LISTA DE VERIFICAÇÃO DE DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA MATRÍCULA ESCOLAR

Este formulário **PRECISA** ser devolvido junto com a inscrição.

Os seguintes documentos são necessários para matricular seu filho nas Escolas Públicas de Stoughton. Todos os alunos do jardim de infância que estão sendo inscritos devem fazer 5 anos de idade até o dia 31 de agosto. Os alunos do primeiro ano que estão sendo inscritos devem fazer 6 anos até o dia 31 de agosto. O oficial de residência pode visitar sua casa para comprovar sua residência na cidade.

O PAI / RESPONSÁVEL DEVERÁ FORNECER:

☐ **Dois** comprovantes de residência, sendo eles:

- Contrato de aluguel atual ou hipoteca do imóvel recente
- Conta/fatura de serviço (ex: água, luz, telefone, telefone, gás etc..)
- Declaração de residência autenticada (se aplicável)

☐ Documento de identificação com foto
☐ Documentos de custódia / tribunal (se aplicável)
☐ Cópia da certidão de nascimento da criança
☐ Histórico Escolar
☐ Boletim atual
☐ IEP / Serviços 504 / ELL (se aplicável)

Além disso, você precisará preencher os seguintes formulários:

☐ Formulário de emergência
☐ Informações para registros escolares
☐ Formulário de pesquisa de idioma materno
☐ Política de residência
☐ Declaração de residência
☐ Política de uso do Portal dos pais (PowerSchool)
☐ Consentimento Medicaid de Massachusetts
☐ Formulário de informação do estudante
☐ Formulário de histórico médico (somente p/jardim de infância)
☐ Formulário de Avaliação de Professores Pré-escola (alunos do jardim de infância)

ESCOLAS PÚBLICAS DE STOUGHTON

Informações para o Histórico Escolar

INFORMAÇÕES DO ALUNO

Nome _____
(Sobrenome) (Primeiro nome) (Nome do meio)

Endereço_____Telefone_____

Data de Nascimento Local de Nascimento Sexo_____

_____/____/_____/_____/_____/_____
Ano Mês Dia Cidade Estado País

EDUCAÇÃO PRÉVIA DO ALUNO

Anos de escolaridade _____ último série completada _____

Última escola que frequentou _____

Endereço da escola _____
Telefone

Progresso Escolar ( ) Excelente ( ) Bom ( ) suficiente ( ) Não-suficiente

O seu filho (a) frequentou alguma vez as escolas públicas de Stoughton?

Sim _____ Não _____

O seu filho (a) tem algum Programa Individualizado Educativo (IEP Plan)?

SIm _____Não _____

O Seu filho(a) tem um Plano de acomodação 504 ? Sim _____ Não _____

O seu filho(a) alguma vez recebeu serviço ELL (aprendizes de Inglês como segunda língua) ? SIm_____ Não _____

PARA USO DA SECRETARIA DA ESCOLA

Data de Entrada _____ Ano/série _____

Sala _____ Ônibus/Carro _____

INFORMAÇÕES SOBRE OS PAIS

Pai _____ Local que nasceu _____
(Sobrenome) (Primeiro nome)

Educação _____ Ocupação _____( ) Vivo ( ) Falecido

Mãe _____ Local que nasceu _____
(Sobrenome) (Primeiro nome)

Educação _____ Ocupação _____( )Viva ( ) Falecida

Encarregado da educação _____ Local de nasc._____
Nome/Sobrenome

Aluno mora com quem?_____

Idioma falado em casa? ( ) Inglês ( ) Português ( ) Outros

RAÇA / ETNICIDADE (Opcional)

As Informações de Raça e Grupo Étnico são utilizados para relatórios de censo estaduais e federais.

