

Distrito Escolar Central de la Ciudad de Johnson

666 Reynolds Road
Johnson City, NY 13790
www.jcschools.com



REGISTRO DE ESTUDIANTES EN LA ESCUELA *Lista de cosas que debe traer consigo*

****Por favor llamar al (607) 930-1008 para programar su cita de registro.****

***Por favor llamar al (607) 930-1008 para programar su cita de registro*

¡**Bienvenidos** al Distrito Escolar de la Ciudad de Johnson! Esperamos trabajar con usted y sus hijos. La Ciudad de Johnson ahora tiene Registro Central, que está ubicado en el ala administrativa de la Secundaria de la Ciudad de Johnson (666 Reynolds Road).

Para garantizar que su(s) hijo(s) inicien el año escolar a tiempo, por favor registre a su(s) hijo(s) lo antes posible. Si se muda durante el verano, por favor no espere hasta septiembre para inscribirlos. **Comuníquese con nuestra oficina lo antes posible para programar una cita para iniciar el proceso de inscripción para que su(s) hijo(s) puedan comenzar la escuela a tiempo.**

Para que el proceso de registro sea lo más rápido y sencillo posible, los padres o tutores deben comenzar a reunir ciertos tipos de documentos relacionados con su hijo. Algunos de estos documentos son absolutamente necesarios según la ley del estado de Nueva York. Otros documentos son muy útiles para permitir al Distrito ubicar a los nuevos estudiantes en el mejor ambiente de aprendizaje posible lo más rápido posible después de que comiencen las clases. Consulte nuestro sitio web en www.jcschools.com para obtener información adicional. A continuación, se muestra una lista de documentos que sería importante llevar a su cita de registro:

- Prueba documental de la edad del estudiante (por ejemplo, certificado de nacimiento del estudiante)**
- Dos (2) pruebas de residencia: contrato de arrendamiento, factura(s) de servicios públicos o correo formal de una fuente externa. **No aceptaremos correo escrito a mano o correo de Escuelas de la Ciudad de Johnson.****
- Registros de inmunización**
- Copia del IEP (Plan Educativo Individualizado) o Plan de la Sección 504 más reciente (si corresponde)**
- Identificación con foto del padre/tutor**
- Pruebas emitidas por la corte de custodia legal y/u Orden de Protección**
- Expedientes/registros escolares o boleta de calificaciones final/más reciente con calificaciones retiradas**

Se le pedirá que firme un formulario de autorización para poder enviar por fax una solicitud de registros a su antiguo distrito escolar si no puede obtener copias para traer al momento de la inscripción. Haremos todo lo posible para comunicarnos con la escuela anterior, pero el Distrito Escolar de la Ciudad de Johnson no se hace responsable por la falta de respuesta de la escuela anterior de manera oportuna.

*Creando Oportunidades Educativas para Todos los Estudiantes en Preparación para
Tener Éxito en una Comunidad en Constante Cambio*

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE JOHNSON

AÑO ESCOLAR 20_____

SOLO PARA USO OFICIAL:

ID ESTUDIANTIL # _____ EDIFICIO _____ CONSEJERO _____ GRADO ACTUAL: _____
 FECHA DE APROBACIÓN: _____

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN

POR FAVOR IMPRIMIR

POR FAVOR IMPRIMIR

Nombre del Estudiante _____ SEXO _____
 (Último) (Jr/Sr/III/IV) (Primero) (Segundo) (M/F/NB)

Fecha de Nacimiento _____ Lugar de Nacimiento _____
 (MM/DD/YY) (Ciudad) (Estado) (País)

SERVICIOS DE APOYO:

IEP _____ 504 _____
 Sí/No Sí/No

ALGUNA VEZ ASISTÍ A ESCUELAS JC (Sí/No) _____ En caso afirmativo, indique la escuela y el año. _____

ÚLTIMA ESCUELA	NOMBRE _____
	DIRECCIÓN _____
	CIUDAD _____
	FECHA DE SALIDA _____ GRADO ACTUAL: _____

<p>DIRECCIÓN RESIDENCIAL DEL ESTUDIANTE</p> <p>DIRECCIÓN _____</p> <p>APT # _____</p> <p>CIUDAD _____</p> <p>ESTADO <u>New York</u> CÓDIGO POSTAL _____</p> <p>TELÉFONO PRINCIPAL _____</p> <p>RESIDENCIA NOCTURNA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	<p>DIRECCIÓN POSTAL DEL ESTUDIANTE solo si es diferente a la residencial</p> <p>DIRECCIÓN _____</p> <p>APT # _____</p> <p>CIUDAD _____</p> <p>ESTADO <u>New York</u> CÓDIGO POSTAL _____</p> <p>TELÉFONO PRINCIPAL _____</p>
---	---

