

STEP 1: Federal regulations require completion of this form BEFORE a registration application.

PASO 1: Las regulaciones federales requieren que se complete este formulario ANTES de la solicitud de registro



CONFIDENTIAL HOUSING QUESTIONNAIRE

(CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE VIVIENDA)

The answer you give below will help the district determine what services you or your child may be able to receive under the McKinney-Vento Act. Students who are protected under the McKinney-Vento act are entitled to immediate enrollment in school even if they don't have the documents normally needed, such as proof of residency, school records, immunization records, or birth certificate. Students who are protected under the McKinney-Vento Act may also be entitled to free transportation and other services. *Las respuestas que dé a las siguientes preguntas ayudarán al distrito a determinar los servicios que usted o su hijo o hija podrán recibir bajo el Acta de McKinney-Vento. Los estudiantes protegidos por el Acta de McKinney-Vento tienen derecho a matricularse en la escuela inmediatamente aun cuando no tengan los documentos que normalmente se necesitan, tales como la prueba de la dirección, reportes escolares, registros de inmunización, o certificado de nacimiento. Los estudiantes protegidos por el Acta de McKinney-Vento también podrían tener derecho a transporte gratuito y a otros servicios.*

Where is the student currently living? (¿Donde está el estudiante viviendo actualmente?):

Please check one box. (Por favor marque una caja.)

- in a shelter** (está viviendo en un albergue)
- in a hotel /motel due to lack of alternative, adequate housing**
(está viviendo en un hotel/motel por falta de una vivienda alternativa, adecuada)
- at a train or bus station, in a car, or at a campsite**
(está viviendo en una estación de trenes o autobuses, en un automóvil, o en un campamento)
- with relatives or others due to loss of housing, economic hardship or similar reason**
(está viviendo con familiares u otras personas debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas, o razones similares)
- Is this living arrangement with relatives or others temporary OR permanent? (Please circle one)**
es esta situación de vivienda con familiares u otras personas temporal O permanente? (por favor circule uno)
- Other, please describe** _____
(otro, por favor explique)
- In permanent housing** (En un hogar permanente)

Please list the names of the children in your household between the ages of 3 to 5: (Si una de las casillas más arriba se han comprobado, por favor escriba los nombres de los niños en su hogar entre las edades de 3 a 5):

Child's Name (Nombre del niño/a)

Date of birth (Fecha de nacimiento)

STUDENT NAME (NOMBRE DEL/DE LA ESTUDIANTE):

(Please Print first and last name)

(Por favor imprime el nombre y apellido)

Gender (Genero): Male (Hombre)
 Female (Mujer)

Date of Birth: ___/___/___
Month Day Year (Mes Día Año)

Grade: _____
preschool-12 (jardin de infants - 12)

CONTACT PHONE NUMBER (NUMERO DE TELEFONO):

Home _____ **Cell** _____
(Casa) (Celular)

CURRENT ADDRESS (DIRECCIÓN ACTUAL): _____

PREVIOUS ADDRESS (DIRECCIÓN ANTERIOR): _____

Print name of Parent, Guardian, OR
Student if unaccompanied homeless youth
(Imprima el nombre del Padre, Tutor o Estudiante si es un joven sin hogar no acompañado)

Signature of Parent, Guardian, OR
Student if unaccompanied homeless youth
(Firma del Padre, Tutor o Estudiante si es joven sin hogar no acompañado)

Date
(Fecha)



Nuestra vision

“Si trabajamos juntos, lograremos la excelencia inclusiva”.

Nuestra mission

*“Inspirar a los estudiantes para que se transformen en los líderes del mañana,
más allá del De Newburgh*

BIENVENIDO

a la Oficina de Registro

PASO 2: Por favor, lea esto e inicial donde se indica

Solo aquellos estudiantes cuyos padres / tutores son residentes del Distrito Escolar Enlarged City de Newburgh son elegibles para asistir a las escuelas de Newburgh sin pagar la matrícula.

INICIAL: _____

PASO 3: complete la solicitud de registro.

PASO 4: ESPERE a completar la forma racial / étnica formar a la admisión.