_____Hispânico ou Latino

_____ Não Hispânico

_____ Índio Americano/Natico do Alaska

_____ Asiático/

_____ Raça Africana/Afro-americana

_____ Havaiano/Outros

_____ Branco

Informações importantes para imigrantes: Se seu filho (a) não nasceu nos E.U.A, por favor responda as perguntas abaixo:

O aluno completou 3 anos de escolaridade nos EUA? _____

Indique o primeiro ano letivo completado nos EUA _____

HISTÓRICO MÉDICO

1 .O seu filho (a) teve alguma doença prolongada, hospitalizações ou acidentes sérios? _____
Se sim, por favor explique _____

2. Tem tido ocorrências de febres altas, perda de consciência ou falta de oxigênio? _____Se sim, por favor relate a situação._____

3. O seu filho (a) já teve alguma avaliação prévia? (psicológica, educacional, física) _____ Por favor descreva _____

4. Existe alguma coisa que sugira que o seu filho possa ter alguma necessidade especial que requeira ajuda específica na escola? Por favor descreva_____

5. Tem alguma outra informação que acha que devemos saber que nos permita educar melhor o seu filho? Por favor explique _____

_____

6. Seu filho(a) toma alguma medicação diária?(ex: diabetes, epilepsia, fibrose cística, etc)

Sim _____ Não_____

7. Seu filho (a) precisa tomar alguma medicação durante o horário escolar? Sim _____ Não _____

8. Por favor informe se o seu filho(a) tem alergia a alguma remédio ou picada de insetos _____

No caso de sim, exige medicação? Sim _____ Não _____

ATITUDES E INTERESSES

Qual é a atitude do aluno perante a escola?

Excelente ( ) Boa ( ) Interessado(a) ( ) Não-interessado(a) ( )

O estudante tem algum especial interesse ? Yes ( ) ( ) Nao

Música ( ) Arte ( ) Outros ( ) _____

Por favor acrescente qualquer informação adicional que poderia nos ajudar a satisfazer melhor as necessidades da educação do seu filho. _____

_____

_____

Assinatura _____ Data _____

Relação com o aluno _____

Revisado Maio 2021

ESCOLAS PÚBLICAS DE STOUGHTON FORMULÁRIO DE EMERGÊNCIA

Por favor complete todas as informações abaixo com caneta azul

Nome do aluno _____Data de Nasc._____ Sexo_____Série_____

Endereço_____Telefone _____Celular_____

O aluno mora com ambos os pais_____Mãe _____Pai_____Guardião Legal _____Outros_____

Alguma restrição parental?_____Possui documentos de custodia? _____

Nome da mãe/Tutor_____ Nome do pai/Tutor_____

Endereço:_____ Endereço:_____

E-mail: _____ E-mail: _____

Telefone Residencial_____ Telefone Residencial_____

Celular: _____ Celular_____

Empregador:_____ Empregador_____

Tel. do trabalho_____ Telefone do trabalho_____

E-mail preferencial para receber notificações escolares: _____

Este aluno tem irmãos que frequentam as escolas de Stoughton? _____SIM _____ NÃO

Em caso de emergência e se não conseguirmos entrar em contato com você, liste três adultos que concordaram em assumir a responsabilidade por seu filho e autorizam a divulgação de suas informações.

Contato 1_____Telefone_____ Parentesco_____

Contato 2_____Telefone _____ Parentesco_____

Contato 3 _____Telefone_____ Parentesco_____

Se sua criança tiver algum problema médico, doença crônica, alergias ou toma medicação diária, por favor entre em contato com a enfermeira da escola do seu filho.

A enfermeira da escola recebeu ordens do médico da escola para administrar Epinefrina em casos de anafilaxia desconhecida; Difenidramina por via oral para sintomas de alergias ambientais ou erupções cutâneas leves; e loção de caladril para coceira. Nenhum outro medicamento é fornecido pelo escritório da enfermeira da escola, mas poderá ser administrado se um suprimento for recebido pelos pais e os regulamentos MADPH apropriados para a administração de medicamentos nas escolas forem seguidos.

Nome do médico/pediatra_____Telefone do médico_____

Nome do dentista_____Telefone do dentista_____

INFORMAÇÕES SEGURO DE SAÚDE

Nome do plano de saúde _____Número da apólice do seguro_____

Tipo de plano: Privado_____Público(MassHealth)_____Não tem plano_____ Outros_____

Se você não tiver seguro, Massachusetts tem planos de saúde que proporcionarão às crianças sem seguro um plano de saúde acessível. Entre em contato com a enfermeira da escola para obter mais informações. Todas as comunicações são confidenciais.

PESQUISA DO IDIOMA FALADO EM CASA

Nome do aluno _____Série_____

Primeiro idioma falado pelo seu filho_____Idioma falado em casa_____

Idioma que seu filho fala com os irmãos e amigos?_____com os avós_____

O Departamento de Educação estadual exige que o distrito reporte o grupo étnico e raça de toda criança.

