

**Lista de verificación para la Escuela 12 Pre Kindergarten
Solicitantes de inscripción**

¡Bienvenidos a las escuelas de Troy!

Atención padre/tutor: Su hijo/a debe tener 4 años para el 1 de diciembre de 2023 para el año escolar 2023-2024.

Por favor, complete un formulario de inscripción para cada niño que esté registrando. Una vez que haya completado el formulario de inscripción, por favor traiga el formulario de inscripción y los documentos requeridos, a continuación, al Departamento de Registro Central (Central Registration Department)

Un padre o tutor debe estar presente con una identificación con foto en la Oficina Central de Registro en School 12, 475 First Street

Horario de inscripción central: 7:30 am a 3:00 pm durante el año escolar. El horario de verano y de vacaciones escolares es de 7:00 am a 2:00 pm.

Lista de verificación de documentos requeridos:

- (1) Certificado de salud firmado por un médico
- (2) Registro de vacunas actualizado
- (3) Certificado de nacimiento
- (4) Comprobante de residencia (declaración de hipoteca, contrato de alquiler, factura de electricidad dentro de los 30 días o formulario de residencia del distrito; todos deben incluir el nombre del padre/tutor)
- (5) Identificación con foto del padre/tutor
- (6) Certificado Dental (opcional)

Regulaciones de Nueva York. De acuerdo con las Regulaciones de Prekindergarten revisadas del estado de Nueva York 151-2.6 Requisitos de admisión para niños:

Ningún niño puede participar en el programa de Prekindergarten a menos que:

- (1) Se presente un informe de un examen médico del niño firmado por un médico dentro de los 30 días de la admisión que establezca que el niño está libre de enfermedades contagiosas o transmisibles.
- (2) El niño ha sido inmunizado en la medida apropiada a su edad de acuerdo con la Sección 2164 de la Ley de Salud Pública; o se le ha concedido una exención de dicha inmunización.

Nota: El prekínder universal depende de la financiación de la subvención del Departamento de Educación del Estado de Nueva York para el año escolar 2023-2024. La cantidad de fondos recibidos determina la cantidad de espacios para Pre Kindergarten.

¿Preguntas? Comuníquese con la oficina de Pre Kinder al (518) 328-5012 o Registro al (518) 328-5007 Fax: (518) 271-5445 Correo electrónico: reg@troycsd.org

Intérprete en español: Loreley 518-416-6343

ESCUELAS DE TROY

Escuelas de PreKindergarten

School 2 - 470 Tenth Street
School 12 - 475 First Street
School 14 - 1700 Tibbits Avenue
School 16 - 40 Collins Avenue (Ubicada en School 12 por el año 2023-2024)
Sacred Heart - 308 Spring Avenue
CEO - UTC - 2331 5th Ave
Sunnyside - 9th and Ingalls Avenue

FORMULARIO DE REGISTRO DEL ESTUDIANTE

STUDENT REGISTRATION FORM

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

_____/_____/_____
Nombre (First) Segundo Nombre (Middle) Apellido (Last)

Apellido del padre/tutor con quien vive el estudiante: _____
(Last Name of Parent/Guardian with whom student is living)

Dirección (Address):

_____/_____/_____
Calle Apt/Piso Ciudad NY Código postal

Número de teléfono del hogar: _____ ¿Es este un teléfono celular?: ☐ Sí ☐ No
(Household Phone Number) (Is this a cell phone)

¿Qué idioma se habla en el hogar del estudiante: _____ ¿Se necesitan servicios de traducción?: ☐ Sí ☐ No
(What language is spoken in the student's home) Are translation services needed

Etnia: ¿El estudiante es hispano, latino o de origen español? ☐ Sí, hispano ☐ No, no hispano
(Ethnicity: Is the student Hispanic, Latino, or of Spanish origin?)