Oficina de Registro
124 Grand Street
Newburgh, NY 12550
Correo electrónico: registration@necsd.net
Sitio web: www.newburghschools.org
Tel.: (845) 563-KIDS (5437) Fax: (845) 568-6679

LOS PADRES/TUTORES DEBEN SER **RESIDENTES** DE LA COMUNIDAD ESCOLAR DE NEWBURGH PARA QUE LOS ESTUDIANTES SEAN ELEGIBLES PARA ASISTIR A LAS ESCUELAS DE NEWBURGH

Para verificar la elegibilidad de su hijo para asistir al Distrito Escolar Extendido de la Ciudad de Newburgh, debe enviar los siguientes documentos, registros o información a la Oficina de Registro.

DOCUMENTOS NECESARIOS PARA REGISTRAR LA FICHA DE CONTROL

1. Constancia de edad

- Transcripción original o certificada del certificado de nacimiento o de bautismo de su hijo (independientemente de la nación emisora).
- Si no puede brindar ninguno de los documentos enumerados anteriormente, debe presentar el pasaporte de su hijo, independientemente de la nación emisora.
- Si no puede brindar los documentos enumerados anteriormente, debe presentar cualquier otro documento que tenga más de dos años de existencia y que pueda utilizarse para determinar la edad de su hijo.
Por ejemplo:
 - a.) licencia de conducir oficial o tarjeta de identificación de no conductor;
 - b.) identificación emitida por el gobierno local o por el estado;
 - c.) tarjeta de identificación de dependiente militar;
 - d.) identificación escolar con foto y con fecha de nacimiento;
 - e.) tarjetas de identificación del consulado;
 - f.) expediente médico o de salud;
 - g.) documentos emitidos por entidades federales, estatales o locales (p. ej., agencia de servicio local; Oficina Federal de Reubicación de Refugiados);
 - h.) órdenes judiciales u otros documentos emitidos por un tribunal;
 - i.) documento de la tribu de nativo americano; o
 - j.) registros de organismos de asistencia internacional sin fines de lucro y organismos voluntarios.

2. Constancia de residencia

Debe enviar al menos uno (1) de los siguientes documentos y al menos un (1) elemento como Constancia complementaria de residencia (a continuación):

- Un contrato de arrendamiento de vivienda (preferentemente firmado dentro de los últimos 3 meses) con el recibo de alquiler actual (el Distrito se reserva el derecho de solicitar también la Declaración del arrendatario o dueño, documento adjunto)
- Una hipoteca o escritura
- Una declaración del arrendatario sobre el alquiler (Declaración del arrendatario o del dueño adjunta)
- Una declaración jurada de un tercero en la que establezca su presencia en el Distrito Escolar Extendido de la Ciudad de Newburgh (declaración jurada del tercero adjunta)

Constancia complementaria de residencia

Puede enviar otras pruebas relevantes, si así lo desea, que incluyen, entre otras, los siguientes tipos de documentos con el domicilio actual para indicar la residencia:

- Factura de servicios actual (gas, electricidad, teléfono, cable) con la ubicación del servicio indicado
- Recibo de sueldo actual con domicilio
- Formulario de impuesto sobre la renta
- Documentos de membresía con base en la residencia (p. ej., la tarjeta de la biblioteca)
- Documentos de registro de votante
- Licencia de conducir oficial, permiso de aprendiz o número de identificación de no conductor
- Identificación emitida por el Estado u otro gobierno
- Documentos emitidos por entidades federales, estatales o locales (p. ej., agencia de servicio local, Oficina Federal de Reubicación de Refugiados, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), Manutención Infantil)

___ 3. **Constancia de custodia, tutela o adopción**

- Si los padres están separados, divorciados o tienen una orden de custodia, estos documentos **deben** ser entregados al Distrito.
- Si los padres son adoptivos, se deben entregar los documentos de la Oficina de Servicios para Niños y Familias (Office of Children and Family Services) del Estado de Nueva York (New York State, NYS) (p. ej., LDSS-2999).
- Si la custodia/tutela está a cargo de un tercero, debe completar y enviar las declaraciones juradas de responsabilidad adjuntas (de los padres y de las personas encargadas de la custodia). El Distrito evaluará las solicitudes por excepciones de este requisito en circunstancias limitadas, pero apropiadas.

