaños o después de la verificación de la enfermedad.
 Hepatitis A: 2 dosis administradas con un intervalo de seis meses, con la primera dosis en el primer cumpleaños o después. Consulte la columna "FECHAS DE LA FASE DE ENTRADA DE LA VACUNA CONTRA LA HEPATITIS A 2 DOSIS" a la derecha para obtener información más específica sobre el grado y el año requeridos.

REQUISITOS DE 2º DOSIS DE VACUNA DE HEPATITIS A

1 de agosto de 2017: Pre-K a 5º grado
 1 de agosto de 2018: De preescolar a 6º grado
 1 de agosto de 2019: Pre-K a 7º grado
 1 de agosto de 2020: Pre-K a 8º grado
 1 de agosto de 2021: Pre-K a 9º grado
 1 de agosto de 2022: Pre-K a 10º grado
 1 de agosto de 2023: Pre-K a 11º grado
 1 de agosto de 2024: Pre-K a 12º grado

**** Verificación de la enfermedad:**
 Confirmación por escrito por parte de un MD, PA o APRN de que el niño tiene un historial previo de enfermedad, basado en la historia familiar o médica.

Nota: El Comisionado de Salud Pública puede emitir una exención temporal al programa de inmunización activa para cualquier vacuna si los Centros Nacionales para el Control y la Prevención de Enfermedades reconocen una escasez nacional de suministro de dicha vacuna.

Firma del proveedor médico: _____

Fecha: _____

Nombre y teléfono: _____

Estimados padres/representantes:

La tecnología está cambiando el modo en que se puede acceder a la información, comunicarla y transferirla. Estos cambios también pueden afectar la instrucción y el aprendizaje de los estudiantes. El Sistema de Escuelas Públicas de Westbrook ofrece a los estudiantes acceso a la autopista electrónica de la información y a los servicios informáticos en red, como el correo electrónico e Internet, de acuerdo con la Política de la Junta 6141.321 (adjunta).

Además del acceso a los ordenadores y a las personas de todo el mundo, se dispone de materiales que podrían no considerarse apropiados en el aula. Sin embargo, en una red global es imposible controlar todos los materiales. En última instancia, el personal de la escuela, los padres y los representantes de los menores son los responsables de establecer y transmitir las normas que deben seguir los alumnos al utilizar los medios de comunicación y las fuentes de información.

El Consejo de Educación de Westbrook apoya y respeta el derecho de cada familia a decidir si permite o no que sus hijos accedan a Internet. Por favor, tómese el tiempo de sentarse con su(s) hijo(s) para leer y discutir las *Reglas y Códigos de Ética para Usuarios de Computadoras de Westbrook School*. Luego, firme y devuelva la(s) declaración(es) proporcionada(s) lo antes posible.

Reglas y Códigos de Ética para los Usuarios de Computadoras de Westbrook School

El acceso a Internet se proporciona a los alumnos para que realicen investigaciones y se comuniquen con otros en relación con el trabajo escolar. El acceso a los servicios de la red se da a los estudiantes que se comprometen a actuar de manera considerada y responsable. Es necesario el permiso de los padres. El acceso es un privilegio, no un derecho. Por lo tanto, basándose en las normas de uso aceptable expuestas en este documento, los administradores del sistema determinarán qué es un uso inapropiado. Las decisiones son definitivas. Los administradores del sistema pueden denegar, revocar o suspender el acceso de un usuario específico en cualquier momento.

Los usuarios individuales son responsables de su uso de la red. Las normas del distrito son las siguientes

1. Los estudiantes usuarios deben iniciar sesión cada vez que utilicen la red.
2. Los estudiantes usuarios deben utilizar los recursos informáticos con fines educativos y en cumplimiento de las actividades de instrucción.
3. Los estudiantes deben cumplir con la política 6141.321 que está incorporada en el Manual del Estudiante.

El uso del ordenador y de Internet debe favorecer la educación y la investigación y debe ser coherente con las expectativas académicas del Sistema de Escuelas Públicas de Westbrook. Se prohíbe la transmisión de cualquier material que infrinja las normativas de Estados Unidos o del Estado, incluyendo material con derechos de autor, amenazante u obsceno. Está estrictamente prohibido el uso para actividades comerciales de organizaciones con fines de lucro, promoción de productos, grupos de presión política o actividades ilegales.

También se espera que el usuario respete las siguientes normas de etiqueta:

6141.323(b)

Instrucción

Uso aceptable del internet

El uso es un privilegio, no un derecho. Los estudiantes y los miembros del personal no tienen ninguna expectativa de privacidad en cualquier material almacenado, transmitido o recibido a través de la red electrónica o los ordenadores del Distrito. Las comunicaciones electrónicas y el material descargado, incluyendo los archivos eliminados de la cuenta de un usuario y que no se hayan borrado, pueden ser supervisados o leídos por los funcionarios de la escuela. Cualquier persona que acceda a la red de Westbrook Public Schools debe firmar el acuerdo de uso aceptable y cumplir con todas las políticas de Westbrook Public School para el uso de la red.

Seguridad en Internet

Todas las computadoras del distrito con acceso a Internet deberán tener un dispositivo de filtrado que bloquee la entrada a representaciones visuales que sean obscenas, pornográficas o dañinas o inapropiadas para los estudiantes, tal como lo define la Ley de Protección de los Niños en Internet y como lo determine el Superintendente o su designado.

El Superintendente o la persona designada harán respetar el uso de dichos dispositivos de filtrado.

El Superintendente o la persona designada incluirán medidas en el plan de aplicación de esta política y en el reglamento administrativo para abordar lo siguiente

1. Limitar el acceso de los estudiantes a materias inapropiadas, así como restringir el acceso a materiales perjudiciales;
2. La seguridad de los estudiantes al utilizar las comunicaciones electrónicas;
3. Limitar el acceso no autorizado, incluyendo los "hackeos" y otras actividades ilícitas; y
4. Limitar la divulgación, el uso y la difusión no autorizados de la información de identificación personal.

Autorización de acceso a la red electrónica

6141.323(c)

Todos los estudiantes y sus padres o representantes deben firmar el formulario de autorización del Distrito antes de que se les conceda el uso no supervisado de la red. Asimismo, los miembros del personal deben firmar el formulario como condición de uso.

Todos los usuarios de los ordenadores y medios de acceso a Internet del Distrito deberán mantener la confidencialidad de los expedientes de los alumnos. Se tomarán medidas razonables para proteger contra el acceso irrazonable antes de colocar la información confidencial de los estudiantes en la red.

El incumplimiento por parte de cualquier estudiante o miembro del personal de los términos del formulario de autorización, o de esta política, dará lugar a la pérdida de privilegios, a la adopción de medidas disciplinarias y/o a las acciones legales pertinentes.

(cf. 6141.323-Usos Aceptables de Internet)

(cf. 6141.322-Sitios/páginas web)

Referencia legal:

Estatutos Generales de Connecticut

1-19(b)(11) Acceso a los registros públicos. Registros exentos.

10-156 Acceso de los padres o tutores a los registros del estudiante.

10-209 Registros que no son públicos.

11-8a Retención, destrucción y transferencia de documentos.

11-8b Transferencia o eliminación de documentos públicos. La Junta de la Biblioteca Estatal adoptará reglamentos.

466-56 (e) Acceso a los registros de menores.

Lista V de la Administración de Registros Públicos de Connecticut - Disposición de Registros Educativos (Revisada en 1983).

Ley Federal de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia de 1974 (sección 438 de la Ley de Disposiciones Generales de Educación, enmendada, añadida por la sección 513 del PL 93-568, codificada en 20 U.S.C. 1232g).

Departamento de Educación. 34 CFR. Parte 99 (9 de mayo de 1980 45 FR 30802) regs. que implementan la FERPA promulgada como parte del 438 de la Ley de Disposiciones Generales de Educación (20 U.S.C. 1232g) - privacidad de los padres y estudiantes y otros derechos con respecto a los registros educativos, enmendada el 21/11/96.

Ley Pública 106-554 Fiscal 2001 Ley de Asignaciones que contiene la "Ley de Protección de los Niños en Internet"

Ley Pública 94-553, Ley de Derechos de Autor de 1976, 17 U.S.C. 101 y siguientes.

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

Ginsberg v. New York, 390 U.S. 629, en 642, n.10 (1968)

Consejo de Educación v. Pico, 457 U.S. 868 (1988)

Distrito escolar de Hazelwood contra Kuhlmeier, 484 U.S. 620, 267 (1988)

Política adoptada: 12 de mayo de 2009

Revisión de la política - Primera lectura: 12 de junio de 2012

Revisada: 26 de junio de 2012

Acuerdo de usuario de computadoras e Internet de Westbrook Public School
Y

Formulario de permiso de los padres

Una vez que haya leído las Reglas y Códigos de Ética para los Usuarios de Computadoras de Westbrook School, sírvase completar este formulario para indicar que está de acuerdo con los términos y condiciones señalados. Las firmas del estudiante y de los padres/representantes son obligatorias antes de que se conceda el acceso a Internet. Este documento, que incorpora las normas y códigos, refleja el acuerdo completo y la comprensión de todas las partes.

Como usuario de la red informática del Distrito Escolar Público de Westbrook, he leído y por la presente acepto cumplir con las normas y códigos de ética señalados.

Firma del estudiante: _____ Fecha: _____

Nombre del estudiante (en letra de molde): _____

Escuela del estudiante: _____

Grado: _____

Como padre/representante legal del estudiante que firma arriba, concedo permiso para que mi hijo acceda a los servicios informáticos en red, como el correo electrónico e Internet. He leído y estoy de acuerdo con las normas y el código de ética. Entiendo que algunos materiales que se encuentran en Internet pueden ser objetables; por lo tanto, estoy de acuerdo en aceptar la responsabilidad de orientar a mi hijo o hija y transmitir que estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad a Westbrook Public Schools y a los empleados del distrito escolar por cualquier mal uso del acceso a los servicios informáticos en red que mi hijo o hija cometa. Entiendo que una vez firmado, este acuerdo es legalmente vinculante para mí.

Firma del padre/representante: _____ Fecha: _____

Nombre del padre/representante (en letra de molde): _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Complete y devuelva a la escuela de su hijo

Apéndice A: Divulgación de información con otros programas

Estimado padre/tutor:

Para ahorrarle tiempo y esfuerzo, la información que proporcionó en su *Solicitud para comidas/leche en la escuela a precio reducido y sin cargo* podrá compartirse con otros programas para los cuales sus hijos reúnan los requisitos. Debemos obtener su permiso para compartir esta información con otros programas. Suscríbase a continuación para recibir cualquier beneficio adicional que le interese. Al suscribirse para recibir los beneficios, certifica que usted es el padre/tutor de los niños para quienes se completa la solicitud.