Raza: seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales
(Race: Select one or more races from the following five racial groups)

☐ Negro ☐ Blanco ☐ Asiático ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
Black White Asian American Indian or Alaska Native Native Hawaiian or other Pacific Islander

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario
Gender Male Female Non Binary

¿Qué idioma habla y comprende más el estudiante?: _____
(What language does the student speak and understand the most)

Fecha de nacimiento: ____/____/_____
(Date of birth)

Lugar de nacimiento: _____
(Place of birth) Ciudad (City) Estado (State) País (Country)

¿Ha asistido el estudiante anteriormente a una escuela en Troy? ☐ Sí ☐ No
(Has the student previously attended a school in Troy)

Si es así, a qué escuela (If yes, what school) _____

Grado (Registering for Grade): _____

¿Ha asistido a la escuela de los estudiantes en los EE.UU.? (Has the student attended school in the USA):

▲ Sí ▲ No En caso afirmativo, número de años de matriculación en escuelas de EE.UU.: _____

Yes No (If yes, number of years enrolled in US schools)

¿Tiene el estudiante un padre / tutor en servicio activo en las Fuerzas Armadas? ▲ Sí ▲ No
Does the student have a parent/guardian on active duty in the Armed Forces?)

Solo para uso de oficina - POR FAVOR NO LLENAR

☐ NCLB ☐ SP ☐ Summer Serv

Date: ____/____/____

ID: _____ Home School: _____ School Enrolled: _____

Documents provided to the district:

☐ Photo ID

☐ Proof of Residency

☐ National Grid Bill

☐ Lease

☐ Notarized Landlord Letter

ID

☐ Mortgage Statement

☐ Other _____

☐ MCKINNEY-VENTO

☐ Birth Certificate ☐ Passport

☐ Court Papers

☐ DSS 299-District _____

☐ Custody

▲ Parent/Custodial Affidavits

☐ Adoption

Enrollment Exceptions:

School Choice Opt In

☐ Wynantskill student ☐ Permission Rcvd

☐ N. Greenbush student ☐ Permission Rcvd

☐ Employee's child – District _____ ☐ Emp

☐ Foreign Exchange

☐ Tuition Paying – District _____

☐ Lunch Form Completed

☐ Network Form

☐ Immunization

☐ 14 Day Letter

☐ Religious Exemption

☐ Physical

☐ Dental certificate

Información del padre / tutor (Parent/Guardian Information)

Madre/tutora (Mother/ Guardian) :

_____/_____/_____
Nombre Inicial del segundo nombre Apellido

Parentesco con el niño (Relationship to child) ☐ Madre (Mother) ☐ Madrastra (stepmother) ☐ Tutora legal (legal guardian) ☐ Madre de crianza/sustituto (foster parent) ☐ Otro _____

Reside en el hogar ☐ Sí ☐ No Madre con custodia ☐ Sí ☐ No Recibirá correspondencia ☐ Sí ☐ No
(Resides at home) (Custodial parent) (Can receive correspondence)

Dirección postal si es diferente a la anterior (Mailing Address if different from above):

_____/_____/_____
Calle Apt / Piso Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa (Home Phone): (_____) _____

Teléfono del trabajo (Work Phone): (_____) _____

Teléfono celular (Cell Phone): (_____) _____

Dirección de correo electrónico (email): _____

Prioridad de llamada telefónica (Call priority) (1-3):

Casa (Home)_____ Trabajo (Work)_____ Celular (Cell) _____

Padre/Tutor (Father/Guardian):

_____/_____/_____
Nombre Inicial del Segundo Nombre Apellido

Parentesco con el niño (Relationship to child): ☐ Padre (father) ☐ Padrastro (stepfather) ☐ Tutor legal (legal guardian) ☐ Padre sustituto (foster parent) ☐ Otro _____

Reside en el hogar ☐ Sí ☐ No Padre con custodia ☐ Sí ☐ No Recibirá correspondencia ☐ Sí ☐ No
(Resides at home) (Custodial parent) (Can receive correspondence)

Dirección postal si es diferente a la anterior (Mailing Address if different from above):

_____/_____/_____
Calle Apt / Piso Ciudad Estado Código postal

Teléfono de casa (Home Phone): (_____) _____

Teléfono del trabajo (Work Phone): (_____) _____

Teléfono celular (Cell Phone): (_____) _____

Dirección de correo electrónico (email): _____

Prioridad de llamada telefónica (Call priority) (1-3):

Casa (Home)_____ Trabajo (Work)_____ Celular (Cell) _____

Otros niños que viven en el Hogar: incluya a los niños que no están en edad escolar
(Other Children Living in the Household – Please include children not of school age)