TUTOR

NOMBRE _____
 (Último) (Jr/Sr/III/IV) (Primero)

DIRECCIÓN _____ APT # _____

Ciudad _____ ESTADO New York CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO PRINCIPAL _____ TELÉFONO CELULAR _____ TELÉFONO OFICINA _____

DIRECCIÓN DE EMAIL: _____ Nombre del empleador: _____

Recibir correos
SI / NO

Relación con el estudiante

Vive con el estudiante
SI / NO

TUTOR

NOMBRE _____
 (Último) (Jr/Sr/III/IV) (Primero)

DIRECCIÓN _____ APT # _____

CIUDAD _____ ESTADO New York CÓDIGO POSTAL _____

TELÉFONO PRINCIPAL _____ TELÉFONO CELULAR _____ TELÉFONO OFICINA _____

Recibir Correos
SI / NO

Relación con el estudiante

Vive con el estudiante
SI / NO

DIRECCIÓN DE EMAIL: _____ Nombre del empleador _____

Si el estudiante no vive con ambos padres, ¿quién tiene la custodia legal?
 Documentación de Custodia Recibida Sí Madre Padre No Otros _____

ESTADO CIVIL DE LOS TUTORES: _____SOLTERO _____CASADO _____SEPARADO _____DIVORCIADO
(POR FAVOR COMPLETE Y ENTREGUE EL REVERSO DEL FORMULARIO)

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA ADICIONALES DISTINTOS AL TUTOR

1. NOMBRE			
_____ (último)	_____ (Jr/Sr/III V)	_____ (Primero)	_____ (Segundo)
DIRECCIÓN _____			APT# _____
CIUDAD _____	ESTADO _____	C.P. _____	
RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE _____			
Teléfono de casa _____	Teléfono Celular _____	Teléfono de Oficina _____	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR _____			

2. NOMBRE			
_____ (Ultimo)	_____ (Jr/Sr/II/IV)	_____ (Primero)	_____ (Segundo)
DIRECCIÓN _____			APT# _____
CIUDAD _____	ESTADO _____	C.P. _____	
RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE _____			
TELÉFONO DE CASA _____	TELÉFONO CELULAR _____	TELÉFONO DE OFICINA _____	
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR _____			

MÉDICO _____ TELÉFONO _____ HOSPITAL DE PREFERENCIA _____

HERMANOS DEL ESTUDIANTE (Incluye hermanos de 0 - 4 años)

NOMBRE _____	ESCUELA _____	SEXO _____	FDN _____	EN LA RESIDENCIA _____
(Primero) (Segundo) (Último)		M/F	MM/DD/YY	S/N
NOMBRE _____	ESCUELA _____	SEXO _____	FDN _____	EN LA RESIDENCIA _____
(Primero) (Segundo) (Último)		M/F	MM/DD/YY	S/N
NOMBRE _____	ESCUELA _____	SEXO _____	FDN _____	EN LA RESIDENCIA _____
(Primero) (Segundo) (Último)		M/F	MM/DD/YY	S/N
NOMBRE _____	ESCUELA _____	SEXO _____	FDN _____	EN LA RESIDENCIA _____
(Primero) (Segundo) (Último)		M/F	MM/DD/YY	S/N
NOMBRE _____	ESCUELA _____	SEXO _____	FDN _____	EN LA RESIDENCIA _____
(Primero) (Segundo) (Último)		M/F	MM/DD/YY	S/N

INFORMACIÓN ADICIONAL: _____

I Por la presente declaro que, a mi leal saber y entender, mis respuestas a las preguntas anteriores son completas y correctas.

FIRMA DEL PADRE / TUTOR _____ FECHA _____
FIRMA DEL FUNCIONARIO ESCOLAR _____
QUIÉN REGISTRÓ AL NIÑO _____ FECHA _____

**ESTE FORMULARIO DEBE PRESENTARSE EN PERSONA AL REGISTRO CENTRAL,
666 REYNOLDS ROAD, JOHNSON CITY, NY**

Distrito Escolar Central de la Ciudad de Johnson
Identificación racial y étnica de los estudiantes

Nombre del Estudiante _____

El Distrito Escolar Central de Johnson City, de conformidad con los requisitos del Departamento de Educación del Estado de Nueva York, ha adoptado un procedimiento que requiere la recopilación y el registro de la identidad étnica de los estudiantes de acuerdo con las categorías y definiciones federales. La información se utilizará para:

- Reportar información a los Departamentos de Educación Estatal y Federal.
- Planificar programas educativos y asegurarse de que estén disponibles para todos los estudiantes.
- Analizar diferencias en rendimiento académico, asistencia y finalización de estudios.

PROCEDIMIENTOS Y NORMAS DE CONFIDENCIALIDAD

Al personal de la escuela: Este formulario se archivará en el expediente permanente del estudiante como información confidencial.

A la madre / tutor: La información que usted ha proporcionado en este formulario es confidencial. Está protegido por las normas de confidencialidad que se citan a continuación.

La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (1974) prohíbe el acceso no autorizado a los registros de los estudiantes y la divulgación no autorizada de cualquier información de los registros de los estudiantes identificable por el nombre del estudiante o por el número de identificación del estudiante.

INSTRUCCIONES PARA EL PADRE/TUTOR

1. POR FAVOR RESPONDA LAS PREGUNTAS (1) y (2). POR FAVOR LÉALOS ANTES DE RESPONDER. [Para la pregunta (1) Marque () la casilla que mejor describa a su hijo.] Marque (✓) sólo UNA casilla.
2. ¿El estudiante es hispano, latino o de origen español? **Hispano / latino. o de origen español significa una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centro o sudamericano, o de otra cultura u origen español, independientemente de su raza.**
- SÍ, Hispano
- NO, no es Hispano
2. Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales [Para la pregunta (2) Marque (V) todos los grupos que se apliquen a su hijo; marque (✓) en al menos UNA casilla.]:
- INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte y del Sur (incluida América Central) y que mantiene una afiliación tribal o un vínculo comunitario.
- ASIÁTICO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, el Sudeste Asiático o el subcontinente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya y China. India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán. las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam.
- NATIVO DE HAWAI U OTRA ISLA DEL PACÍFICO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Hawaii, Guam, Samoa. u otras islas del Pacífico.
- NEGRO O AFROAMERICANO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.
- BLANCO:** Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, el norte de África o el Medio Oriente.

Firma del padre/tutor/otro

Fecha

Relación con el estudiante (marque una casilla a continuación):

- Madre Padre Tutor Otro (Especifique): _____

NOTA PARA LAS ESCUELAS/LEAs (Agencias Educativas Locales) : Por favor ayude a los estudiantes y familias a **completar este formulario**. El formulario debe incluirse en la página principal de los materiales de inscripción que el distrito comparte con las familias. No incluya simplemente este formulario en el paquete de inscripción, bccmlsc si el estudiante califica como residente en una vivienda temporal, el **estudiante no está obligado a presentar prueba de residencia** y otros documentos requeridos que puedan ser parte del paquete de inscripción.

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre de la LEA: _____

Nombre de la Escuela:

Nombre del Estudiante: _____
último Primero Segundo

Género : Masculino Femenino
Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Mes Dia Año Grado: _____ ID#: _____
{Preescolar-12} (opcional)

Dirección: _____ Teléfono: _____

La respuesta que proporcione a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios usted o su hijo pueden recibir según la Ley McKinney-Vento (MV). Los estudiantes protegidos por la Ley McKinney-Vento tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela incluso si no tienen los documentos normalmente necesarios, como prueba de residencia, registros escolares, registros de vacunación o certificado de nacimiento. Los estudiantes protegidos por la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

¿Dónde vive actualmente el estudiante? *(Por favor marque la casilla.)*

- En un refugio
- Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de vivienda o como resultado de dificultades económicas (a veces denominado "vivienda compartida")
- En un hotel/motel
- En un coche, parque, autobús, tren o camping
- Otra situación de vivienda temporal (por favor describa): _____
- En vivienda permanente