___ 4. **Cartilla de vacunación**

- Los estudiantes que no cuenten con documentación que indique que recibieron algún tipo de vacunación, tengan una cantidad insuficiente de vacunas, o no cuenten con una constancia de inmunidad, pueden asistir a la escuela durante un período de gracia de no más de 14 días calendario, el cual puede extenderse a no más de 30 días calendario para estudiantes transferidos desde otro estado o desde otro país que puedan demostrar iniciativa de buena fe para conseguir la constancia de vacunación necesaria. (10 NYCRR 66-4). Una vez finalizado el período de gracia, el estudiante no podrá asistir a la escuela.

___ 5. **Copia del último examen físico** (debe presentarse dentro de los 12 meses del comienzo del año escolar)

___ 6. Id. con foto del padre/tutor emitido por el Gobierno

___ 7. Libreta de calificaciones actual, si está disponible, transcripción (y **Programa de educación individualizado, Individualized Education Program, IEP**), si corresponde)

ESTA SOLICITUD DEBE SER PRESENTADA EN PERSONA ANTE LA OFICINA DE REGISTRO.

Los estudiantes solo pueden ser registrados por un padre, tutor o trabajador social.

Formulario de registro del Distrito Escolar Extendido de la Ciudad de Newburgh

**Utilice tinta negra para completar este formulario.*

Escuela: _____
N.º de Id.: _____ Verificado por: _____

INFORMACIÓN SOBRE EL ESTUDIANTE

¿El estudiante asistió alguna vez a las escuelas de Newburgh? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Fecha de hoy: _____
---	---------------------

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

Apellido
Nombre
Segundo nombre

Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de nacimiento: _____	Grado: _____
--	-----------------------------------	---------------------

¿El estudiante recibió alguna vez algún servicio de educación especial, un IEP o un Plan 504? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, descríballo: _____	¿Alguno o ambos padres o tutores legales del estudiante prestan servicios activos a tiempo completo en alguna rama de las Fuerzas Armadas en la actualidad? (Las Fuerzas Armadas incluyen la Armada, la Fuerza Naval, la Fuerza Aérea, la Infantería de Marines, la Guardia Costera o la Guardia Nacional a tiempo completo) <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Fecha de ingreso en las Fuerzas Armadas? Mes ____ Día ____ Año ____ ¿Fecha de egreso de las Fuerzas Armadas? Mes ____ Día ____ Año ____
---	--

¿EL ESTUDIANTE ES RESIDENTE DE ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?

La Ciudad de Newburgh
 El Pueblo de Newburgh
 El Pueblo de New Windsor

Dirección particular: _____

Ciudad/Estado
Código postal

Dirección postal (si es diferente de la dirección anterior): _____

Ciudad/Estado
Código postal

EL ESTUDIANTE VIVE CON LAS SIGUIENTES PERSONAS:

ambos padres
 solo la madre
 solo el padre
 la madre y el padrastro
 el padre y la madrastra
 el tutor

padre adoptivo - Indique el nombre de los padres adoptivos _____
 Nombre y número de teléfono del trabajador social _____

Nombre de la vivienda colectiva O la dirección de otra residencia impuesta por el tribunal y el número de teléfono _____