Nota: Si presenta este formulario, no se cambiará el hecho de que sus hijos reciban comidas o leche de forma gratuita o a precio reducido.

- NO.** No quiero que se comparta la información de mi *Solicitud para comidas/leche en la escuela a precio reducido y sin cargo* con ninguno de estos programas.
- SÍ.** Sí quiero que los directivos de la escuela compartan la información de mi *Solicitud para comidas/leche en la escuela a precio reducido y sin cargo* con los programas que se marcan a continuación. **Marque todas las opciones que correspondan.**
- 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.

Si marcó SÍ en alguna de las casillas anteriores, complete la información a continuación y firme el formulario. Su información se compartirá solo con las personas y los programas correspondientes que marcó.

Escriba en letra de imprenta

Nombre del menor: _____ Escuela: _____

Nombre del menor: _____ Escuela: _____

Nombre del padre/tutor: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: ____ Código postal: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Para obtener más información, llame a Anne Trotta al (860)399-6214. Devuelva este formulario a 156 McVeagh Road, Westbrook, CT 06498. antes del October 13, 2023.

Apéndice A: Divulgación de información con otros programas

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

access health CT



¿Su familia necesita seguro de salud?

Connecticut ofrece cobertura de bajo costo o sin costo y ayuda de inscripción gratuita

¿No tiene seguro de salud y dental? Complete una solicitud con información básica sobre su hogar y vea lo que Access Health CT tiene para ofrecer. Hay opciones para adultos y niños. La mayoría de los residentes de Connecticut califican para algún tipo de **ayuda financiera, cobertura de bajo costo o sin costo.**

¡Consulte sus opciones e inscríbese ahora! Comience en AccessHealthCT.com. Si ya está inscrito en HUSKY Health, ¡no se lo pierda! Complete su renovación a tiempo para evitar una interrupción en cobertura.

- ✓ HUSKY A o HUSKY B
- ✓ HUSKY A & B para niños—ahora más pueden inscribirse*
- ✓ Programa Covered Connecticut
- ✓ Planes de salud calificados con ayuda financiera
- ✓ Planes de salud calificados
- ✓ Seguro dental de bajo costo
- ✓ Ayuda de inscripción gratuita



No se lo pierda.

Compare sus opciones, inscríbese u obtenga ayuda en línea en AccessHealthCT.com hoy. **Toda la ayuda es gratuita y disponible en varios idiomas.**

Si recientemente perdió su cobertura de HUSKY Health, es posible que aún tenga tiempo para volver a inscribirse sin interrupción o elegir un plan económico. Visite AccessHealthCT.com hoy para averiguarlo.

Actúe ahora:

- Para información general acerca de HUSKY Health visite www.ct.gov/HUSKY
- Para todas las demás preguntas, visite AccessHealthCT.com
- Escanea el código QR de arriba

*HUSKY A & B: ahora, más niños pueden inscribirse sin importar su estado migratorio, pero debe llamar a Access Health CT para solicitar cobertura.

1-855-805-4325 | AccessHealthCT.com | Encuentre ayuda gratuita en línea, por teléfono o en persona

Si es sordo o tiene problemas de audición, puede usar el TTY al 1-855-789-2428 o comunicarse con nosotros con un operador de retransmisión.

Síguenos en:



Anexo C: Información sobre el Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (SNAP)

Las nuevas pauta de aumento de ingresos serán efectivos a partir del 1 de octubre de 2023.

Estimado padre/tutor:

Las nuevas pauta de aumento de ingresos serán efectivos a partir del 1 de octubre de 2023. Si sus hijos califican para recibir comidas o leche gratis en la escuela, usted también podría calificar para **SNAP** (antes llamados cupones para alimentos). SNAP ayuda a las personas a comprar alimentos para ellos y sus familias. Los beneficios de SNAP se emiten todos los meses en tarjetas de débito plásticas. Puede usar los beneficios de SNAP para comprar alimentos en los principales supermercados, tiendas de alimentos de su barrio, en línea de las tiendas que participan y algunos mercados de productores autorizados para aceptar SNAP. Para más información, visite www.ct.gov/snap.

Cómo Calificar

Su calificación y la cantidad de SNAP para la que califique depende de lo siguiente:

- los ingresos de su grupo familiar;
- las deducciones admisibles de los ingresos de su grupo familiar (algunos ejemplos incluyen gastos mensuales de vivienda, facturas médicas y manutención infantil ordenada por el Tribunal);
- el tamaño de su grupo familiar; y
- al menos 5 años de residencia en los Estados Unidos para no ciudadanos calificados.

Si tiene acceso a Internet, puede ingresar para evaluar si puede ser elegible para SNAP. Ingrese en www.connect.ct.gov y haga clic en “Am I Eligible?” (¿Soy elegible?). **Tener su propia vivienda o un automóvil no impedirá que sea elegible para SNAP.**

Efectivo octubre 1, 2023		
Tamaño del grupo familiar	Ingresos mensuales brutos	Ingresos anuales brutos
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
Por cada miembro adicional	+\$857	+10,284
Grupos familiares más grandes = más ingresos		

Para Presentar Una Solicitud u Obtener Más Información

- Para buscar la oficina local del Departamento de Servicios Sociales (DSS) de Connecticut, llame al número de referencia de **United Way 2-1-1** (llamada gratis en todo el estado) o visite <https://portal.ct.gov/dsshome> and y haga clic en Localizador de oficinas.
- Puede encontrar una lista de todas las oficinas del Departamento de Servicios Sociales (DSS) de Connecticut o presentar una solicitud en línea en www.connect.ct.gov (haga clic en “Apply for Benefits” (Presentar solicitud de beneficios). Puede obtener la solicitud de SNAP para imprimir en inglés en o en español en <https://www.ct.gov/snap> (Haga clic para aplicar).
- **La Asociación para la Acción Comunitaria de Connecticut (CAFCA**, por sus siglas en inglés) trabaja con las siguientes agencias de acción comunitaria que lo/la ayudarán a inscribirse en SNAP (referirse a tabla en la página 2).