Nombre (Name): _____

Fecha de nacimiento (DOB): ____ / ____ / ____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
(Gender) (Male) (Female)

Registrante anterior ☐ Sí ☐ No
(Past registrant)

Nombre (Name): _____

Fecha de nacimiento (DOB): ____ / ____ / ____

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino
(Gender) (Male) (Female)

Registrante anterior ☐ Sí ☐ No
(Past registrant)

Por favor enumere los nombres de CUALQUIER y TODAS las personas que el Distrito Escolar de la Ciudad de Troy tiene permitido contactar o entregar a su hijo en caso de una emergencia, incluyendo enfermedad, lesión grave, salida anticipada de la escuela o una emergencia de evacuación.
(Please list the names of ANY and ALL persons Troy City School District is allowed to contact or release your child to in case of an emergency, including illness, serious injury, early dismissal of school or an evacuation emergency.)

Contacto de emergencia 1 (Emergency contact 1):

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
(Name) (Relationship to student) ***Aparte del padre / tutor***

Teléfono de la casa (home phone): (____) _____

Teléfono del trabajo (work phone): (____) _____ Teléfono celular (cell phone): (____) _____

Dirección (Address): _____

Contacto de emergencia 2 (Emergency contact 2):

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
(Name) (Relationship to student) ***Aparte del padre / tutor***

Teléfono de la casa (home phone): (____) _____

Teléfono del trabajo (work phone): (____) _____ Teléfono celular (cell phone): (____) _____

Dirección (Address): _____

Contacto de emergencia 3 (Emergency contact 3):

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____
(Name) (Relationship to student) ***Aparte del padre / tutor***

Teléfono de la casa (home phone): (____) _____

Teléfono del trabajo (work phone): (____) _____

Teléfono celular (cell phone): (____) _____

Dirección (Address): _____

Información legal (si corresponde)
Legal Information (If Applicable)

Si los padres están divorciados o separados, ¿hay un documento de custodia aprobado por la corte?
If parents are divorced or separated, is there a court approved custody document? ☐ Sí ☐ No

¿Quién conserva la custodia legal? _____
(Who retains legal custody?)

Relación con el niño (Relationship to child) _____

Si es conjunto, ¿quién tiene la custodia residencial (física primaria)? _____
If joint, who has residential (primary physical) custody?

☐ Documento de tutela legal proporcionado
(Legal guardianship document provided)

¿Está el estudiante bajo el cuidado de un tutor que no sea su madre o su padre?
(Is the student in the care of a guardian(s) other than his/her mother or father?)

☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, nombre del tutor legal (name of legal guardian) _____
Relación con el niño (relationship to child) _____

¿Está el estudiante en cuidado de crianza/sustituto? Is the student in foster care? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione una copia de la orden de colocación (DSS-2999)

Servicios adicionales (si corresponde)
Additional Services (If Applicable)

Servicios de educación especial (Special Education Services)

¿El estudiante tiene actualmente un IEP (Plan de educación individualizado)? ☐ Sí ☐ No
Does the student currently have an IEP (Individualized Education Plan)

¿Su hijo recibe alguno de los siguientes tipos de servicios?

Does your child receive any of the following type of services?

- ☐ Maestro consultor (Consultant Teacher) ☐ Salón de clases autónomo (Self-Contained Classroom)
- ☐ Salón de recursos (Resource Room)
- ☐ Clase fuera del distrito (BOCES o QUESTAR) Out of District Class (BOCES or QUESTAR)
- ☐ Sí ☐ No

Servicios relacionados (Related Services)

- ☐ Terapia del habla y del lenguaje (Speech and Language Therapy)
- ☐ Terapia ocupacional (Occupational Therapy)
- ☐ Terapia física (Physical Therapy)
- ☐ Consejería (Counseling)
- ☐ Otro, por favor describa (Other, please describe) _____

Servicios de intervención académica (AIS) Academic Intervention Services (AIS/Remedial)

⬆ Matemáticas ⬆ Artes del lenguaje inglés ⬆ Ciencias naturales ⬆ Ciencias sociales
Math ELA Science Social Studies

Otros servicios (Other Services)

- ⬆ Plan 504 (504 Plan)
- ⬆ Inglés como nuevo idioma (ENL) En caso afirmativo, ¿cuántos años de servicio? _____
English as a New Language (ENL) If yes, how many years of service?
- ⬆ Otro (other) _____

Si su hijo requiere educación especial o servicios de inglés como nuevo idioma, es posible que no asista a la escuela que le corresponde. Si es posible, ¿desea que los hermanos asistan a la misma escuela?