Nombre y número de teléfono del trabajador social _____

Usted

Otro (explique) _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____		FECHA DE NACIMIENTO _____		N.º DE ID. _____	
PADRE/TUTOR/INFORMACIÓN					
¿Hay litigios actuales o pendientes por custodia/tutela u otras órdenes judiciales? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
En caso afirmativo, especifique y presente una copia: _____					
MADRE BIOLÓGICA		Vive en la casa con el estudiante: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Nombre: _____					
Dirección (si es diferente a la del estudiante): _____					
Dirección anterior: _____					
Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____					
PADRE BIOLÓGICO		Vive en la casa con el estudiante: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Nombre: _____					
Dirección (si es diferente a la del estudiante): _____					
Dirección anterior: _____					
Teléfono particular: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono del trabajo: _____ Correo electrónico: _____					
CIRCUNSTANCIAS ESPECIALES EN EL HOGAR: (Complete en caso de padre soltero, tutor, padre adoptivo u hogar de crianza)					
Si los padres están separados o divorciados, el otro padre tendrá derecho a visitar al estudiante en la escuela y a acceder a los expedientes escolares, a menos que un documento legal indique lo contrario. Indique toda restricción en el espacio a continuación y presente una copia del documento legal, si corresponde. Las restricciones no se implementarán si no se envía el documento legal válido.					
El encargado de la custodia legal del menor es _____ ¿Existe algún acuerdo de custodia? _____					
Enumere las restricciones que tiene el otro padre con respect al menor _____					
Indique el tipo y la fecha del documento legal brindado _____					
Nombre(s) del					
tutor _____					
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Ciudad _____ Estado _____					
N.º de teléfono particular _____ N.º de teléfono celular _____ N.º de teléfono del trabajo _____					
En caso de tratarse de un hogar de crianza, debe completar la siguiente información y presentar el formulario DSS-2999.					
Nombre del/de los padre(s) adoptivo(s) _____					
Nombre del hogar de crianza _____ N.º de código del hogar de crianza _____					
Dirección del hogar de crianza _____ Tipo de hogar de crianza _____					
Trabajador social o asistente social _____ N.º de teléfono _____					
N.º de caso en el DSS _____ N.º de CIN _____ N.º de CB _____					
Fecha de ingreso del menor en la ubicación actual _____ Fecha de la ubicación anterior _____					
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA - Persona(s) para contactar en caso de emergencia (indicar nombres y números locales)					
Nombre: _____		Relación con el menor: _____			
Dirección: _____		Teléfono: _____			
Nombre: _____		Relación con el menor: _____			
Dirección: _____		Teléfono: _____			
A continuación, indique los nombres legales completos de los niños que conviven con usted y sobre los que tiene responsabilidad legal:					
Nombre: _____		Relación con el estudiante _____		Fecha de nacimiento: _____	
Nombre: _____		Relación con el estudiante _____		Fecha de nacimiento: _____	
Nombre: _____		Relación con el estudiante _____		Fecha de nacimiento: _____	
Certifico que, hasta el día de la fecha, la información proporcionada anteriormente es verdadera y exacta.					
NOMBRE DEL PADRE/TUTOR EN LETRA DE IMPRENTA: _____			FIRMA DEL PADRE/TUTOR: _____		
RELACIÓN CON EL ESTUDIANTE: _____			FECHA: _____		

INVENTARIO DE SALUD MODIFICADO

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:	FECHA DE NACIMIENTO:	N.º de Id.:
GRADO:	Sexo: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
¿El niño tiene algún tipo de preocupación de índole física o emocional, alergias o afecciones que debamos saber?		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO *En caso afirmativo, explique: _____		
¿El niño toma actualmente algún medicamento?		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO *En caso afirmativo, explique: _____		
¿El niño tiene problemas en la visión, la audición o el habla?		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO *En caso afirmativo, explique: _____		
¿El niño tiene alguna discapacidad que requiera servicios de educación especial?		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO *En caso afirmativo, explique: _____		
¿Existe alguna situación o preocupación especial en su familia que pueda afectar el comportamiento o las necesidades de aprendizaje del menor?		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO *En caso afirmativo, explique: _____		

EXÁMENES FÍSICOS

For School Use Only			
Immunizations – Complete/copy attached	<input type="checkbox"/>		
Immunizations - Incomplete/student lacking:	<input type="checkbox"/> OPV / IPV	<input type="checkbox"/> MMR	<input type="checkbox"/> DTP / DTap
	<input type="checkbox"/> Varicella	<input type="checkbox"/> Menactra	<input type="checkbox"/> Pertussis
	<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> TD
			<input type="checkbox"/> Hep B
			<input type="checkbox"/> Pneumovax

Marque una de las siguientes opciones:

- El proveedor de atención médica privado de mi hijo realizará el examen físico. Devolveré el formulario completo del examen físico a la oficina de salud de la escuela antes de los 30 días posteriores al comienzo de las clases o entregaré el nombre del médico y la fecha verificable de la consulta médica a la oficina de salud.
- Elijo que el examen físico de mi hijo se realice en la escuela y, mediante mi firma a continuación, otorgo el permiso para que el médico o el enfermero de la escuela complete el examen. Comprendo que este examen será programado a partir del 1.º de octubre o en una fecha posterior, y que recibiré una notificación con la fecha al menos dos semanas antes del examen físico programado.
 - ESTARÉ presente en el examen físico de mi hijo.
 - NO ESTARÉ presente en el examen físico de mi hijo.