Por favor escolha a etnia : _ _____ hispânica _____ não hispânica

Raça: _____Índio americano/Alaska nativo _____Asiático _____Negro _____Havaiano/Pacifico_____ Branco_____

MIC3- SERVIÇO MILITAR - Algum membro da família servindo ativamente em tempo integral ou foi dispensado ou aposentado no ano anterior de qualquer ramo do exército, incluindo a Guarda Nacional?

____ Não, ninguém da família é militar

____ Sim, filho de membros veteranos que receberam alta médica aposentados por um ano

___ Sim, filho de membro ativo do serviço militar

____ Sim, filho de membro que faleceu durante serviço militar

Permissão Pais/Responsáveis: Marque e coloque as iniciais do seu nome para cada item abaixo

Eu dou permissão para a enfermeira da escola compartilhar informações médicas com o pessoal apropriado. Eu autorizo o departamento atlético da escola a ligar para o médico do meu filho se eu não puder ser contatado, e tal ligação for considerada necessária para o pessoal da escola ter meu filho transportado para o hospital local para tratamento em caso de emergência .

. ___Sim _____Não Rubrica_____

Manual do Estudante: Eu vi e estou ciente do manual do aluno e dos pais das escolas Públicas de Stoughton, que inclui o Código de Conduta, Política de Frequência, Internet, a Lei de Hazing e os Procedimentos Disciplinares.

_____Sim _____Não Rubrica_____

Permissão para atividades fora da escola: Eu permito que meu filho participe de passeios e atividades dentro do distrito

_____Sim _____Não Rubrica_____

Fotografia/Divulgação para a mídia/Publicações-

Eu dou permissão para que meu filho seja fotografado/filmado durante o ano letivo. Eu entendo que esse material será usado somente para fins educacionais _____Sim _____Não Rubrica _____

Eu dou permissão para que as fotos do meu filho sejam colocadas no website, nas mídias sociais e notícias locais das escolas públicas de Stoughton com o objetivo de documentar atividades escolares.

_____Sim _____Não Rubrica _____

Eu dou permissão para que fotos do meu filho sejam colocadas no "Yearbook" da escola _____Sim _____Não Rubrica_____

Eu dou permissão para que o nome do filho seja usado com a foto no website, mídia sociais e notícias locais das escolas públicas de Stoughton com o objetivo de documentar atividade escolares _____Sim _____Não Rubrica_____

Voluntariado: Você tem interesse em ser voluntário na escola do seu filho? _____Sim _____ Não Rubrica_____

Qualquer voluntário que trabalhe nas escolas terá que preencher todos os anos um formulário chamado C.O.R.I. . Se você tiver interesse em ser voluntário, por favor preencher um formulário CORI e entregue na secretaria da escola. * Em algumas circunstâncias, os voluntário podem precisar fazer exames com as impressões digitais. Para saber mais entre em contato com a secretaria escola

Assinatura d (s) Pai(s) / Responsável

_____Data_____

Nome por extenso_____

ESCOLAS PÚBLICAS STOUGHTON

POLÍTICAS DO COMITÊ ESCOLAR JFAA - RESIDÊNCIA

É a política do Comitê Escolar Stoughton que a prova de residência deve ser estabelecida pelo aluno e / ou seus pais / responsáveis de acordo com os seguintes critérios:

Os novos residentes deverão assinar uma Declaração de Residência e apresentar dois ou mais dos seguintes itens como prova de residência:

1. Uma escritura ou contrato de arrendamento de propriedade em Stoughton.
2. Uma declaração de hipoteca verificando o nome e endereço do proprietário.
3. Um recibo de aluguel ou carta com firma reconhecida do proprietário do imóvel, que inclui o nome e o endereço do locador.
4. Uma conta de serviços públicos e / ou extrato telefônico residencial ou de celular indicando um endereço Stoughton.
5. Outras informações pertinentes conforme considerado apropriado pelo Superintendente das Escolas.

É importante notar que simplesmente possuir uma propriedade dentro da cidade de Stoughton não estabelece residência para uma criança ou permite que ela frequente as Escolas Públicas de Stoughton.