Nombre en letra de imprenta del padre,
tutor o Estudiante (para jóvenes sin hogar no
acompañados)

Firma del padre, tutor o estudiante (para jóvenes sin hogar no
acompañados)

Fecha

Si se marca CUALQUIER casilla que no sea “En vivienda permanente”, entonces el estudiante/familia debe ser remitido inmediatamente al intermediario de MV. En tales casos, no se requieren prueba de residencia y otros documentos necesarios anualmente para la inscripción y el estudiante debe ser matriculado inmediatamente. Después de que el estudiante haya sido inscrito, el distrito/escuela debe comunicarse con el distrito/escuela anterior a la que asistió para solicitar los registros educativos del estudiante, incluidos los registros de vacunas, y el enlace LEA del distrito de inscripción debe ayudar al estudiante a obtener cualquier otro documento o vacuna necesarios. NOTA PARA LAS ESCUELAS/LEAs: Si el estudiante NO vive en una vivienda permanente, asegúrese de completar un formulario de designación.



Autorización para la divulgación de registros

Fecha: ____/____/____

Para: _____

Asunto: _____ FDN: ____/____/____ Nivel de Grado: ____

El estudiante mencionado anteriormente se ha registrado en el Distrito Escolar de la Ciudad de Johnson. Por favor envíe sus registros más recientes lo antes posible a la información indicada al final de esta hoja:

- | | |
|---|---|
| ✓ Certificado de nacimiento | ✓ Expedientes académicos/calificaciones de salida (HS) |
| ✓ Registros escolares | ✓ IEP o Plan de la Sección 504 |
| ✓ Registros de salud y vacunación | ✓ Informe Psicológico |
| ✓ Puntajes de exámenes estandarizados/estatales | ✓ Historia social |
| ✓ Registros de Asistencia | ✓ Todas las evaluaciones recientes |
| ✓ Última boleta de calificaciones | ✓ Otra información pertinente |
| ✓ Registros de disciplina | ✓ Guión de OT (Terapia Ocupacional) y/o PT (Terapia Física) |

Firma del padre/tutor legal

Fecha

Relación con el estudiante: _____

Envíe los registros por fax o correo electrónico lo antes posible a lo siguiente:

Oficina de Servicios Estudiantiles de la Ciudad de Johnson
666 Reynolds Road
Johnson City, NY 13790
Teléfono: (607) 930-1008
Fax: (607) 930-1144
Email: cliddic@jcschools.stier.org o Ltoner@jcschools.stier.org



Oficina de P-12

Lisette Colón-Collins, Comisionada Asistente

Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo

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

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

Cuestionario sobre el idioma del hogar (HLQ)

*Estimado padre o tutor:
 Para brindarle a su hijo la mejor educación posible, necesitamos determinar qué tan bien comprende, habla, lee y escribe en inglés, así como su historia personal y escolar anterior. Complete las secciones a continuación tituladas Antecedentes lingüísticos e historial educativo. Se agradece enormemente su ayuda para responder estas preguntas.
 Gracias.*

Por favor use letra legible al completar esta sección.		
Nombre del Estudiante:		
Primero	Segundo	Último
Fecha de Nacimiento:		Género :
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
Información de Padres/Persona en relación parental:		
Último Nombre	Primer Nombre	Relación con el estudiante

CÓDIGO DE IDIOMA DOMÉSTICO

Antecedentes del idioma (Por favor marque todos los que apliquen.)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especificar</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que aprendió su hijo?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especificar</i>
3. ¿Cuál es el idioma materno de cada padre/tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	_____	<input type="checkbox"/> Padre
		<i>especificar</i>	<i>especificar</i>
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____	<i>especificar</i>
4. ¿Qué idioma(s) entiende su hijo?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especificar</i>
5. ¿Qué idioma(s) habla su hijo?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No lo habla
		<i>especificar</i>	
6. ¿Qué idioma(s) lee su hijo?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No lo lee
		<i>especificar</i>	
7. ¿En qué idioma(s) escribe su hijo?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No lo escribe
		<i>especificar</i>	

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL DISTRITO EN EL QUE ESTÁ INSCRITO EL ESTUDIANTE:

INFORMACIÓN DEL DISTRITO ESCOLAR:	NÚMERO DE ESTUDIANTE EN EL SISTEMA DE INFORMACIÓN ESTUDIANTIL DEL ESTADO DE NUEVA YORK:
Nombre del distrito (número) y escuela	
Dirección	

Cuestionario sobre el idioma del hogar (HLQ)— Página dos

Historia Educativa

8. Indique el número total de años que su hijo ha estado matriculado en la escuela en los Estados Unidos _____

9. ¿Cree que su hijo puede tener alguna dificultad o condición que afecte su capacidad para comprender, hablar, leer o escribir en inglés o cualquier otro idioma? En caso afirmativo, descríbalos. Sí* No No estoy seguro

*En caso afirmativo, explíquelo por favor: _____

¿Qué tan graves cree usted que son estas dificultades?? Menores Algo severo Muy severo

10a. ¿Alguna vez su hijo ha sido remitido a una evaluación de educación especial en el pasado?? No Sí* *Por favor complete 10b a continuación

10b. *Si lo remitieron para una evaluación, ¿ha recibido su hijo algún servicio de educación especial en el pasado?

No Sí – Tipo de servicios recibidos: _____

Edad en la que recibió los servicios (Por favor marque todos los que apliquen):

Nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) 3 a 5 años (Educación Especial) 6 años o más (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo un Programa de Educación Individualizado (IEP)? No Sí

11. ¿Hay algo más que crea que es importante que la escuela sepa sobre su hijo? (por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc..)

12. ¿En qué idioma(s) le gustaría recibir información de la escuela? _____

Firma del padre o de la persona en relación parental

Mes: _____ Día: _____ Año: _____
Fecha

Relación con el estudiante: Madre Padre Otro: _____

SÓLO ENTRADA OFICIAL: NOMBRE/POSICIÓN DEL PERSONAL QUE ADMINISTRA EL HLQ

NOMBRE: _____ POSICIÓN: _____

SI SE PROPORCIONA UN INTÉRPRETE, INDIQUE EL NOMBRE, EL PUESTO Y LAS CREDENCIALES:

NOMBRE/POSICIÓN DEL PERSONAL CALIFICADO QUE REvisa EL HLQ Y REALIZA LA ENTREVISTA INDIVIDUAL

NOMBRE: _____ POSICIÓN: _____

ENTREVISTA ORAL NECESARIA: No Sí

** FECHA DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL:

MES DÍA AÑO

RESULTADO DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL: ADMINISTRAR PRUEBA NYSITELL CON COMPETENCIA EN INGLÉS CONSULTE AL EQUIPO DE DOMINIO DEL IDIOMA

NOMBRE/POSICIÓN DEL PERSONAL CALIFICADO QUE ADMINISTRA NYSITELL (PRUEBA DE IDENTIFICACIÓN PARA ESTUDIANTES DEL IDIOMA INGLÉS DEL ESTADO DE NUEVA YORK)

NOMBRE: _____ POSICIÓN: _____

FECHA DE ADMINISTRACIÓN DE NYSITELL:

Mes Día Año

NIVEL DE COMPETENCIA ALCANZADO EN NYSITELL:

INICIAL EMERGENTE TRANSICIÓN EN EXPANSIÓN AVANZADO

PARA ESTUDIANTES CON DISCAPACIDADES, INDICA LAS ADAPTACIONES, SI LAS HAY, ADMINISTRADAS DE ACUERDO CON EL IEP SEGÚN LA RECOMENDACIÓN DEL CSE (Comité de Educación Especial):

Distrito Escolar Central de la Ciudad de Johnson Historial de Salud de Nuevo Estudiante

Nombre: _____ Grado: _____ Fecha de Entrada _____

Género: M F Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de nacimiento (Ciudad, Estado) _____

Vacunas:

Debemos tener una declaración firmada por un médico o un certificado de una agencia de salud pública que indique que se han administrado las vacunas requeridas. Todos los estudiantes actuales, recurrentes y nuevos deben cumplir con los requisitos de vacunación establecidos en la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York.

¿Su hijo tiene alguna de las siguientes condiciones potencialmente mortales? Una "condición de salud que pone en peligro la vida" es una condición, incluida una alergia conocida, que pondrá al niño en peligro durante el día escolar si no existe una orden de tratamiento o medicamento.

	SI	NO	TIPO/REACCIÓN	MEDICAMENTO
Alergia a la comida				
Picadura de abeja o insecto				
Asma				
Diabetes				
Trastorno convulsivo				
Problemas cardíacos				
Desorden sanguíneo				
Látex				
Otros				

Alergias: _____

Medicamentos actuales: _____

¿Tiene su hijo alguna restricción dietética? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique: -----

Doy mi permiso para que se realice un examen físico escolar en la escuela.

- Sí
 No

Formulario completado por: _____ Escuela: _____

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: / /

Distrito Escolar Central de la Ciudad de Johnson

666 Reynolds Road
Johnson City, NY 13790
www.jcschools.com



SOLAMENTE EXCLUSIÓN

Queridos padres y tutores:

El Distrito Escolar Central de Johnson City está comprometido a comunicarse abiertamente con los padres de nuestros estudiantes y la comunidad en su conjunto. De vez en cuando, los periódicos locales y los equipos de noticias de televisión llegan a nuestras escuelas para informar sobre nuestras actividades educativas y cocurriculares y los logros individuales de los estudiantes y las clases. Fomentamos el reconocimiento comunitario positivo de nuestros estudiantes y programas en los medios locales y en las publicaciones de nuestro distrito y escuela.

Si por alguna razón **NO** desea que filmen, fotografíen o citen a su hijo mientras participa en una actividad relacionada con la escuela, debe firmar el siguiente formulario y devolverlo inmediatamente a la oficina principal de la escuela de su hijo. El formulario se enviará al personal de la escuela colTect y respetaremos su solicitud. Nuevamente, este formulario **SÓLO** debe ser devuelto si **NO** da su permiso para que su hijo sea filmado, fotografiado o citado por los medios de comunicación o incluido en cualquier publicación del distrito o de la escuela. Apreciamos su tiempo y consideración de este asunto.

Atentamente,
[Firma]

Eric Race
Superintendente de Escuelas

Por favor **NO** permita que mi hija/hijo participe en actividades que estén siendo filmadas o fotografiadas o que sean citadas por algún representante de los medios de comunicación o que se utilicen en publicaciones de la escuela o del distrito.

Nombre del Estudiante

Grado

Escuela y profesor

Firma del padre / tutor

Fecha

*Creando Oportunidades Educativas para Todos los Estudiantes en Preparación para
Tener Éxito en una Comunidad en Constante Cambio*



Distrito Escolar Central de la Ciudad de Johnson

666 Reynolds Road, Johnson City, New York 13790

Teléfono (607)930-1008

www.jcschools.com



Optar por no participar en la red informática de los estudiantes y en el acceso a Internet

El Distrito Escolar Central de Johnson City (JCCSD) proporciona acceso a la red y a Internet a **TODOS** los estudiantes.

El uso de la red de JCCSD y el acceso a Internet es para ayudar a los estudiantes a completar actividades educativas y debe usarse estrictamente según las reglas y regulaciones que se definen en la "Política de Uso Aceptable" de nuestro distrito según lo establecido por nuestra Junta de Educación en la política 8630. Esta política Se debe seguir cada vez que haya una conexión a la red cableada o inalámbrica del distrito.

Si NO desea que su estudiante tenga acceso a la red de JCCSD e Internet, complete y envíe este formulario de exclusión voluntaria al director de la escuela.

Este formulario de exclusión voluntaria se aplica al año escolar actual y debe renovarse específicamente al comienzo de cada año escolar.

Nombre del Estudiante: _____

(letra imprenta)

Edificio: _____ Fecha: _____

(letra imprenta)

Año escolar: Grado:

Como padre o tutor de este estudiante, entiendo que al firmar a continuación solicito que se elimine el acceso de mi estudiante a la red de JCCSD y a Internet durante el año escolar indicado anteriormente.

Nombre del Padre de Familia / Tutor:

(letra imprenta)

Firma del Padre de Familia / Tutor: _____

Fecha : _____

Distrito Escolar Central de la Ciudad de Johnson

666 Reynolds Road
Johnson City, NY 13790
www.jcschools.com



FORMULARIO DE SOLICITUD DE INFORMACIÓN DE INMUNIZACIÓN/SALUD

PARA: _____

De: _____ FDN: _____

Autorizo y solicito la divulgación de todos y cada uno de los registros de vacunación y del último examen físico del niño mencionado anteriormente a:

Escuela Primaria JC
601 Columbia Drive
Johnson City, NY 13790
Attn: Enfermera Escolar
T: (607) 930-1316/1317
F: (607) 930-1431

**Escuela
Primaria/Secundaria JC**
601 Columbia Drive
Johnson City, NY 13790
Attn: Enfermera Escolar
T: (607) 930-1357/1358
F: (607) 930-1434

Escuela Secundaria JC
666 Reynolds Road
Johnson City, NY 13790
Attn: Enfermera Escolar
T: (607) 930-1551/1552
F: (607) 930-1653

Además, solicito que la parte mencionada anteriormente divulgue toda la información que usted pueda solicitar cuando la solicite.

Firma

Relación

Testigo

Fecha

*Creando Oportunidades Educativas para Todos los Estudiantes en Preparación para
Tener Éxito en una Comunidad en Constante Cambio*

**Distrito Escolar Central de la Ciudad de Johnson
Comité de Educación Especial
666 Reynolds Road
Johnson City, NY 13790 (607-930-1008)**

Consentimiento de Medicaid

Fecha: _____

Nombre del Estudiante: _____

FDN: _ / _ / _

CIN#: -----

Estimado Padre / Tutor:

Esto es para pedirle permiso (consentimiento) para facturarle a usted o al Programa de Seguro Medicaid de su hijo por educación especial y servicios relacionados que están en el programa de educación individualizada (IEP) de su hijo.

Este consentimiento permite al distrito escolar facturar por servicios cubiertos relacionados con la salud y divulgar información al Agente de facturación de Medicaid del distrito escolar para ese propósito.

Yo, _____ **como padre/tutor de** _____, he recibido una notificación por escrito del distrito escolar que explica mis derechos federales con respecto al uso de beneficios públicos o seguros para pagar cierta educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y acepto que el Distrito Escolar puede acceder a Medicaid para pagar la educación especial y los servicios relacionados proporcionados a mi hijo.

Entiendo que

- *Proporcionar consentimiento no afectará la cobertura de Medicaid de mi hijo/mi hijo;*
- *Si lo solicita, puedo revisar copias de los registros divulgados de conformidad con esta autorización;*
- *Los servicios enumerados en el IEP de mi hijo deben proporcionarse sin costo alguno para mí, independientemente de que doy o no mi consentimiento para facturar a Medicaid;*
- *Tengo derecho a retirar el consentimiento en cualquier momento y el distrito escolar debe darme una notificación escrita anual de mis derechos con respecto a este consentimiento.*

También doy mi consentimiento para que el distrito escolar divulgue los siguientes registros/información sobre mi hijo a la Agencia Estatal de Medicaid con el fin de facturar la educación especial y los servicios relacionados que están en el IEP de mi hijo. Se compartirán los siguientes registros.

Registros que se compartirán (como registros o información sobre los servicios que recibe su hijo)	
IEP	Informe de administración de medicamentos
Orden escrita/Remisión	Registro de transporte especial
Informes de evaluación	Otra información de identificación personal
Notas de sesión	Cualquier otro registro específico relacionado con los servicios o el programa del estudiante

Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También entiendo que el derecho de mi hijo a recibir educación especial y servicios relacionados no depende de ninguna manera de mi consentimiento y que, independientemente de mi decisión de brindar este consentimiento, todos los servicios requeridos en el IEP de mi hijo se le brindarán a mi hijo en sin costo para mí.

Firma del Padre / Tutor: _____

Nombre en imprenta: _____ **Fecha:** _____

Distrito Escolar Central de la Ciudad de Johnson
666 Reynolds Road
Johnson City, NY 13790
www.jcschools.com



PERMISO PARA ENVIAR POR FAX

Nombre del estudiante

FDN

Autorizo y solicito que la receta de mi hijo para servicios de Terapia Ocupacional y/o Terapia Física se envíe por fax a:

Distrito Escolar de la Ciudad de Johnson

601 Columbia Drive
Johnson City, NY 13790
(F): (607) 930-1435

Padre/tutor legal

Relación

Fecha: _____

Nombre del médico: _____

Grupo Médico: _____

Dirección: _____

Teléfono del médico #: _____

Fax médico #: _____

*Creando Oportunidades Educativas para Todos los Estudiantes en Preparación para
Tener Éxito en una Comunidad en Constante Cambio*