⬆ SÍ ⬆ NO

(If your child requires special education or English as a new language services, he or she may not be attending their home school. If it is feasible, do you wish for siblings to attend the same school?)

SI SE INSCRIBE PARA PREK -¿Su hijo recibirá o recibirá servicio de verano este año? ⬆ Sí ⬆ No

(IF REGISTERING FOR PREK -Is or will your child be receiving Summer Service this year)

Otra información

¿Se ha mudado la familia en los últimos 3 años para obtener un empleo migratorio? ⬆ Sí ⬆ No
(Has the family moved within the past 3 years to obtain migratory employment?)

*En caso afirmativo, complete el Formulario de Educación Migrante que se encuentra al final del paquete.

Declaración de los padres: (Parent Statement)

Certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Cualquier información errónea con respecto a la residencia puede resultar en una factura para cubrir el costo de la instrucción y/o la exclusión de asistir al Distrito Escolar de la Ciudad de Troy.

(I certify that the above information is true and correct. Any misinformation regarding residency may result in being billed to cover the cost of instruction and/or exclusion from attending the Troy City School District.)

Firma del padre o tutor X _____ Fecha _____

Todos los documentos deben ser devueltos a:
Troy City School District Central Registration Office
School 12 475 First St., Troy, NY 12180
Phone: (518) 328-5007 Fax: (518) 328-5061

Formulario de registro del estudiante de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

STUDENT REGISTRATION FORM

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

Expectativas de asistencia

Attendance Expectations

ACEPTO SEGUIR LAS EXPECTATIVAS DE ASISTENCIA
DEL PROGRAMA DE PREKINDERGARTEN UNIVERSAL DEL DISTRITO ESCOLAR
DE LA CIUDAD DE TROY

- Mi hijo asistirá a la escuela todos los días que Prekindergarten esté en sesión a menos que esté enfermo.
- Si mi hijo no asiste y no está enfermo, entiendo que mi hijo puede ser excluido del programa.
- Enviaré una excusa por escrito cada día que mi hijo esté ausente.
- Si puedo, llamaré a la escuela/centro de Prekindergarten para notificar a la escuela que mi hijo estará ausente.
- Mi hijo estará en la escuela y será recogido a tiempo todos los días y se quedará durante todo el programa de Pre Kínder. Registraré la entrada y salida de mi hijo todos los días del programa. Entiendo que mi hijo puede ser excluido del programa si no se cumplen las pautas.
- Dejaré a mi hijo al comienzo del programa y lo recogeré al final del programa. Entiendo que es importante que mi hijo esté presente durante todo el día y, si no cumple, mi hijo puede ser excluido del programa.
- Entiendo que es mi responsabilidad asegurarme de dar al maestro de Pre K y al personal los números de teléfono actualizados.
- Entiendo que si me mudo fuera del área del Distrito Escolar de la Ciudad de Troy, mi hijo ya no podrá asistir al programa Prekindergarten. También notificaré al distrito que mi hijo se ha mudado.

X _____
Firma del padre / tutor

Fecha

Prekindergarten Student Registration Form
TROY CITY SCHOOL DISTRICT

SITIOS DEL PROGRAMA DE PRE KINDERGARTEN
PREKINDERGARTEN PROGRAM SITES

Los siguientes sitios tienen programas de Prekindergarten en conjunto con el Distrito Escolar de Troy

1. School # 2 470 Tenth Street	7:30 - 2:00	Colaboración con Head Start Se requiere matrícula adicional Los padres proveen el transporte
2. School # 12 475 First Street	7:50-2:00	Colaboración con Head Start Se requiere matrícula adicional Los padres proveen el transporte
2. School # 12 475 First Street	7:30-1:00	Los padres proveen el transporte
3. School # 14	8:15-1:30	Los padres proveen el transporte
4. CEO Fifth Avenue	8:00-2:00	Colaboración con Head Start Se requiere matrícula adicional Los padres proveen el transporte
5. Sacred Heart 308 Spring Avenue	8:00 - 1:00	Los padres proveen el transporte Opción de cuidado antes y después de la escuela Se requiere uniforme
6. School # 16 40 Collins Ave (en School 12 por el año escolar 2023-2024)	7:30 - 1:00	Los padres proveen el transporte
7. Sunnyside Day Care Center 9th and Ingalls Avenue	8:00 - 1:00	Los padres proveen el transporte Opción de cuidado antes y después de la escuela

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

FORMULARIO DE SOLICITUD DE SITIO - SITE REQUEST FORM

Nombre del niño: _____
Child's Name

Criterios de aceptación:

- El niño debe residir dentro del distrito escolar de la ciudad de Troy.
- El niño debe tener 3 años de edad en o antes del 1 de diciembre del año escolar para el que se están inscribiendo.

A continuación se muestra una lista de nombres y direcciones de los proveedores de Pre K para niños de tres años dentro del Distrito Escolar de la Ciudad de Troy. Se enumeran las horas de funcionamiento y las opciones que tiene el programa.

Por favor, clasifique las opciones de sitio de su programa a continuación.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Selección aleatoria

El estado de Nueva York requiere la selección aleatoria de todos los programas de Pre Kindergarten Universal. Las solicitudes se seleccionarán al azar para llenar las aulas de Pre Kinder disponibles. Se le notificará por correo de la ubicación de su hijo. Haremos todo lo posible por nuestra parte para otorgarle su preferencia de Prekindergarten.

Cuidado de niños adicional

El cuidado de niños de antes y después de la escuela es una opción en algunos sitios de pre kínder. Esto significa que un padre puede tener la opción de cuidado de niños antes y/o después del día de Pre Kinder. Sin embargo, el costo asociado con el cuidado de niños adicional es responsabilidad del padre o tutor.

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

PERFIL DEL NIÑO

CHILD PROFILE

Nombre del niño _____

Child's name

Idioma(s) que se hablan en el hogar _____

Language(s) spoken in the home

¿Actualmente su hijo asiste a?:

guardería _____ escuela guardería _____ o Head Start _____
daycare nursery school Head Start

¿Tiene su hijo algún problema de salud especial que debemos conocer?

Does your child have any special health challenges we should know about?

¿Tiene su hijo alguna necesidad dietética religiosa?

Does your child have any religious dietary needs?

Nombre de la madre _____ Edad _____ Nivel de educación _____

Mother's name

Age

Education

Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Phone

Home

Cell

Work

Nombre del padre _____ Edad _____ Nivel de educación _____

Father's name

Age

Education

Teléfono: Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Phone

Home

Cell

Work

Nombre de la niñera/guardería _____
Sitter's/Day Care Name

Dirección _____
Address

Teléfono _____
Phone

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

ENTREGA DEL ESTUDIANTE CHILD RELEASE FORM

Indique los nombres de las personas que pueden recoger a su hijo a la hora de salida si no puede hacerlo usted mismo. No le entregaremos su hijo a ninguna persona no autorizada. A las personas que recojan a su hijo se les puede pedir que muestren una identificación.

Por la presente le doy al personal de _____ Pre K

(nombre de la escuela)

permiso para entregar a mi hijo _____ a la(s) siguiente(s)

(nombre del niño)

persona(s).

X _____

Firma del padre

Fecha

Escriba en letra de imprenta los nombres de las personas autorizadas:

Nombre

Número de teléfono

Relación con el niño

Name

Phone Number

Relationship to child

		Padre/Madre (parent)
		Padre/Madre (parent)

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

PERMISO DE VIAJE A PIE WALKING TRIP PERMISSION SLIP

Deseo que mi hijo _____ vaya con el Prekindergarten en
(nombre del niño)
todos los viajes a pie que la clase puede realizar desde septiembre del 20_____ hasta
junio del 20_____.

Seré responsable de sus acciones mientras la clase esté haciendo el viaje.