Os alunos que moram com outras pessoas que não seus pais / responsáveis, que atendam aos requisitos de residência e assinaram uma Declaração de Residência, serão obrigados a fazer com que as pessoas com quem moram apresentem o seguinte comprovante de residência:

1. Documentação judicial de tutela;
2. Documentação autenticada de que o aluno mantém residência permanente com a (s) pessoa (s) indicado no endereço fornecido;
3. Os alunos com circunstâncias incomuns podem apelar ao Superintendente e todas as decisões são finais.

Os pais / responsáveis dos alunos cuja residência muda dentro da comunidade também são obrigados a atualizar o comprovante de residência de seus filhos.

O Departamento Escolar se reserva o direito de confirmar as condições reais de moradia. Isso inclui a realização de visitas domiciliares. O objetivo de tais visitas será auxiliar na determinação se o aluno reside ou não no endereço indicado. Para fins de manutenção da residência, o aluno deve passar pelo menos 51% de suas noites escolares em seu endereço em Stoughton. Para garantir que os pais / responsáveis estejam cientes dos requisitos de residência, os pais / responsáveis devem assinar a Declaração de Residência fornecida com esta política.

Se os resultados de uma investigação de residência conduzida pelo Distrito determinar que um aluno não mora em Stoughton, os pais / responsáveis desse aluno, ou qualquer pessoa que alegue falsamente que um aluno mora com eles, irá, quando considerado apropriado pelo diretor ou superintendente, deverá

pagar o custo total da mensalidade do aluno para as Escolas Públicas de Stoughton para o período de sua inscrição, bem como quaisquer taxas legais relacionadas. Além de incorrer em responsabilidade civil, qualquer pessoa que intencionalmente registre ou tente registrar um aluno que não mora em Stoughton, ou mantenha a inscrição de um aluno que não resida mais em Stoughton, será considerado em violação do requisito de residência e, quando considerado apropriado pelo diretor ou superintendente, será encaminhado para a agência apropriada para processo criminal.

Quando as famílias que já moram em Stoughton descobrem que suas circunstâncias individuais criaram uma violação desta política, um diretor ou administrador distrital deve ter autoridade para investigar e avaliar suas circunstâncias específicas e, com base em seu critério, pode fornecer uma acomodação razoável de curto prazo .

A comunidade é incentivada a relatar a violação desta política ao Diretor da escola, ao Administrador do Escritório Central, ao Administrador de Educação Especial e / ou ao Diretor de Atletismo. Cada um desses indivíduos será responsável por relatar a suposta violação ao Superintendente.

Anualmente, os diretores devem verificar a residência de até 20% das famílias com filhos frequentando as escolas. A verificação de residência exigirá que os pais / responsáveis forneçam a mesma documentação necessária para estabelecer a residência e assinar uma declaração de residência atualizada. Os diretores coordenarão seus esforços em uma extensão razoável para minimizar a possibilidade de pais / responsáveis com crianças em várias escolas serem obrigados a passar por verificação de residência em anos sucessivos.

Esta Política de Residência será incluída em todos os Manuais dos Pais / Alunos, bem como distribuída a todos os pais / responsáveis ao registrar um novo aluno nas Escolas Públicas de Stoughton.

Esta política de residência não se aplica a alunos sem-teto ou em um orfanato, que devem ser matriculados imediatamente.

Voto para adotar: 26 de maio de 2020

ESCOLAS PÚBLICAS DE STOUGHTON
STOUGHTON, MASSACHUSETTS

Declaração de Residência

Declaro que o aluno abaixo reside na cidade de Stoughton, reconheço o recebimento de uma cópia da Política de Residência Estudantil, entendo os requisitos das Escolas Públicas de Stoughton e concordo em cumprir seus termos, entendo ainda que em Stoughton as escolas públicas podem solicitar-me informações adicionais para comprovar o fato de que meu filho (a) atende aos requisitos de residência, reconheço ainda que, se for determinado que os requisitos de residência das Escolas Públicas de Stoughton não foram atendidos ou mantidos, meu filho (a) será dispensado imediatamente da escola e eu, e possivelmente outros seremos responsáveis pelas mensalidades e despesas relacionadas pelo tempo durante o qual meu filho frequentou as Escolas Públicas de Stoughton, bem como quaisquer taxas legais relacionadas incorridas pelo Distrito. Eu entendo que qualquer pessoa que intencionalmente matricular, tentar fazer a matrícula ou manter a matriculado um aluno que não resida mais em Stoughton, violará os requisitos de residência e estará sujeita a processo criminal.

Data: _____

Nome completo da criança _____

Endereço: _____

_____

Nome dos pais/responsável

_____

Assinatura do pai ou responsável

Pesquisa de idioma doméstico

Os regulamentos do departamento de Educação Elementar e Secundária de Massachusetts exigem que *todas* as escolas determinem os idiomas falados no domicílio de cada aluno para identificar suas necessidades de idioma específicas. Essa informação é essencial para que as escolas ofereçam instrução significativa para todos os alunos. Se outro idioma que não seja inglês for falado em casa, o distrito precisará realizar uma avaliação mais detalhada do seu filho. Por gentileza, ajude-nos a atender esse requisito importante, respondendo às seguintes perguntas. Agradecemos a sua ajuda.

Informações do aluno

Nome | **Nome do meio** | **Sobrenome** | **Sexo** F ☐ M ☐

País de nascimento | **Data de nascimento** (mm/dd/aaaa) | **Data do primeiro registro em QUALQUER escola norte americana** (mm/dd/aaaa)

Informações da escola

Data de início na nova escola (mm/dd/aaaa) /20 | **Nome da escola e cidade antiga** | **Grau escolar atual**

Perguntas para os pais/tutores

Qual é o idioma principal usado em casa, independentemente da língua falada pelo aluno?

Quais idiomas são falados com seu filho?
(inclua parentes - *avós, tios, tias, etc.* - e babás)

_____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre

_____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre

Qual foi o primeiro idioma que seu filho compreendeu e falou?

Qual idioma você usa com mais frequência com seu filho?

Quantos anos esteve o aluno na escola nos EUA (sem incluir o jardim de infância)?

Quais são os idiomas que seu filho usa? (circule uma)

_____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre

_____ pouca frequência / algumas vezes / com frequência / sempre

Você deseja receber informações por escrito da escola em seu idioma nativo?
S ☐ N ☐

Se sim, em que língua? _____

Você deseja um intérprete/tradutor presente nas reuniões entre pais e professores?
S ☐ N ☐

Se sim, em que língua? _____

Assinatura dos pais/tutores:

X

Data de hoje: ___/___/20___ (mm/dd/aaaa)

Portuguese

**Stoughton School Personnel TURN OVER for additional information

Stoughton Public Schools
31 Pierce Street, Stoughton MA 02072 (781) 344-4000
Home of the Black Knights

PowerSchool Pais/Responsáveis Termos do Uso e Política de Segurança

Solicito a revisão das informações do meu filho(a)_____, aluno no site do Portal dos Pais das Escolas Públicas de Stoughton. Eu entendo que no interesse da segurança, o Distrito se reserva o direito de alterar a senha do usuário ou negar o acesso a qualquer momento.

Ao assinar este acordo, como pai / responsável, liberei o distrito de Escolas Públicas de Stoughton de toda e qualquer possibilidade de danos decorrentes do acesso não autorizado à conta do meu pai / responsável Também concordo em cumprir às seguintes diretrizes:

1. Eu concordo que não irei compartilhar a minha senha ou permitir que ninguém além de mim use a conta incluindo meu próprios filhos.
2. Eu concordo em proteger toda informação imprimida ou transferida para o meu computador, ou destruir documentos gerados deste site.
3. Eu entendo que 3 tentativas de logins mal sucedidos irão desativar minha conta, Se a conta ficar bloqueada irei contactar a Central de Ajuda por email parenthelpdesk@stoughtonsschools.org e solicitar que minha conta seja desbloqueada. Irei responder a qualquer pergunta necessária para verificar minha identidade. A critério exclusivo do distrito, a conta poderá ser desbloqueada, mas compreendo que isso pode levar até cinco dias letivos para desbloquear minha conta.

Informações dos Pais/Responsáveis
Ao assinar abaixo, afirmo que não existem restrições legais que me impeçam de ter acesso às informações do meu aluno. Pela minha assinatura abaixo, eu li e entendi os termos da Política de Uso e Segurança de Aceitação do Portal dos Pais PowerSchool no manual da escola e concordo em cumprir seus termos.