Certifico que la información anterior es correcta.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

******* EL PRESENTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO DESPUÉS DE LA INSCRIPCIÓN*******

Información requerida por el Estado

Todos los estudiantes de entre 5 y 21 años de edad tienen derecho a la educación pública gratuita. Los niños no podrán ser rechazados por su raza, color, credo, nacionalidad, sexo/género, ciudadanía, discapacidad o situación migratoria.

IDENTIFICACIÓN RACIAL Y ÉTNICA DEL ESTUDIANTE

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____ **N.º DE ID.** _____

Identificación racial Y étnica del estudiante: responda las preguntas 1 y 2. Lea las preguntas antes de responder. Marque con "X" la casilla que mejor describe a su hijo.

1. ¿El estudiante es de origen hispano o latino? (Origen hispano, latino o español significa una persona cubana, mexicana, puertorriqueña, de América Central o Sudamérica o de otra cultura u origen español, independientemente de la raza).

ES HISPANO **NO ES HISPANO**

2. ¿A qué raza pertenece el estudiante?

Seleccione UNA O MÁS razas de los cinco grupos raciales a continuación. Marque con "X" la casilla que mejor describe a su hijo.

Debe marcar al menos una de las casillas con fines de registros demográficos del estado.

- INDÍGENA AMERICANO O NATIVO DE ALASKA:** una persona con orígenes en uno de los pueblos originarios de América del Norte y América del Sur (incluida América Central), y que mantiene lazos o apego comunitario con la tribu.
- ASIÁTICO:** una persona con orígenes en uno de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste asiático o el subcontinente indio (entre los que se incluyen, por ejemplo: Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam).
- NATIVO DE HAWÁI O DE OTRA ISLA DEL PACÍFICO:** una persona con orígenes en uno de los pueblos originarios de Hawái, Guam, Samoa y otras islas del Pacífico.
- NEGRO O AFROAMERICANO:** una persona con orígenes en uno de los grupos raciales negros africanos.
- BLANCO:** una persona con orígenes en uno de los pueblos originarios de Europa, Sudáfrica o el Medio Oriente.

¿Cuál es el idioma principal del padre/tutor que habla en el hogar? _____

¿Cuál es el idioma principal del estudiante que habla en el hogar? _____

Parent/Legal Guardian (*Padre/Madre/Tutor Legal*)

Date (*fecha*)



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

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 de Idioma del Hogar ("HLO" por sus siglas en inglés)

Estimados padres o tutores:

Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
Mes	Día	Año
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

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

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
NEWBURGH ENLARGED CITY SCHOOL DISTRICT 124 GRAND STREET NEWBURGH, NEW YORK 12550	
<i>District Name (Number) & School</i>	<i>Address</i>

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLO) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Sí* No No se sabe

* En caso afirmativo, por favor explique : _____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? Poca gravedad Algo grave Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? No Sí* * Por favor, llene 10b.

10b. *Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación... ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

No Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) 3 a 5 años (Educación Especial) 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? No Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?

(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

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

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

_____ *Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal* *Date*

Relación con el estudiante: Madre Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: No Yes

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

_____ MO. DAY YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

- ADMINISTER NYSITELL
 ENGLISH PROFICIENT
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

_____ MO. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

- ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:



Lisette Colon-Collins, Assistant Commissioner
Office of Bilingual Education and World Languages

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 de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)

Estimados padres o tutores:

Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas. Gracias.

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

CÓDIGO DEL
IDIOMA DEL HOGAR

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

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

TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

NEWBURGH ENLARGED CITY SCHOOL DISTRICT 124 GRAND STREET
NEWBURGH, NEW YORK 12550

District Name (Number) & School

Address

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT
INFORMATION SYSTEM:

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLO) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Sí* No No se sabe

* En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? Poca gravedad Algo grave Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? No Sí* * Por favor, llene 10b.

10b. *Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

No Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) 3 a 5 años (Educación Especial) 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? No Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?

(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

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

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal *Date*

Relación con el estudiante: Madre Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: No Yes

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

MO. DAY YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

- ADMINISTER NYSITELL
 ENGLISH PROFICIENT
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

MO. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

- ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION: