



Registration Center Enrollment Application for New Students

949 Dexter Street Central Falls, RI 02863 (Entry on Hunt St., Lower Level)

Telephone: 727-7700 2019# Fax: 401-727-6184 Web: www.cfschools.net

Solo uso de oficina Registration Date: ___/___/___ CFSD Re-Entry: No Yes District Recommended Grade ___
Retention in Past Years: No Yes in Grade/s Retention in Current School Year: No Yes in Grade ___
Application was reviewed with Family for accuracy and completion by Staff (Initials) ___ on ___/___/___

PASO INICIAL: PERSONA COMPLETANDO LA SOLICITUD: MARQUE UNO

IMPORTANTE: Primero, complete esta solicitud por completo. Luego, un miembro del personal revisará la solicitud con usted para ayudarlo.

Solicitud completada por: Madre Padre Estudiante de 18 años o mayor viviendo sólo
Adulto Responsable que está relacionado al niño/a como un: Abuela Abuelo Tía Tío
Hermano Hermana Amigo Otro

PASO 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE: ESCRIBA INFORMACIÓN

Nombre del Estudiante: (APELLIDO/S) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE)

Dirección: (# DE LA CALLE) (NOMBRE DE LA CALLE) (# DE APT O UNIDAD O # DE PISO) (PUEBLO/CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

Fecha de nacimiento: (Mes) / (Día) / (Año) Edad: Género: Femenina Masculino

País de Nacimiento Estados Unidos: Ciudad en EE.UU Inicial del Estado o

País de Nacimiento Fuera de los EE. UU., en el País Primera fecha de ingreso a las escuelas de EE. UU.: (Mes) / (Día) (Año)

PASO 2: RAZA DEL ESTUDIANTE Y ORIGEN ÉTNICO: Las leyes federales y estatales requieren que los departamentos escolares actualicen los registros de etnia / raza del estudiante.

- Lea las definiciones abajo y marque en la caja que indica la etnicidad y raza del estudiante.
Debe completar tanto la Parte A como la Parte B.
Si no completa la Parte A y/o B, el personal escolar identificará la etnia y raza del niño a través de observación visual, de acuerdo Con los lineamientos del Departamento de Educación de los EE. UU.

PARTE A Etnicidad: ¿El estudiante es hispano / latino? Marque sólo una

- Si Hispano o latino: Una persona que es cubana, dominicana, puertorriqueña, mexicana, sudamericana, centroamericana, u otra cultura u origen español, independientemente de la raza.
No No Hispano o latino:

PARTE B Raza: ¿Cuál es / son la raza o las razas del estudiante? MARQUE UNO O MÁS

- Indio Americano o Nativo de Alaska ¿Tiene una afiliación a algún grupo indígena en América del Norte Y es usted una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur (incluida América Central)
Asiático Una persona teniendo orígenes en algún origen de personas del Lejano Este, Sureste de Asia, o el Subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Islas Filipinas, Tailandia, y Vietnam
Negro o Africano Americano Una persona teniendo orígenes en alguno de los grupos de raza negra de África
Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico Una persona teniendo orígenes en algún origen de personas de Hawái, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacífico.
Blanco Una persona teniendo orígenes en algún origen de personas de Europa, el Medio este, o Norte de África

PARTE C Negar identificar raza y / o etnia

- He firmado a continuación para indicar que me niego a identificar la raza o etnia del alumno como padre / tutor del alumno.

Firma: padre/ tutor/estudiante mayor de 18 años

Mes Día

PASO 3A: GUARDIAN / S: HOGAR PRIMARIO DONDE VIVE EL ESTUDIANTE. NO ESCRIBA CONTACTOS DE EMERGENCIA AQUÍ.

El niño/a vive con:

- Madre y Padre Custodia (Padres), 1 Residencia
- Solo madre (padre), custodia única, 1 residencia
- Solo padre (padre), custodia única, 1 residencia
- Custodia conjunta, madre y padre (padres), 2 residencias
- Otro

PASO 3B: GUARDIAN / S: HOGAR PRIMARIO DONDE VIVE EL ESTUDIANTE.