Pais/Responsáveis (Nome por extenso) Assinatura

_____ _____

Pais/Responsáveis (Nome por extenso) Assinatura

_____ _____

Endereço: _____

E-mail do responsável_____

Por favor envie este formulário preenchido e assinado para a escola do seu filho. Uma vez que as informações forem verificadas e processadas, você receberá no email acima providenciado o ID de acesso e a senha, juntamente com detalhes de como acessar o site e criar ou adicionar o aluno acima na conta do portal,

STOUGHTON PUBLIC SCHOOLS

31 PIERCE STREETSTOUGHTON, MA 02072

AUTORIZAÇÃO PARA LIBERARAÇÃO DE HISTÓRICO ESCOLAR

Eu, por meio deste, autorizo e dou permissão para liberar os registros escolares para: (Marque abaixo para qual escola seu filho(a) está sendo transferido)

☐ Dawe School
131 Pine Street
Stoughton, MA 02072
Phone:781-344-7004 Fax: 781-344-8271

☐ South School
171 Ash Street
Stoughton, MA 02072
Phone: 781-344-7004 Fax: 781-344-2876

☐ Gibbons School
235 Morton Street
Stoughton, MA 02072
Phone: 781-344-7008 Fax: 781-344-2653

☐ Wilkins School
1322 Central Street
Stoughton, MA 02072
Phone: 781-344-7005 Fax: 781-344-2973

☐ Hansen School
1800 Central Street
Stoughton, MA 02072
Phone: 781-34-7006 Fax: 781-344-4927

Para Compartilhar, transferir e receber informações referentes ao meu filho (a)

Nome Completo do Aluno :._____ Série_____

Data de Nascimento _____

Endereço Residencial._____Telef._____

Escola Anterior:_____

As informações / registros a serem liberados incluem, mas não se limitam ao seguinte

☐ Transcrições ou boletins
☐ Dados de teste / pontuações de testes padronizados
☐ Pontuação de testes Língua Inglesa (ELL) (se aplicável)
☐ Lista de cursos e notas
☐ Registro de frequências
☐ Plano de Alfabetização Individual (se aplicável)
☐ IEP (Plano de Educação Individual), (se aplicável)
☐ Registros disciplinares
☐ Registros de imunização
☐ Saúde / registros médicos
☐ Registros psicológicos
☐ Registros sociologicos
☐ Copia certidão de nascimento
☐ Outros ___

_____ _____

Nome dos pais/ reponsável (por extenso) Data

_____ _____

Assinatura dos pais/reponsável

Aviso aos pais de Massachusetts para consentimento único para permitir que o distrito escolar tenha acesso aos benefícios do Masshealth (Medicaid)

Stoughton Public Schools 02850000
Danielle Gallan BSN,RN Supervisora do Serviço de Saúde 781-344-4000 x 51264

Caro pai/responsável do aluno: **Nome** _____

Endereço: _____

O objetivo desta carta é pedir sua permissão (também conhecida como consentimento) para compartilhar informações sobre seu filho com o MassHealth. As comunidades locais em Massachusetts foram aprovadas para receber reembolso parcial do MassHealth pelos custos de certos serviços relacionados à saúde fornecidos pelo distrito para seu filho (ou filhos). Para que sua comunidade receba parte do dinheiro gasto em serviços, o distrito escolar precisa compartilhar com o Mass Health os seguintes tipos de informações sobre seu filho; namne; data de nascimento sexo; tipo de serviços prestados, quando e por quem; e Mass Health ID. Com sua permissão, o distrito escolar poderá solicitar o reembolso parcial de serviços prestados pelo MassHealth, incluindo, entre outros, um teste de resistência ou exame oftalmológico, um exame físico escolar; ocupacional, fala ou físico terapia, algumas visitas da enfermeira escolar e serviços de aconselhamento com o funcionário escolar ou psicólogo. A cada ano, o distrito irá notificá-lo sobre sua permissão, você não precisa assinar um formulário todos os anos. O distrito escolar não pode compartilhar com a Masshealth informações sobre seu filho sem sua permissão. Ao considerar dar permissão, esteja ciente do seguinte:

1. O distrito escolar não pode exigir que você se inscreva no Masshealth para que seu filho receba os serviços de saúde e / ou de educação especial aos quais seu filho tem direito
2. O distrito escolar não pode exigir que você pague nada para cobrir os custos de saúde e / ou especiais de seu filho. Isso significa que o distrito escolar pode exigir que você pague uma co-participação ou uma franquia para que possa cobrar do MassHealth pelos serviços prestados. O distrito escolar pode concordar em pagar o copagamento ou franquia se qualquer custo for esperado
3. Se você der permissão ao distrito escolar para compartilhar informações com reembolso de solicitação de anúncio do MassHealth
    A. Isso não afetará a cobertura vitalícia disponível para o seu filho ou outro benefício do MassHealth, nem irá de forma alguma estimular o uso dos benefícios do MassHealth por sua própria família fora da escola família fora da escola
    B. A sua permissão não afetará os serviços de educação especial do seu filho ou os direitos do IEP de forma alguma, se o seu filho for elegível para recebê-los
    C. Sua permissão não levará a nenhuma mudança nos direitos de saúde do MassHealth de seu filho;
    D. Sua permissão não levará a nenhum risco de perder a elegibilidade para outro Medicaid ou Masshealth financiado
4. Se consentir, saiba que você tem o direito de mudar de ideia e retirá-la a qualquer momento.
5. Se você retirar sua permissão ou se recusar a permitir que o distrito escolar compartilhe os registros e informações de seu filho com a Masshealth com o propósito de buscar reembolso pelo custo dos serviços, o distrito escolar continuará a ser responsável por fornecer ao seu filho o serviços, sem nenhum custo para você.

Li o aviso e entendi todas as informações acima, e minhas dúvidas foram respondidas. Eu dou permissão ao distrito escolar para compartilhar com o Masshealth registros e informações sobre meus filhos e seus serviços relacionados à saúde, conforme necessário. Eu entendo que isso ajudará nossa comunidade a buscar o reembolso parcial dos serviços cobertos pelo Mass Health.

Assinatura do Pai / Responsável _____

Nome do Aluno _____

STOUGTHON PUBLIC SCHOOLS

RESIDENCY AFFIDAVIT – LANDLORD / SHARED TENANCIES

Instructions: Any applicant for the Stoughton Public Schools who cannot produce a current mortgage statement or lease must ask the owner or lessee of the property where the applicant lives to complete and sign this legal affidavit. This document must be signed and sealed by a Notary Public.

It is the responsibility of the applicant (not the person who completes this affidavit) to attach a record of recent rent payments unless the affidavit affirms in Item #3 below that the tenancy does not require payment of rent.

AFFIDAVIT

My name is _____ and I hereby depose and certify as follows: (Please complete all three items and sign below)

1. I am the owner / lessee of the property located at _____ in the Town of Stoughton, Massachusetts.
2. _____, who is the parent or legal guardian of _____, leases or subleases this property as their principal residence from me, without a written lease, in a tenancy at will, from month to month.
3. Please check one:

   _____ I have received within the past thirty (30) days rental payment for the lease or sublease of the premises.

   OR:

   _____ Alternatively, I hereby state that the party named above resides with me at the address above with no payment of rent.

Signed under the pains and penalty of perjury this _____ day of _____, 20 _____.

Printed Name: _____ Signature: _____

Printed Address: _____

Phone: _____ email: _____

The information contained in this legal affidavit is subject to verification by a residency investigator. If it is determined that false information was provided, the District reserves the right to take legal action against the offending party.

Notary Public Certification Section "On this _____ day of _____, 20_____, before me, the undersigned notary republic, _____ personally appeared, proved to me through satisfactory evidence of identification, to be the person who signed the preceding document in my presence and who swore or affirmed to me that the contents of the document are truthful and accurate to the best of (his) (her) knowledge and belief.

Notary Public Signature _____

Commonwealth of Massachusetts County of _____

Commission Expires _____

OFFICE USE ONLY:

Stoughton's ELE Department did not assess the English language proficiency of _____, due to the following reason/s:

☐English is the primary language spoken at home/used by the student based on the Home Language Survey and interview(s) with parents/guardians/caregivers. The student does not speak a second language.
☐English is the primary language spoken at home/used by the student based on interview(s) with administrators and/or teachers of former school. The student does not speak a second language.
☐No evidence of EL identification/status based on language proficiency screening/testing, or state language assessments such as Pre-IPT or IPT, WIDA W-APT, WIDA Model, WIDA SCREENER, or WIDA ACCESS in previous school records.
☐Student is/was FEL (Former English Learner) status.

Additional information: _____

_____

ELE Teacher's name: _____

ELE Teacher's signature: _____
Date: _____