Anexo C: Información sobre SNAP

Agencia	Número de teléfono	Áreas de servicio
Alliance for Community Empowerment (Alliance)	203-366-8241	Área metropolitana de Bridgeport y condado de Upper Fairfield
Agencia de Acción Comunitaria Access (Access)	860-450-7400	Condados de Windham y Tolland
Community Action Agency of New Haven, Inc. (CAANH)	203-387-7700	Área metropolitana de New Haven
The Community Action Agency of Western Connecticut, Inc. (CAAWC)	203-744-4700	Noroeste de CT y condado de Lower Fairfield
Community Renewal Team, Inc. (CRT)	860-560-5600	Condados de Hartford y Middlesex
Human Resources Agency of New Britain, Inc. (HRA)	860-225-8601	Áreas de New Britain y Bristol
New Opportunities, Inc. (NOI)	203-575-9799	Áreas metropolitanas de Waterbury, Meriden, y Torrington
Thames Valley Council for Community Action, Inc. (TVCCA)	860-889-1365	Sudeste de CT- Condado de New London
Training Education and Manpower, Inc. (TEAM)	203-736-5420	Naugatuck Valley

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

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

El Departamento de Educación del Estado de Connecticut está comprometido con una póliza de igualdad de oportunidades/acción afirmativa para todas las personas calificadas. El Departamento de Educación de Connecticut no discrimina en ninguna práctica laboral, programa de educación o actividad educativa en base a raza; color; credo religioso; edad; sexo; embarazo; orientación sexual; peligros al sistema reproductivo en el lugar de trabajo, identidad o expresión de género; estado civil; origen nacional; ascendencia; represalias por discriminación o coerción previamente opuesta, discapacidad intelectual; información genética; discapacidad de aprendizaje; discapacidad física (incluida, entre otros, ceguera); discapacidad mental (historial pasado/presente de la misma); estado militar o veterano; víctimas de violencia doméstica; o antecedentes penales en el empleo estatal, a menos que haya una calificación ocupacional de buena fe excluyendo a las personas en cualquiera de las clases protegidas antes mencionadas. Las preguntas sobre la póliza de antidiscriminación del Departamento de Educación del Estado de Connecticut deben dirigirse a: Abogado Louis Todisco, Departamento de Educación del Estado de Connecticut, por correo a 450 Columbus Boulevard, Hartford, CT 06103-1841; o por teléfono al 860-713-6594; o por correo electrónico a louis.todisco@ct.gov.

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Este documento está disponible en https://portal.ct.gov/-/media/SIDE/Nutrition/NSLP/Forms/FreeRed/AddendumC_Spanish.pdf.

Solicitud para comidas gratuitas y a precio reducido en la escuela, o para leche gratuita
 2023-24 Complete una solicitud por grupo familiar. Utilice una lapicera (no un lápiz).

Devolver al nombre del distrito escolar.
 Application Number: _____

PASO 1 Mencione **TODOS** los niños del grupo familiar que sean bebés, niños y alumnos hasta el grad 12 inclusive (si se necesitan más espacios para otros nombres, adjunte otra hoja)

Nombre del menor	Apellido del menor:	Escuela	Grado	¿Alumno? Si No	Acogimiento familiar	Head Start o Fugado	Sin hogar
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

Marque todas las

Definición de Miembro del grupo familiar: Cualquier persona que viva con usted, y que comparta los ingresos y los gastos, incluso si no es un pariente.
 Los niños en acogimiento familiar y los niños que cumplen con la definición de Sin hogar o Fugados reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas.
 Lea la sección **Cómo solicitar comidas gratuitas y a precio reducido en la escuela** para obtener más información.

PASO 2 ¿Algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de asistencia (SNAP o TFA)? (Esto NO incluye beneficios médicos HUSKY).

Si la respuesta es **NO**, procesa con el PASO 3

Si la respuesta es **SI**, un miembro del grupo familiar participa en SNAP o TFA, escriba el número de caso de SNAP O TFA aquí, y luego proceda con el PASO 4 (no complete el PASO 3). Para agilizar el proceso de aprobación, se recomienda enfáticamente que presente un comprobante de elegibilidad para SNAP o TFA junto con esta solicitud. Consulte las instrucciones.

Número de caso: (No un número de EBT) _____
 Escriba solo un número de caso en este espacio.

PASO 3 Informe el ingreso de TODOS los miembros del grupo familiar (Omita este paso si respondió "SI" en el Paso 2)

A. Ingreso de los menores
 A veces, los menores del grupo familiar reciben un ingreso. Incluya el ingreso TOTAL (antes de impuestos y deducciones) que obtienen todos los menores del grupo familiar mencionados en el PASO 1 aquí.

B. Todos los miembros adultos del grupo familiar (Cualquier persona que vive con usted y comparte los gastos de ingresos, incluso si no es relacionado con usted)
 Mencione todos los miembros del grupo familiar que no están incluidos en el PASO 1 (incluido usted), incluso si no perciben un ingreso. Para cada miembro del grupo familiar mencionado, si perciben un ingreso, informe el ingreso bruto total (antes de impuestos y deducciones) correspondiente a cada fuente en dólares enteros (sin centavos) solamente. Si no perciben ingresos de ninguna fuente, escriba "0". Si ingresa "0" o deja algún campo en blanco, certifica (promete) que no hay ingresos para informar.

Nombre de los miembros adultos del grupo familiar (nombre y apellido)	Ingresos del trabajo		Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia		¿Con qué frecuencia? los menores		¿Con qué frecuencia? Cada 2 meses		¿Con qué frecuencia? Cada 2 meses		¿Con qué frecuencia? Cada 2 meses		
	Semanal mente	Cada 2 semanas	Semanal mente	Cada 2 semanas	Semanal mente	Cada 2 semanas	Semanal mente	Cada 2 semanas	Semanal mente	Cada 2 semanas	Semanal mente	Cada 2 semanas	
\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Total de miembros en el grupo familiar (niños y adultos - Paso 1 y Paso 3)

Últimos cuatro dígitos del número de seguro social (SSN) del principal asalariado o de otro miembro adulto del grupo familiar

Marque si no tiene número de seguro social

X X X X

PASO 4 Información de contacto y firma del adulto. Devuelva el formulario completo a la escuela de su hijo. 156 McVeagh Road, Westbrook, CT 06498

Confirmando (prometo) que toda la información presentada en esta solicitud es verdadera y que se informaron todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona en relación con el recibo de fondos federales y que los directivos de la escuela podrán verificar (comprobar) la información. Sé que, si proporciono información falsa intencionalmente, mis hijos podrían perder los beneficios de comidas, y podrían procesarme en virtud de las leyes estatales y federales correspondientes.

Dirección postal _____ N.º de depto. _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono durante el día y correo electrónico _____

Nombre del adulto que firma el formulario en letra de imprenta _____ Firma del adulto _____ Fecha de hoy _____

Solicitud para comidas gratuitas y a precio reducido en la escuela, o para leche gratuita 2023-24

Fuentes de Ingresos		Ejemplos de ingresos para niños	
Ganancias del trabajo	Asistencia Pública/Pensión Alimenticia/Mantenimiento de los hijos	Pensiones/Jubilación/Todas las demás fuentes de ingresos	
<ul style="list-style-type: none"> Salario, bonos en efectivo, propinas, comisiones Ingresos netos del trabajo por cuenta propia (granja o negocios) <p>Si usted está en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> Pago básico y bonos en efectivo (NO incluye combatir el pago, la FSSA o la vivienda privatizada subsidios). Subsidios para Vivienda fuera de la base, alimentos, y ropa 	<ul style="list-style-type: none"> Prestaciones por desempleo Compensación de trabajadores Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) Asistencia en efectivo del estado o gobierno local Pagos de pension alimenticias Pagos de manutención infantil Beneficios para veteranos Beneficios de huelga 	<ul style="list-style-type: none"> Seguro Social/ Discapacidad (incluyendo jubilación ferroviaria y beneficios de plúmón negro) Pensiones privadas o prestaciones por discapacidad Ingresos de fideicomisos o patrimonios Anualidades Ingresos de inversiones Interes ganados Pagos regulares en efectivo desde fuera del hogar 	<ul style="list-style-type: none"> Un niño tiene trabajo regular a tiempo completo o parcial donde gana un salario o salarios Un niño es ciego o discapacitado y recibe beneficios del Seguro Social Un padre esta discapacitado, jubilado o fallecido, y su hijo recibe beneficios Seguro Social Un amigo o miembro de la familia extendida regularmente le da dinero a un niño para gastar Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fideicomiso

OPCIONAL Identidades raciales y étnicas de los menores. Esta información se mantiene confidencial y puede estar protegida por la Ley de Privacidad de 1974

Estamos obligados a solicitar información sobre la raza y etnia de sus hijos. Esta información es importante y ayuda a garantizar que cumplamos plenamente con las necesidades de nuestra comunidad. Es opcional responder a esta sección y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido.

Etnia (marque una opción) Hispana o latina (Una persona de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, o otra cultura o origen español independientemente de su raza) No hispana ni latina

Raza (marque una opción o más) Indio estadounidense o nativo de Alaska Asiático Afroamericano Nativo de Hawái u otro isleño del Pacífico Caucásico

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: _____

Declaración sobre el uso de la información

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

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

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

La información de contacto que aparece más adelante es únicamente para presentar una queja por discriminación.
De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retención por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/Ad-3027.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escueta de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:

*Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
Fax: 855-256-1665, o (202) 690-7442, o Correo electrónico: programmanager@usda.gov

* No envíe solicitudes por correo a esta dirección, solo quejas de discriminación.

Cómo Solicitar Comidas Gratuitas y a Precio Reducido en la Escuela

Use estas instrucciones como ayuda para completar la solicitud para recibir comidas gratuitas o a precio reducido en la escuela. Solo debe completar una solicitud por grupo familiar, *incluso si sus hijos asisten a más de una escuela en Westbrooks CT Public Schools*. La solicitud debe completarse en su totalidad para certificar a sus hijos para que reciban comidas gratuitas o a precio reducido en la escuela. Siga estas instrucciones en orden. Cada paso de las instrucciones es idéntico al de la solicitud. Si, en algún momento, no sabe qué hacer a continuación, comuníquese con Anne Trotta, Food Service Director, atrotta@westbrooksctschools.org or by phone (860)399-6214

UTILICE UNA LAPICERA (NO UN LÁPIZ) PARA COMPLETAR LA SOLICITUD Y ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA CON LA MAYOR CLARIDAD POSIBLE.

Paso 1: Mencione a todos los niños, a los que sean bebe y alumnos hasta el grado 12 inclusive

Indique cuántos bebés, niños y alumnos escolares residen en su grupo familiar. NO tienen que estar emparentados con usted para ser parte de su grupo familiar.

¿A quién debo mencionar aquí? Al completar esta sección, incluya a TODOS los miembros del grupo familiar

- que sean niños de 18 años o menos, Y que reciben respaldo del ingreso del grupo familiar;
- que estén bajo su cuidado en virtud de un acuerdo de acogimiento familiar, a través de un tribunal o agencia estatal/local o que reúnan los requisitos de jóvenes sin hogar o fugados;
- que sean alumnos que asisten a Westbrook CT Public Schools, *independientemente de la edad.*

<p>A) Mencione el nombre de cada menor. Escriba en letra de imprenta el nombre de cada menor. Use una línea de la solicitud para cada menor. Al escribir los nombres en letra de imprenta, hágalo con claridad. Si hay más niños que líneas en la solicitud, adjunte una segunda hoja con toda la información requerida para los menores adicionales. Esto también se aplica a los adultos en el Paso 3. "MI" es la abreviatura de "inicial del medio". Imprima la primera letra del segundo nombre de cada niño en la sección "MI".</p>	<p>B) ¿El menor es alumno del distrito? Indique el nombre de la escuela, el grado y marque "SI" o "No" en la columna "Alumno" para informarnos que menores asisten a la escuela en el distrito. Si marcó "SI", escriba el grado del alumno en la columna "Grado".</p>	<p>C) ¿Tiene algún niño en acogimiento? Si alguno de los menores mencionados se considera niño en acogimiento, marque la casilla "Niño en acogimiento familiar" junto al nombre del menor. Si SOLO presenta la solicitud para niños en acogimiento, después de completar el PASO 1, proceda con el PASO 4. <i>Los niños en acogimiento que residen con usted pueden considerarse miembros de su grupo familiar y deben incluirse en su solicitud.</i> Si presenta la solicitud para niños en acogimiento y de otra naturaleza, proceda con el Paso 3. Nota: Los niños adoptados no se consideran niños adoptivos. Un niño de crianza es un niño menor de edad que ha sido puesto bajo custodia estatal y colocado con un adulto con licencia estatal, que cuida al niño en lugar de su padre o tutor.</p>	<p>D) ¿Alguno de los menores no tiene hogar, se fugó de su hogar o participa en el Programa Head Start? Si considera que alguno de los menores mencionados en esta sección cumple con esta descripción, marque la casilla "Head Start o Sin hogar/Fugado" junto al nombre del menor y <i>complete todos los pasos de la solicitud</i>. El estado de personas sin hogar, fugitivo y Head Start debe confirmarse con el personal apropiado del programa. Si el estado no puede confirmarse, entonces el distrito escolar se comunicará con usted para completar una solicitud basada en los ingresos. Puede optar por proporcionar información de ingresos ahora para evitar que el distrito escolar necesite comunicarse con usted más adelante.</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Paso 2: ¿Algún miembro del grupo familiar participa actualmente en snap o tfa?

Si algún miembro del grupo familiar (incluido usted) participa en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) or Asistencia Temporal Familiar (TFA), sus hijos reúnen los requisitos para recibir comidas gratuitas en la escuela.

A) Si ningún miembro del grupo familiar participa en los programas mencionados anteriormente:

- Deje en blanco el PASO 2 y proceda con el PASO 3.

B) Si un miembro del grupo familiar participa en alguno de los programas mencionados anteriormente:

- Escriba un número de caso para SNAP o TFA. Solo debe proporcionar un número de caso. Si participa en uno de estos programas y no sabe su número de caso, comuníquese con su asistente social de DSS.

Nota: No use un número de beneficios médicos de HUSKY puesto que este número no corresponde a un número de caso de SNAP o TFA. También se recomienda (aunque no es obligatorio) que presente un comprobante de este número de caso de SNAP o TFA al presentar la solicitud para su procesamiento. El comprobante NO incluye una copia de la tarjeta CONNECT.

- Proceda con el PASO 4.

Paso 3: Informe el ingreso de todos los miembros del grupo familiar

¿Cómo informo mi ingreso?

- Use las tablas "Fuentes de ingresos" y "Ejemplos de Fuentes de ingresos para niños", impresas en el reverso del formulario de la solicitud para determinar si su grupo familiar debe informar ingresos.
- Informe todos los importes como un INGRESO BRUTO SOLAMENTE: Informe todos los ingresos en dólares enteros. No incluya centavos.
 - El ingreso bruto es el ingreso total percibido antes de impuestos.
 - Muchas personas piensan que el ingreso es el importe que "se llevan a casa" y no el monto "bruto" total. Asegúrese de que el ingreso que informe en esta solicitud NO haya sido reducido para pagar impuestos o primas de seguros ni se haya deducido ningún otro importe de su salario.
- Escriba "0" en los campos donde no haya ningún ingreso para informar. Todos los campos de ingresos que se dejen vacíos o en blanco también se calcularán como cero. Si escribe "0" o deja algún campo en blanco, cerúfices (promete) que no hay ingresos para informar. Si los funcionarios locales sospechan que su ingreso familiar no se informó de forma correcta, se investigará su solicitud.
- Marque con qué frecuencia se recibe cada tipo de ingreso mediante las casillas a la derecha de cada campo.

Cómo Solicitar Comidas Gratuitas y a Precio Reducido en la Escuela

3.A. Informe los ingresos obtenidos por los menores

A) Informe todos los ingresos percibidos o recibidos por los menores. Informe el ingreso bruto combinado de TODOS los menores mencionados en el PASO 1 de su grupo familiar en la casilla "Ingresos de menores". Solo considere el ingreso de los niños en acogimiento si presenta la solicitud para ellos junto con el resto de su grupo familiar.
¿Qué es el ingreso de menores? El ingreso de los menores es el dinero que no proviene del grupo familiar y que se paga DIRECTAMENTE a sus hijos. Muchos grupos familiares no perciben un ingreso de menores.

3.B. Informe los ingresos obtenidos por los adultos

¿A quién debo mencionar aquí? Al completar esta sección, incluya a TODOS los miembros adultos del grupo familiar que residen con usted, y comparten el ingreso y los gastos, *incluso si no son parientes y si no reciben su propio ingreso.*
NO incluya lo siguiente: Personas que residen con usted, pero que no se mantienen con el ingreso de su grupo familiar Y no aportan ingresos a su grupo familiar o bebés, niños y alumnos ya mencionados en el PASO 1.

B) Incluya los nombres de los miembros adultos del grupo familiar. Escriba en letra de imprenta el nombre de cada miembro del grupo familiar en las casillas "Nombres de los miembros adultos del grupo familiar (nombre y apellido)". *No incluya ningún miembro del grupo familiar mencionado en el PASO 1.* Si un menor mencionado en el PASO 1 percibe un ingreso, siga las instrucciones en el PASO 3, parte A.

C) Informe los ingresos del trabajo. Informe todos los ingresos del trabajo en el campo "Ingresos del trabajo" en la solicitud. Generalmente, esto se refiere al dinero percibido por hacer un trabajo. Si trabaja de forma independiente en un negocio o es el propietario de una granja, debe informar su ingreso neto. El ingreso neto es su ingreso después de que se hayan restado los impuestos y las deducciones.

¿Qué pasa si tengo varios trabajos? Incluye cada trabajo por separado ingresando su nombre e ingresos de cada trabajo en una nueva línea. Agregue una hoja de papel adicional si es necesario.

¿Qué sucede si soy trabajador independiente? Informe el ingreso de ese trabajo como un importe neto. Esto se calcula restando de los ingresos brutos el total de los gastos operativos de su negocio.

E) Informe el ingreso de pensiones/jubilaciones/otros ingresos. Informe todos los ingresos correspondientes en el campo "Pensiones/jubilaciones/otros ingresos" de la solicitud.

¿Qué pasa si recibo ingresos de múltiples fuentes en esta categoría? Incluye cada fuente por separado ingresando su nombre e ingresos de cada fuente en una nueva línea. Agregue una hoja de papel adicional si es necesario.

D) Informe el ingreso de la asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia. Informe todos los ingresos correspondientes en el campo "Asistencia pública/manutención de menores/pensión alimenticia" de la solicitud. *No informe el valor en efectivo de ningún beneficio de asistencia pública que NO se incluya en el cuadro.* Si se percibe algún ingreso por manutención de menores o pensión alimenticia, solo informe los pagos por orden judicial. Se deben informar los pagos informales, aunque regulares, como "otros" ingresos en la parte siguiente.

G) Proporcione los últimos cuatro dígitos de su número del seguro social. Un miembro adulto del grupo familiar debe ingresar los últimos cuatro dígitos de su número del seguro social en el espacio proporcionado. Usted reúne los requisitos para solicitar los beneficios incluso si no tiene un número del seguro social. Si ningún miembro adulto del grupo familiar tiene un número del seguro social, deje este espacio en blanco y marque la casilla a la derecha titulada "Aunque si no tiene un número de Seguro Social".

Paso 4: Información de contacto y firma del adulto

Un miembro adulto del grupo familiar debe firmar todas las solicitudes. Al firmar la solicitud, ese miembro del grupo familiar promete que toda la información se proporcionó de forma honesta y completa. Antes de completar esta sección, también asegúrese de que haber leído las declaraciones de privacidad y derechos civiles en el reverso de la solicitud.

A) Brinde su información de contacto. Escriba su dirección postal actual en los campos proporcionados si esta información se encuentra disponible. Si no tiene una dirección permanente, esta bien. Es opcional compartir un número de teléfono, un correo electrónico o ambos; sin embargo, nos ayuda a comunicarnos con usted rápidamente si necesitamos contactarlo.

B) Escriba en letra de imprenta y firme su nombre. Escriba en letra de imprenta el nombre del adulto que firma la solicitud. Esa persona firma en la casilla "Firma del adulto".

Por favor, devuelva la solicitud directamente a la ESCUELA
 de su hijo. NO envíe por correo, fax o correo electrónico las solicitudes
 completadas o las preguntas sobre las solicitudes a la Oficina del Secretario
 Adjunto de Derechos Civiles del USDA o la elegibilidad de su hijo para
 comidas gratuitas o a precio reducido se retrasará.

C) Envíe formulario completado por correo
 156 McVeagh
 Road,
 Westbrook, CT
 06498.

D) Comparta las identidades raciales y étnicas de los menores (opcional). En el reverso de la solicitud, le pedimos que comparta información sobre la raza y la etnia de sus hijos. Este campo es opcional y no afecta la elegibilidad de sus hijos para recibir comidas gratuitas o a precio reducido en la escuela.

Escuelas públicas de Westbrook

Chromebook 1:1: programa opcional de protección contra daños

WPS ofrece un Programa opcional de protección contra daños para Chromebooks que se entregan a nuestros estudiantes. Si bien esperamos que todos los estudiantes hagan todo lo posible para cuidar bien sus Chromebooks, los padres y los estudiantes son responsables de pagar el costo de las reparaciones por cualquier daño a su Chromebook emitido por la escuela. Este plan de protección lo ayudará a protegerse contra los costos de reparación por daños accidentales, como una pantalla agrietada, un conector de alimentación roto, partes faltantes del teclado, fallas del teclado debido a un derrame, etc., hasta e incluyendo el costo de una reparación completa. reemplazo de un dispositivo que está dañado más allá de la reparación económica.

La participación en el Programa opcional de protección contra daños para Chromebooks es voluntaria y no es un requisito para que un estudiante reciba una Chromebook para uso escolar. Por favor revise la información proporcionada a continuación y **seleccione si desea participar o no y devuelva este formulario a la oficina de la escuela independientemente de su decisión.**

Costo del programa de protección y detalles de la cobertura

La cuota de participación en el Plan de Protección para el año escolar es de \$25.00 para las siguientes coberturas:

- El plan de protección cubrirá hasta dos (2) reparaciones sin costo
- Dispositivo dañado más allá de la reparación económica: tarifa de reemplazo de \$25 (esto es independiente del costo de \$25 para comprar el plan); limitado a una vez por año de cobertura
- Los estudiantes recibirán un dispositivo de préstamo gratuito durante el período de reparación.

Exclusión del programa y costos relacionados

- Los cargadores perdidos no están cubiertos por este programa
 - El costo del cargador de reemplazo es de \$25.00
- Los dispositivos perdidos o robados **no están cubiertos: en el caso de que el Chromebook entregado por la escuela del estudiante se pierda o sea robado (o dañado sin posibilidad de reparación económica, más de uno de los mencionados anteriormente), los padres y los estudiantes son responsables de pagar el costo total de reemplazo que actualmente es de \$280.00**

Costo de Reparación y Reemplazo sin Cobertura del Programa de Protección

Los padres y los estudiantes que no elijan la cobertura son responsables de notificar de inmediato y coordinar las reparaciones a través de las Escuelas Públicas de Westbrook. Las piezas de repuesto y los costos de reparación se facturarán a cargo de la escuela. Los Chromebooks dañados más allá de la reparación económica requerirán el pago del costo total de reemplazo de \$280.00

_____ Sí, deseo participar en el Plan opcional de protección contra daños y adjunté la tarifa de participación de \$25.00. Los cheques pueden hacerse a nombre del fondo de actividades escolares de su hijo:

Escuela Daisy Ingraham - Por favor haga a nombre de Daisy Ingraham Activity Fund

Escuela Intermedia Westbrook - Por favor haga a nombre de WMS Activity Fund

Escuela Secundaria Westbrook - Por favor haga a nombre de WHS Activity Fund

_____ No, no deseo participar en el Plan opcional de protección contra daños y entiendo que soy responsable de pagar el costo total de cualquier reparación debido a daños hasta el costo total de reemplazo de \$280.00

Nombre del estudiante (letra de imprenta) _____ Grado actual _____

Padre/Tutor (letra de imprenta) _____

Padre/Tutor (firma) _____ Fecha _____

Acuerdo de aceptación de Chromebook 1:1 de las Escuelas Públicas de Westbrook 2023-2024

Las Escuelas Públicas de Westbrook (WPS) están entusiasmadas de comenzar el año escolar brindándole su propio Chromebook. Nuestra esperanza es aumentar el acceso a la tecnología de la información y mejorar el aprendizaje de los estudiantes.

Al aceptar un Chromebook emitido por la escuela, acepta los siguientes términos:

- Seguiré las reglas, los reglamentos y las pautas de la Política de uso aceptable n.º 6141.323(a).
- Usaré mi Chromebook en la escuela y en casa solo con fines educativos.
- Cuando use aplicaciones en línea (es decir, Google Drive o Google Classroom), me comunicaré con mis compañeros de clase y maestros de manera respetuosa y profesional.
- Me aseguraré de llegar a la escuela con mi Chromebook completamente cargada.
- Haré todo lo posible para cuidar mi Chromebook.
- Entiendo que soy responsable de pagar por un nuevo Chromebook si el mío se pierde o se daña.

_____ Acepto mi Chromebook WPS

_____ No acepto mi Chromebook WPS. Usaré mi propio dispositivo.

Nombre del estudiante (letra de imprenta): _____

Firma del estudiante : _____

Nombre del padre/tutor : _____

Firma del padre/tutor : _____

Estudiante Grado: _____

Fecha: _____