Adulto Guardian # 1: Madre Padre Otra Relación _____

Nombre del guardián adulto # 1: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(APELLIDO(S)) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE) (Mes) (Día) (Año)

Dirección (SOLAMENTE si es diferente del estudiante): _____
(# DE LA CALLE) (NOMBRE DE LA CALLE) (# DE APT O UNIDAD O # DE PISO) (PUEBLO/CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

Teléfono del Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Otro Teléfono: _____

Nombre del empleador _____ Correo Electrónico: _____

País de nacimiento: _____ Idioma preferido: _____ País principal de educación: _____ Último Grado Completado: _____

Tiene custodia legal: Si No Permiso para salir de la escuela: Si No Autorización para tratamiento médico: Yes No

Adulto Guardian # 2: Madre Padre Otra Relación _____

Nombre del guardián #2: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(APELLIDO(S)) (NOMBRE) (SEGUNDO NOMBRE) (MES) (DÍA) (AÑO)

Dirección (SOLAMENTE si es diferente del estudiante): _____
(# DE LA CALLE) (NOMBRE DE LA CALLE) (# DE APT O UNIDAD O # DE PISO) (PUEBLO/CIUDAD) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

Teléfono del Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Otro Teléfono: _____

Nombre del empleador _____ Correo Electrónico _____

País de nacimiento: _____ Idioma preferido: _____ País principal de educación: _____ Último Grado Completado: _____

Tiene custodia legal: Si No Permiso para salir de la escuela: Si No Autorización para tratamiento médico: Yes No

PASO 4: INFORMACIÓN DE PADRES / GUARDIANES DE LA CUSTODIA LEGAL CONJUNTA

Los padres / tutores que comparten la custodia legal conjunta tienen el derecho de consultar con los funcionarios escolares sobre el estado de bienestar y educación de los niños, y para inspeccionar y recibir los registros de los estudiantes. Si necesita denegar el acceso a un padre / tutor, deberá completar el formulario a continuación:

PARA PADRES CON CUSTODIA RESTRICTIVA O PERIODOS DENEGADOS DE COLOCACIÓN FÍSICA.

- No se aplica a mi hijo (por favor firme y coloque la fecha en la parte inferior de la página)
- He completado el formulario PADRE CON CUSTODIA RESTRICTIVA O NEGADO DE COLOCACIÓN FÍSICA (Por favor firme y ponga la fecha en la parte inferior de la página y complete el formulario)

Según mi leal saber y entender, la información proporcionada es completa y precisa.

Firma: Padre / Guardián legal

_____/_____/_____
Mes Día Año

PASO 5: NIÑOS EN EDAD ESCOLAR QUE VIVEN EN EL MISMO HOGAR QUE EL ESTUDIANTE: HERMANOS, FAMILIARES, AMIGOS

	Apellido/s	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/ Año)	Relación	Edad	Grado	Escuela	Nombre del Maestro
1.	_____	_____	_____	___/___/___	_____	___	___	_____	_____
2.	_____	_____	_____	___/___/___	_____	___	___	_____	_____
3.	_____	_____	_____	___/___/___	_____	___	___	_____	_____
4.	_____	_____	_____	___/___/___	_____	___	___	_____	_____

PASO 6A: ESCUELA GENERAL ESTUDIANTIL: MARCAR Y ESCRIBIR TANTAS COMO SEA APLICABLE

- Última escuela atendida (Nombre): _____ en Estados Unidos (Inicial del Estado): _____ en otro País: _____
- Último grado completado _____ Grado completado: completo Parte por _____ Meses Razón: _____
3. Grados en general en la escuela Excelente Bueno Justo Principalmente tiene dificultades
4. ¿Ausente a menudo? No Si: Nivel de grado / s _____ ¿Razón? _____
5. Grado/s Repetidos? No Si: Nivel de grado / s _____ ¿Razón? _____
6. 6. Dejó de asistir por meses / años a la vez? No Si: Nivel de grado / s _____ ¿Razón? _____

PASO 6B: SERVICIOS ESPECIALIZADOS PARA ESTUDIANTES: MARQUE Y ESCRIBA TANTO COMO APLIQUE

- ¿Tuvo el/la niño(a) una evaluación con la oficina de *Child Outreach* a la edad de 3 o 4 años? No Si
- ¿Actualmente tiene un Plan de Educación Individualizado (IEP)? No Si
- ¿Tiene una copia del PEI que he proporcionado en este momento a la Oficina de registro? No Si
- ¿Tiene un plan de Sección 504? No Si
- Recibe cualquier otro servicio que no se haya mencionado anteriormente (Habla, Consejería, RTI, etc.)? No Si

Anote otros Servicios: _____

- El/La niño(a) está o estuvo aprendiendo Inglés con alguna ayuda en el aula (Discurso, orientación, RTI, etc.)? No Si

Ambos, Ingles y otro lenguaje No Si

Mencione otros servicios _____

PASO 6C: HISTORIA ESCOLAR: ESCRIBA LA HISTORIA ESCOLAR LO MEJOR QUE USTED y/o SU HIJO(A) RECUERDA.

Nombre de escuela más reciente, lugar y último grado que atendió.	Fecha que asistió	Promoción del Estudiante	Programa y otros Servicios	Lenguaje
Nombre de la Escuela: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____	____/____/____ hasta ____/____/____	<input type="checkbox"/> Promovido <input type="checkbox"/> Retenido	<input type="checkbox"/> Inglés como Segundo Idioma <input type="checkbox"/> Bilingüe <input type="checkbox"/> Educación especial <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Otro: _____

Solo para estudiantes de secundaria y preparatoria: indique la escuela que completó el alumno de primaria e intermedia si es aplicable.

Nombre de escuela más reciente, lugar y último grado que atendió.	Fecha que asistió	Promoción del Estudiante	Programa y otros Servicios	Lenguaje
Escuela Elemental: _____ City: _____ State: _____ Country: _____	____/____/____ hasta ____/____/____	<input type="checkbox"/> Promovido <input type="checkbox"/> Retenido	<input type="checkbox"/> Inglés como Segundo Idioma <input type="checkbox"/> Bilingüe <input type="checkbox"/> Educación especial <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Otro: _____

	Fecha que asistió	Promoción del Estudiante	Programa y otros Servicios	Lenguaje
Escuela Intermedia : _____ Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____	____/____/____ hasta ____/____/____	<input type="checkbox"/> Promovido <input type="checkbox"/> Retenido	<input type="checkbox"/> Inglés como Segundo Idioma <input type="checkbox"/> Bilingüe <input type="checkbox"/> Educación especial <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Otro: _____

PASO 7: GARANTÍAS: FIRMA Y FECHA

Certifico que la información que proporcioné en este documento es precisa y que el niño mencionado arriba residirá permanentemente en la dirección indicada. Es mi responsabilidad notificar a la escuela de cualquier cambio de información. Estoy obligado a mostrar una identificación con foto actual.

 Firma: padre / tutor / estudiante mayor de 18 años

_____/_____/_____
 Mes Día Año



STEP 8: STUDENT RECORDS RELEASE FORM
PASO 8: Permiso de liberación de records

Student Name: _____ **Date of Birth:** ____ / ____ / ____
Nombre del Estudiante: (APELLIDOS) (PRIMERO) (Según Nombre) **Fecha de nacimiento** (Mes) (Día) (Año)

FROM LAST SCHOOL ATTENDED: PLEASE PRINT (DESDE LA ULTIMA ESCUELA ASISTIDA: FAVOR IMPRIMIR)

 DISTRICT NAME (Nombre del Distrito) SCHOOL NAME (Nombre de Escuela)

_____ DISTRICT/SCHOOL STREET # Distrito/ Escuela Calle #	_____ STREET NAME Nombre de la Calle	_____ CITY/TOWN Ciudad	_____ STATE/PROVINCE Estado/ Provincia	_____ ZIP CODE Código postal	_____ COUNTRY País
--	--	------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------

_____ DISTRICT/SCHOOL PHONE NUMBERS Números de teléfono del Distrito/ Escuela	_____ DISTRICT/SCHOOL FAX NUMBER Número de Fax del Distrito/ Escuela
---	--

I HEREBY AUTHORIZE AND REQUEST YOU TO RELEASE **TO NEW, CURRENT SCHOOL DISTRICT/SCHOOL: PRINT**
 POR LA PRESENTE, AUTORIZO Y SLOICITO SU PUBLICACION AL NUEVO DISTRITO ESCOLAR ACTUAL/ ESCUELA: IMPRIMIR

Central Falls School District

 DISTRICT NAME SCHOOL NAME

949	Dexter Street	Central Falls	Rhode Island	02863	USA
DISTRICT/STREET #	STREET NAME	CITY/TOWN	STATE/PROVINCE	ZIP CODE	COUNTRY

_____ (401) 727-7700	_____ (401) 727-6184
DISTRICT/SCHOOL PHONE NUMBERS	DISTRICT/SCHOOL FAX NUMBER

THE **COMPLETE SCHOOL/CONFIDENTIAL RECORDS** IN YOUR POSSESSION PERTAINING TO MY CHILD, INCLUDING BUT NOT LIMITED TO:
 A ESCOLA COMPLETARÁ/ REGISTROS CONFIDENCIAIS EM SUA POSSE RELATIVA À MINHA CRIANÇA, INCLUINDO, MAS NÃO SE LIMITANDO A:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ATTENDANCE/TARDINESS
(ASISTENCIA/ TARDANZAS) | <input type="checkbox"/> LANGUAGE PROFICIENCY DATA (W-Apt, Screener, ACCESS, MODEL, CELLA, Other)
DATOS DE COMPETENCIA DEL IDIOMA |
| <input type="checkbox"/> TRANSCRIPTS/SUBJECT GRADES
CALIFICACIONES DE TRANSCRIPCION/ ASIGNATURA | <input type="checkbox"/> IEP / SPECIAL EDUCATION RECORDS / EVALUATIONS
IEP/ EDUCACION ESPECIAL REGISTROS/ EVALUACIONES |
| <input type="checkbox"/> PORTFOLIO ASSESSMENTS
EVALUACIONES DE LA CARTERA | <input type="checkbox"/> RESPONSE TO INTERVENTION (RTI or MULTI-TIERED SERVICES)
RESPUESTA A LA INTERVENCION |
| <input type="checkbox"/> STANDARDIZED STATE TESTS
PRUEBAS ESTANDARIZADAS DEL ESTADO | <input type="checkbox"/> PSYCHOLOGICAL
PSICOLOGO |
| <input type="checkbox"/> 504 PLAN
PLAN 504 | <input type="checkbox"/> MEDICAL RECORDS/VACCINATION
REGISTROS MÉDICOS/VACUNACIONES |

 Signature (Firma)

____ / ____ / ____
 Mes Día Año

PASO 9: FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD DE PADRE / TUTOR / ESTUDIANTE DE 18 AÑOS O MAYOR

PADRES, COMPLETE TODA LA INFORMACIÓN DE SALUD SOLICITADA EN ESTE FORMULARIO.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **Fecha de nacimiento:** ____ / ____ / ____
(APELLIDO) (PRIMERO) (MEDIO) (MES) (DÍA) (AÑO)

Dirección: _____
(# DE CALLE) (NOMBRE DE LA CALLE) (# APT, PISO, UNIDAD) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Teléfono de casa: _____ **Teléfono del trabajo:** _____ **Teléfono móvil:** _____

PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA / NOMBRE DE LA CLÍNICA: _____

Dirección: _____
(# DE CALLE) (NOMBRE DE LA CALLE) (# APT, PISO, UNIDAD) (CIUDAD) (ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Teléfono: _____ **Fax:** _____

HISTORIAL MÉDICO (marque una respuesta para cada una de las siguientes enfermedades o afecciones)

Varicela	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tuberculosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Dolores de Cabeza	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Rubeola	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tosferina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Sarampión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de la Visión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Frecuente dolor de garganta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Paperas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de la Audición	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas de Riñones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Neumonía	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del Corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fiebre Reumática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Eczema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas del Habla	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Escarlatina	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ALERGIAS: Sí No Si es así, por favor *marque todo lo que aplique:*

____ ABEJAS / INSECTOS _____ MANI/ MANTEQUILLA DE MANI _____ LATEX _____ AMBIENTAL

____ NUECES: _____ FRUTAS: _____ OTRA COMIDA: _____

¿Qué tipo de reacción tiene su hijo? _____ **Epipen:** Sí No

CIRUGÍAS O ENFERMEDADES GRAVES: _____ **Año:** _____

_____ **Año:** _____

_____ **Año:** _____

ACCIDENTES O HERIDAS: _____ **Año:** _____

_____ **Año:** _____

OTRAS CONDICIONES

➤ ¿Se le hizo una prueba de **plomo** a su hijo? Sí No Si es sí, por favor provea la fecha: _____

➤ ¿Su hijo tiene **asma**? Sí No Si es sí, liste que lo motiva: _____

Medicamento(s) recetados: _____ **Medicina** requerida durante el **día escolar?** Sí No

Tiempo del año en que el episodio del asma ocurre: _____

➤ ¿Tiene su hijo **diabetes**? Sí No Si es sí, edad que fue diagnosticado: _____ marque uno: **Tipo 1** o **Tipo 2**

¿Depende de la **Insulina**? Sí No Si es sí, Marque uno: **Pompa** o **Inyección**

➤ ¿Tiene su hijo(a) algún **problema con la visión**? Sí No Si es sí, por favor especifique: _____

¿Si hijo usa lentes de contacto? Sí No **Gafas?** Sí No

¿Es necesario que su hijo(a) se siente cerca del tablero? Sí No

➤ ¿Tiene su hijo(a) algún problema con la audición? Sí No Si es sí, por favor especifique: _____

¿Su hijo(a) usa audifonos? Sí No Usa un equipo FM? Sí No

¿Es necesario que su hijo se siente Adelante de la clase? Sí No Si es sí, ¿preferiblemente al lado izquierdo o al lado derecho? _____

MEDICAMENTOS (POR FAVOR IMPRIMA)

¿El estudiante está actualmente tomando algún medicamento? Si No Si es sí, por favor provea abajo el nombre(s) de los medicamentos:

1. _____ Dosis: _____ ¿Cuántas veces al día? _____
Doctor que la recetó: _____ Razón para el medicamento: _____

2. _____ Dosis: _____ ¿Cuántas veces al día? _____
Doctor que la recetó: _____ Razón para el medicamento: _____

3. _____ Dosis: _____ ¿Cuántas veces al día? _____
Doctor que la recetó: _____ Razón para el medicamento: _____

EN EL ESPACIO ABAJO, POR FAVOR PROVEA ALGUNA INFORMACION DE SALUD ADICIONAL, LA CUAL USTED CONSIDERE QUE PUEDE SER IMPORTANTE PARA LA ENFERMERA DE LA ESCUELA:

ULTIMA ESCUELA QUE SU HIJO ASISTIO (POR FAVOR IMPRIMA)

Nombre del Distrito Escolar

Nombre de la Escuela

DISTRITO / ESCUELA CALLE # NOMBRE DE LA CALLE CIUDAD ESTADO / PROVINCIA CÓDIGO POSTAL PAÍS

ESCUELA EN LOS EE. UU. ESCUELA FUERA DE EE. UU. NOMBRE DEL PAÍS: _____

NÚMERO DE TELÉFONO

NÚMERO DE FAX

CONSENTIMIENTO

COMPRENDO QUE ESTA INFORMACION PUEDE SER COMPARTIDA Y DISCUTIDA CON EL PERSONAL ESCOLAR SI ES NECESARIO. AUTORIZO AL PERSONAL ESCOLAR APROPIADO A COMUNICARSE CON EL MEDICO DE MI HIJO(A), SI ES NECESARIO.

Firma: padre / tutor / estudiante mayor de 18 años

____ / ____ / ____
Mes Día Año



Angélica Infante-Green
Commissioner

State of Rhode Island and Providence Plantations
DEPARTMENT OF ELEMENTARY AND SECONDARY EDUCATION
Shepard Building
255 Westminster Street
Providence, Rhode Island 02903-3400

Encuesta sobre el idioma en el hogar (HLS)

Esta sección la debe llenar el padre de familia o tutor

Estimado padre de familia o tutor:

La información solicitada en este formulario es necesaria para ubicar escolarmente a su niño de la mejor manera, y no se usará para otros propósitos¹.

Gracias por su cooperación.

Nombre del estudiante:		

<i>Primer nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento²:
_____		_____
<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>
<i>Relación del padre de familia o tutor con el estudiante:</i>		
<input type="checkbox"/> <i>Madre</i> <input type="checkbox"/> <i>Padre</i> <input type="checkbox"/> <i>Otra</i> _____		

Home Language Code:

Información sobre el idioma de la familia y del niño

(Por favor, marque todas las casillas que correspondan.)

1. ¿Cuál es el idioma que se usa principalmente en el hogar, aparte del idioma que habla el estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____	<i>Especifique</i>
2. ¿Cuál es el idioma que el estudiante habla más?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____	<i>Especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma que el estudiante aprendió primero?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____	<i>Especifique</i>
4. ¿Qué idioma(s) entiende el niño?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____	<i>Especifique</i>
5. ¿En qué idioma(s) habla el niño?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No habla <i>Especifique</i>
6. ¿En qué idioma(s) lee el niño?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No lee <i>Especifique</i>
7. ¿En qué idioma(s) escribe el niño?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No escribe <i>Especifique</i>

¹ Conforme a la Ley de Rhode Island (R.I.G.L. § 16-54-2) y la Ley de Igualdad de Oportunidades de Educación (20 U.S.C. §1703(f)).

² Las familias no están obligadas a proporcionar el lugar de nacimiento, pero proporcionar esta información puede ayudar a las agencias locales de educación (LEA) a desarrollar mayor sensibilidad cultural.

Actualizado al 30 de abril de 2020

Teléfono: (401)222-4600 Fax: (401)222-6178 TTY: (800)745-5555 Buzón de voz: (800)745-6575 Sitio web: www.ride.ri.gov
La Junta de Educación de R.I. no discrimina por razón de edad, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, raza, color, religión, nacionalidad de origen o discapacidad.

Entrevista a la familia – Información sobre la educación del niño

1. ¿Cree usted que su niño tiene dificultades o problemas que afectan su capacidad de entender, hablar, leer o escribir en inglés u otro idioma?
 Sí* No No sabe
 *Si respondió que sí, por favor describa: _____

¿Qué tan graves cree usted que son esas dificultades? No son graves Son un poco graves Son muy graves

2a. ¿Se le ha hecho al niño una evaluación para educación especial? No Sí*
 * Si respondió que se le hizo una evaluación, ¿se le detectó algún problema o discapacidad del aprendizaje? No Sí*
 * Si respondió que se le detectó un problema o discapacidad del aprendizaje, ¿ha recibido el niño servicios de educación especial?
 No Sí – Especifique el tipo de servicios recibido: _____

2b. Edad a la que recibió los servicios (por favor marque todas las casillas que correspondan):
 Antes de los 3 años (intervención temprana) De los 3 a 5 años (educación especial) Después de los 6 años (educación especial)

2c. ¿Tiene el niño un Programa de Educación Individualizado (IEP) o plan 504? No Sí

2. ¿En qué idioma prefiere que le hablen cuando la escuela o distrito se comunican con usted? Inglés Otro _____
Especifique

3. ¿En qué idioma prefiere que le escriban cuando la escuela o distrito se comunican con usted? Inglés Otro _____
Especifique

4. Indique la fecha en que inscribió al niño por primera vez en CUALQUIER escuela en Estados Unidos _____
 (mm/dd/aaaa)

¿Hay algo más que usted piense que la escuela debe saber sobre su niño? (p. ej., talentos o habilidades especiales, o problemas de salud)

_____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____
Firma del padre de familia o tutor **Fecha**

_____ **Nombre del padre de familia o tutor (en letra de molde)**

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLS		
Name: _____	Position: _____	
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____		
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLS AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW		
Name: _____	Position: _____	
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____		
Oral Interview Necessary: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Date of Individual Interview: _____ <small style="margin-left: 100px;">Month Day Year</small>	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING THE LANGUAGE SCREENING ASSESSMENT		
Name: _____	Position: _____	
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____		
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REPORTING THE LANGUAGE SCREENING SCORES		
Name: _____	Position: _____	
Date of Screener: _____ <small style="margin-left: 40px;">Month Day Year</small>	Name of the Language Screening Assessment: _____	Score achieved: _____
Proficiency Level Achieved: Entering 1 <input type="checkbox"/> / Beginning 2 <input type="checkbox"/> / Developing 3 <input type="checkbox"/> / Expanding 4 <input type="checkbox"/> / Bridging 5 <input type="checkbox"/> / Reaching 6 <input type="checkbox"/>		
FOR STUDENTS WITH AN IEP OR 504 PLAN, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED: _____ _____		

CONSENTIMIENTO DE PADRE O MADRE/TUTOR PARA ACCEDER A FONDOS DE MEDICAID

Nombre del estudiante	Fecha de nacimiento	Grado	Fecha de hoy
Nombre del padre o madre/tutor	Dirección del padre o madre/tutor		

Antecedentes:

La autoridad educativa local Central Falls Public Schools provee educación especial y servicios relacionados en la forma de educación pública gratuita y apropiada (FAPE por sus siglas en inglés), **sin costo alguno para los padres**, en los entornos menos restrictivos (LRE por sus siglas en inglés). La autoridad educativa local Central Falls Public Schools puede solicitar reembolso a Medicaid en pago de ciertos servicios de educación especial a estudiantes elegibles para beneficios de Medicaid. Según la sección 300.154 del reglamento de la Junta de Educación de Rhode Island que rige la educación de niños con discapacidad, Central Falls Public Schools debe obtener **consentimiento informado por escrito** de usted para poder solicitar reembolso a Medicaid en pago de ciertos servicios de educación especial. Le rogamos leer lo siguiente antes de otorgar o negar su consentimiento:

Por favor, marque todos los enunciados a continuación (esto es un consentimiento informado):

- Entiendo** que mi consentimiento para que el distrito tenga acceso a reembolso de Medicaid en pago de servicios proporcionados a mi niño, **no afectará** mi capacidad de acceder a esos servicios para mi niño fuera del entorno escolar.
- Entiendo** que este consentimiento **no incluye consentimiento para aparatos de tecnología asistencial**. El distrito necesita un **formulario de consentimiento distinto** para obtener reembolso de aparatos de tecnología asistencial.
- Entiendo** que los servicios en el Plan de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) de mi niño deben proveerse **sin costo alguno** para mí, ya sea que otorgue mi consentimiento o no para cobrarle a Medicaid. (Si me rehúso a dar el consentimiento, o si revoco o anulo este consentimiento, el distrito escolar aún tendrá la responsabilidad de proporcionar educación especial y cualquier servicio relacionado, identificado para mi niño mediante los procesos de elegibilidad para educación especial, y proporcionarlos **sin costo alguno** para mí, lo que también se aplica a copagos, deducibles, pérdida de elegibilidad e impacto en beneficios de por vida.)
- Entiendo que mi consentimiento es voluntario** y que después de dar mi consentimiento puedo revocarlo o anularlo **por escrito** en cualquier momento. Si revoco o anulo mi consentimiento, el departamento escolar dejará de cobrarle a Medicaid a partir de la fecha en que el distrito reciba mi revocación o anulación del consentimiento por escrito.
- Entiendo** que el distrito se rige por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA por sus siglas en inglés, que es la ley federal de privacidad de la salud) y la Ley de Derechos de Educación y Privacidad de las Familias (FERPA por sus siglas en inglés, que es la ley federal de privacidad de la educación) para proteger mi información confidencial, y que los fondos de Medicaid recibidos por el distrito ayudan a financiar directamente la educación en nuestro distrito.

Otorgamiento o negación de permiso (por favor marque una de las siguientes opciones):

- Doy permiso** al distrito de compartir información de mi niño con la agencia estatal de Medicaid, su agente de finanzas, y el agente de cobros a Medicaid del distrito. La información compartida puede incluir el nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de identificación de Asistencia Médica de mi niño, e información sobre la discapacidad principal de mi niño por la que recibe educación especial. Además puede incluir el tipo y cantidad de servicios de salud recibidos. Los servicios pueden incluir cuidado personal, servicios de tecnología asistencial, programa de tratamiento diurno, programa de tratamiento residencial, exámenes de detección para niños, transporte, y servicios y/o evaluaciones de parte de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla, audición y lenguaje, psicólogos autorizados, trabajadores sociales y enfermeros.
- No doy permiso** al distrito de compartir información de mi niño para solicitar reembolso a Medicaid en pago de servicios proporcionados a mi niño.

Firma de padre o madre/tutor

Fecha

Solicitud para familias de comidas gratis o a precio reducido para el año 2021-2022

Rellene una solicitud por vivienda. Utilice un bolígrafo (no un lápiz).

PASO 1

Enumerar a TODOS los miembros de la vivienda que sean bebés, niños y estudiantes hasta el 12.º grado inclusive (si se requieren más espacios para nombres adicionales, adjunte otra hoja de papel)

De finición de miembro de la vivienda: "Cualquier persona que viva con usted y comparta ingresos y gastos, aunque no estén emparentados". Los niños en régimen de acogida y los que encajan en la definición de personas sin hogar, migrantes o fugados tienen derecho a recibir comidas gratis. Lea cómo solicitar comidas escolares gratis o a precio reducido para obtener más información.	Nombre del niño	Apellido del niño	Escuela	Grado	¿Estudiante?		Niño en régimen de acogida	Sin hogar, migrante, fugado
					Si	No		
					<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"/>

Marque todo lo que corresponda

PASO 2

¿Algún miembro de su vivienda (incluido usted) participa actualmente en uno o más de los siguientes programas de ayuda: ¿SNAP, TANF o FDIPIR?

En caso NEGATIVO > Vaya al PASO 3. En caso AFIRMATIVO > Escriba aquí un número de expediente y vaya al PASO 4 (No rellene el PASO 3) **Número de expediente:** _____

Escriba solo un número de expediente en este espacio.

PASO 3

Declarar los ingresos de TODOS miembros de la vivienda (Omita este paso si su respuesta es "SI" en el PASO 2)

A. Ingresos del niño
A veces, los niños de la vivienda tienen ingresos. Incluya los ingresos TOTALES obtenidos por todos los miembros de la vivienda enumerados en el PASO 1 aquí.

Ingresos del niño	¿Con qué frecuencia?	
	Semanales	Quincenales
\$ _____	<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"/>

B. Todos los adultos miembros de la vivienda (incluido usted)
Enumere a todos los miembros de la vivienda que no aparezcan en el PASO 1 (incluido usted), aunque no reciban ingresos. Por cada miembro de la vivienda enumerado, si reciben ingresos, declare el ingreso total bruto (antes de impuestos) por cada fuente en dólares en números enteros (sin centavos) solamente. Si no reciben ingresos de ninguna fuente, escriba 0. Si escribe 0 o deja algún campo en blanco, está certificando (prometiendo) que no hay ingresos que declarar.

Nombres de los miembros adultos de la vivienda (nombre y apellido)	Ingresos profesionales		Ayuda pública/manutención infantil / pensión alimenticia		Pensión/jubilación/ otros	
	Semanales	Quincenales	Semanales	Quincenales	Semanales	Quincenales
\$ _____	<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"/>

Últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social (SSN - Social Security Number) del sustento principal u otro miembro adulto de la vivienda:

Marque si no tiene SSN

PASO 4

Información de contacto y firma de un adulto

Certifico (prometo) que toda la información de esta solicitud es veraz y que he declarado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da en relación con la recepción de fondos federales, y que las autoridades escolares pueden verificar (comprobar) la información. Soy consciente de que si he dado información falsa con conocimiento de causa, mis niños pueden perder la prestación de alimentación y se me podría procesar con arreglo a las leyes federales y estatales pertinentes.