X _____

Firma del padre

Fecha

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

Consentimiento de los padres para divulgar información

Formulario de autorización médica

Parent Consent to Release Information

Medical Authorization Form

A quien corresponda:

Con respecto a mi (Hijo/Hija): _____

Yo, _____, por la presente autorizo a cualquier médico o enfermera que ha asistido, examinado o tratado a mi hijo para proporcionar a sus maestros o personal pertinente con quien (él / ella) tiene contacto diario, con toda la información que pueda ser necesaria con respecto a (su) condición física pasada o presente y el tratamiento brindado, por lo tanto, para asegurar que dicho personal escolar tenga pleno conocimiento de su condición y para salvaguardar su salud y seguridad.

Fecha

X

Firma del padre / tutor

Nombre en letra imprenta

**TROY CITY SCHOOL DISTRICT
DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY**

SCHOOL HEALTH SERVICES

SERVICIOS ESCOLARES DE SALUD

Entering Date _____	Grade _____	School _____	Sex _____
Fecha de entrada _____	Grado _____	Escuela _____	Sexo _____
Student Name _____		Address _____	
Nombre del estudiante _____		Dirección _____	

DOB _____	Place of Birth _____
Fecha de nacimiento _____	Lugar de nacimiento _____

Last	First
------	-------

Mother's Name _____	Address (if different) _____
Nombre de la madre: Apellido Nombre	Dirección (si es diferente) _____

Home Phone: _____	Cell Phone: _____
Teléfono de casa _____	Teléfono celular _____

Place of Employment _____	Phone _____
Lugar de empleo _____	Teléfono _____

Father's Name _____	Address (if different) _____
Nombre del padre _____	Dirección (si es diferente) _____

Home Phone: _____	Cell Phone: _____
Teléfono de casa _____	Teléfono celular _____

Place of Employment _____	Phone _____
Lugar de empleo _____	Teléfono _____

Guardian/Step Parent Name _____	Address (if different) _____
Nombre del tutor/padrastro _____	Dirección (si es diferente) _____

Home Phone: _____	Cell Phone: _____
Teléfono de casa _____	Teléfono celular _____

Place of Employment _____	Phone _____
Lugar de empleo _____	Teléfono _____

The answers to the questions on this form will be held in the School Health Office and will be kept confidential.
Las respuestas de estas preguntas en el formulario se quedarán en la Oficina de Salud y serán confidenciales.

Has your child ever had the following? Please explain with date of onset, any “yes” answers.

¿Su hijo/a ha tenido alguna de las siguientes cosas? Por favor explique con la fecha si alguna respuesta es “sí”

¿Su hijo ha tenido alguna vez lo siguiente?	No	Sí	Explique con fecha / medicamento	¿Su hijo ha tenido alguna vez lo siguiente?	No	Sí	Explique con fecha / medicación
ALLERGIES ALERGIAS				Anemia/Bleeding Disorder Anemia/Trastorno hemorrágico			
Food Alimentos				Sickle Cell Células falciformes			
Bees Abejas				Chronic Ear Infections Infecciones crónicas del oído			
Environmental Ambiental				Hearing Loss Pérdida auditiva			
Medications Medicamentos				Hearing Aid Audífono			
Eczema				Speech Concerns Problemas del habla			
Asthma Asma				Vision Problems (Glasses, Contacts) Problemas de visión (anteojos, lentes de contacto)			
ADHD/ADD				Loss of Vision Pérdida de la visión			
Behavior concerns Problemas de comportamiento/ conducta				Bladder/Kidney Condition Vejiga/riñón			
Diabetes							

				Absence Kidney Ausencia de Riñón			
Seizure disorder (Epilepsy) Trastorno de convulsiones (Epilepsia)				Absence of Testicle Ausencia de testículo			
Heart Murmur Soplo Cardíaco				Arthritis Artritis			
Cardiac Condition/Surgery Condición cardíaca / Cirugía				Fractures Fracturas			
High/Low Blood Pressure Presión arterial alta/baja				Scoliosis Escoliosis			
Fainting During Exercise Desmayos durante el ejercicio				Chicken Pox/Date Varicela / Fecha			
Head Injury Lesión en la cabeza				Surgery (Tonsils, Hernia) Cirugía (amígdalas, hernia)			
Migraine Headaches Dolores de cabeza por migraña				Under Current Medical Care Bajo atención médica actualmente			

List any special medical problems or serious injuries or gym restrictions
Enumere cualquier problema médico especial o lesiones graves o restricciones en el gimnasio

Parent/Guardian Signature (Firma del padre / tutor) _____

Date (Fecha) _____

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

☐ Masculino
☐ Femenino

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?

☐ Inglés ☐ Otro

especifique

2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?

☐ Inglés ☐ Otro

especifique

3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?

☐ Madre ☐ Padre
☐ Tutor(es)

especifique

especifique

especifique

4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?

☐ Inglés ☐ Otro

especifique

5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?

☐ Inglés ☐ Otro ☐ No sabe hablar

especifique

6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?

☐ Inglés ☐ Otro ☐ No sabe leer

especifique

7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?

☐ Inglés ☐ Otro ☐ No sabe escribir

especifique

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

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

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

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

<i>Historial Educativo</i>
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. SI* ☐ 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. <u>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación.</u> ¿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)? <i>(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)</i>
12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

ENCUESTA DEL HOGAR

HOUSEHOLD SURVEY

Número de personas que viven en el hogar _____

Number of people living in the household

Hogar monoparental _____ sí _____ no

Single Parent Household

Hijo adoptivo temporal _____ sí _____ no

Foster Child

Hogar que no habla inglés _____ sí _____ no

Non-English Speaking Household

Vivienda temporal _____ sí _____ no

Temporary Housing

Padre/tutor que trabaja _____ sí _____ no

Parent/Guardian Working

En caso afirmativo, ubicación y horas de trabajo:

If yes, location and hours of work:

Padre/tutor #1 _____

Padre/tutor #2 _____

Padre/tutor estudia _____ Sí _____ No

Parent/Guardian attending school

Padre/tutor recibe beneficios de desempleo _____ Sí _____ No

Parent/Guardian on Unemployment

¿Su niño está cubierto por Medicaid? _____ Sí _____ No

Is your child covered by Medicaid

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

PRUEBAS DE DESARROLLO DEVELOPMENTAL SCREENINGS

Una agencia fuera del distrito puede ayudar con las evaluaciones del desarrollo para los salones de pre kínder del distrito escolar de la ciudad de Troy. La evaluación es una evaluación informal para identificar posibles retrasos en el desarrollo (habla, motor, educativo y de conducta.) Cada niño es visto individualmente por un maestro, un terapeuta del habla o un terapeuta motor. Si existe alguna inquietud, se puede recomendar una evaluación formal. Firme y coloque la fecha a continuación para que una agencia externa aprobada lo ayude con la evaluación de su hijo.

Nombre del niño: _____

Child's Name

Fecha de nacimiento del niño: _____

Child's date of birth

Género del niño: Masculino o femenino (marque con un círculo)

Child's Gender: Male or Female

Nombre del padre(s): _____

Parent(s) Name

Número de teléfono: _____

Telephone Number

Doy permiso para que mi hijo, _____, reciba una evaluación del desarrollo de un distrito fuera del distrito proveedor.

X _____

Firma del padre o tutor

Parent or Guardian Signature

Fecha

Date

Formulario de inscripción para estudiantes de prekindergarten

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

Prekindergarten Student Registration Form

TROY CITY SCHOOL DISTRICT

Hoja de información Information Sheet

¿Cómo desea que se llame a su hijo en la escuela? _____
What do you want your child to be called at school?

Cumpleaños del niño (M/D/A):

Child's birthday (M/D/Y)

Nombre del padre/tutor: _____
Parent/Guardian Name(s)

Hermanos del niño (esto nos ayudará a deletrear sus nombres en su obra de arte):
Child's Siblings (this will help us spell their names on their artwork):

Mascotas de la familia:

Family Pets

Dirección de correo

electrónico: _____

Email Address

Alergias del niño (por favor incluyen alergias a alimentos, animales u otras):
Child's Allergies (please include food, animal or other allergies):

¿Cuáles son las meriendas favoritas de su hijo?

What are your child's favorite snack foods?

¿Cuáles son los intereses de su hijo?
What are your child's interests?