Dirección (si está disponible) _____ Apartamento n.º _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____ Teléfono durante el día y correo electrónico (opcional) _____

INSTRUCCIONES Fuentes de ingresos

Fuente de ingresos de niños

Fuentes de ingreso del niño	Ejemplo(s)
- Ingresos profesionales	- Un niño tiene un trabajo fijo a tiempo completo o parcial en el que gana un sueldo o salario
- Seguridad Social	- Un niño es ciego o discapacitado y recibe prestaciones de la Seguridad Social
- Pagos por discapacidad	- Uno de los padres es discapacitado, está jubilado o ha fallecido, y su niño recibe prestaciones de la Seguridad Social
- Beneficios al superáste	
- Ingresos de una persona ajena a la vivienda	- Un amigo u otro familiar da regularmente dinero al niño
- Ingresos de cualquier otra fuente	- Un niño recibe ingresos regulares de un fondo de pensiones privado, anualidad o fi

OPCIONAL Identidad étnica y racial de los niños

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

Grupo étnico (marque uno): Hispano o latino No hispano o latino
 Raza (marque una o más): Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco

La ley nacional de comidas escolares Richard B. Russell requiere esta información en esta solicitud. No está obligado a dar esta información, pero si no la hace, no podemos autorizar que sus niños reciban comidas gratis o a precio reducido. Debe incluir los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social del miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud. No son obligatorios los últimos cuatro dígitos del número de la Seguridad Social cuando realiza la solicitud en nombre de un niño en régimen de acogida o si proporciona un número de expediente de Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP - Programa de asistencia de nutrición complementaria), Temporary Assistance for Needy Families (TANF - Asistencia temporal para familias necesitadas) Program or Food Distribution Program on Indian Reservations (FDPPIR - Programa de distribución de alimentos en reservas indias) u otro identificador FDPPIR de su niño, o cuando indica que el miembro adulto de la vivienda que fi a la solicitud no tiene un número de la Seguridad Social. Usaremos su información para determinar si su niño tiene derecho a recibir comidas gratis o a precio reducido, y la administración y ejecución de los programas de comida y desayuno. PODEMOS compartir esta información con los programas de educación, salud y nutrición para ayudarlos a evaluar, fi o determinar las prestaciones de sus programas, auditores para revisar los programas, y agentes del orden público para ayudarlos a investigar violaciones de las normas del programa.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA - U.S. Department of Agriculture), el USDA, sus organismos, ofi y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen étnico, sexo, discapacidad, edad o tomar represalias o venganza por actividades anteriores a los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo financiado por el USDA.

No rellenar Para uso exclusivo del colegio

Annual Income Conversion: Weekly x 52, Every 2 Weeks x 26, Twice a Month x 24 Monthly x 12

Total Income

Weekly Bi-Weekly 2x Month Monthly Household size

Categorical Eligibility

Eligibility: Free Reduced Denied

Determining Official's Signature

Date

Confirming Official's Signature

Udumuphi Date

Fuente de ingresos de adultos

Ingresos profesionales	Ayuda pública/pensión alimenticia/ manutención infantil	Pensión/jubilación/ otros
- Sueldo, salario, bonos en efectivo	- Prestación por desempleo	- Seguridad Social (Incluidas las prestaciones de jubilación de empleados ferroviarios y por neumociosis)
- Ingresos netos como autónomo (granja o negocio)	- Indemnización laboral	- Pensiones privadas o prestación por discapacidad
- Si está en el Ejército de Estados Unidos:	- Ingresos de seguridad suplementarios (SSI- Supplemental Security Income) gobierno local	- Ingresos regulares de fideicomisos o bienes inmuebles
- Sueldo básico y bonos en efectivo (NO incluya el pago de combate, FSSA o subsidios de vivienda privatizados)	- Pagos de pensión alimenticia	- Anualidades
- Subsidios por vivienda fuera de la base, alimentación y ropa	- Pagos de manutención infantil	- Ingresos de inversión
	- Prestaciones para los veteranos	- Intereses ganados
	- Prestación por huelga	- Ingresos de alquiler
		- Pagos regulares en efectivo ajenos a la vivienda

Las personas con discapacidad que requieran medios alternativos de comunicación para informarse del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua americana de signos, etc.) deben ponerse en contacto con el organismo (estatal o local) donde solicitar sus prestaciones. Las personas sordas o con problemas de audición o deficiencias en el habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Federal Relay Service (servicio federal de transmisiones) en el (800) 877-8339. Además, puede encontrar información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación contra el programa, rellene el formulario de quejas por discriminación contra el programa de USDA, (USDA Program Discrimination Complaint Form - AD-3027) disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario relleno a la oficina de correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 correo electrónico: program_intake@usda.gov.

Esta institución aplica el principio de igualdad de oportunidades.

Además, El Departamento de Educación del Estado de Rhode Island, no discrimina en base a edad, sexo, orientación sexual, identidad de género o expresión, raza, color, religión, origen nacional o discapacidad. Para presentar una denuncia/queja de discriminación con el Estado de Rhode Island, escriba al Departamento de Educación, Director, Oficina de Equidad y de Acceso, 225 Westminster Street, RI 02903 o llamar al (401) 222-8979.