¿Qué actividades le gusta hacer a su hijo?
What activities does your child like to do?

¿Qué es lo que le disgusta a su hijo (comida, actividades, otros)?
What are your child's dislikes (food, activities, other)?

¿Algo más que le gustaría contarnos sobre su hijo?
Anything else you would like to tell us about your child?

2021-22 School Year

Return form to your school
ONLY IF YOU OBJECT
to your child's photo being
published.

FORMULARIO PARA NO DIVULGAR IMÁGENES DEL ESTUDIANTE DO NOT RELEASE MEDIA FORM

Complete este formulario solo si se OPONE al uso de la fotografía o video de su hijo.

Se pueden usar fotografías y videos de nuestros estudiantes para promover programas y actividades en materiales impresos y en línea.

Escuela _____
School

Grado: _____
Grade

Nombre del niño: _____
Child's Name

Dirección: _____
Address

Firma del padre / tutor: _____
Parent/Guardian Signature

NO PUBLICAR:

☐ NO deseo que la fotografía de mi hijo aparezca en línea en los sitios del Distrito o en el boletín impreso del Distrito.

NO PUBLICAR:

☐ NO deseo que mi hijo sea fotografiado o grabado por una agencia externa (como periódicos o medios de televisión)

SOLO SI SE OPONE a la divulgación de la fotografía de su hijo.

**PÓLIZA DE SEGURIDAD DE INTERNET Y COMPUTACIÓN 4526
NETWORK COMPUTING AND INTERNET SAFETY POLICY 4526**

RECONOCIMIENTO DEL USUARIO

Después de leer la Póliza de seguridad de Internet y computación, imprima y firme su nombre a continuación reconociendo que acepta la Póliza 4526 y sus términos. Se le entregará una copia con su identificación de usuario y contraseña cuando firme.

NOMBRE DEL USUARIO (en letra de imprenta): _____

EDIFICIO/ESCUELA: _____

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO: _____

FIRMA DEL USUARIO: _____

FIRMA DEL PADRE: X _____

FECHA: _____

.....

PRINCIPAL/SUPERVISOR (please print): _____

PHONE NUMBER: _____

PRINCIPAL/SUPERVISOR SIGNATURE: _____

DATE: _____

.....

***PLEASE REMOVE ACKNOWLEDGEMENT PAGE AND
KEEP POLICY PORTION FOR YOUR RECORDS.***

**FACULTY/STAFF: RETURN TO HUMAN RESOURCES
STUDENTS: RETURN TO PRINCIPAL**

BOE Approved 2-1-1

REQUISITO DE EXAMEN FÍSICO **PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENT**

Estimado padre/tutor:

La ley de educación del estado de Nueva York **requiere** que todos los niños que asisten a la escuela en el estado de Nueva York tengan un examen físico en los siguientes niveles de grado: **Pre-K, Kindergarten, 1^{er} grado, 3^{er} grado, 5^{to} grado, 7^o grado, 9^o grado y 11^o grado, y todos los estudiantes nuevos que están entrando en el distrito escolar de la ciudad de Troy.**

Como parte de la educación de su hijo y en reconocimiento de una práctica de salud deseable, sus proveedores de atención médica continúan alentando el examen anual de salud. El examinador que esté familiarizado con el historial médico de su hijo puede realizar un examen físico más completo. Ellos pueden aconsejarle de inmediato sobre cualquier condición que pueda encontrar.

Si su hijo ha tenido un examen físico en el último año o si planea que su hijo sea examinado por su propio médico, haga que el médico complete el Certificado de Salud y lo devuelva a la escuela.

Cuando solicitemos que su hijo tenga un examen físico, también solicitaremos un certificado dental. Hay un certificado de muestra disponible para que lo lleve al dentista de su hijo. Una vez que esté completo, debe devolverse a la enfermera de la escuela, ya que se archivará en el Registro de salud acumulativo de su hijo.

Llame a la oficina de salud de la escuela si tiene alguna pregunta o inquietud.
Gracias por su cooperación en este esfuerzo de salud.

Devuelva el formulario completo a la Oficina de Salud de la escuela de su hijo.

Carroll Hill

Teléfono 328-5720
Fax 274-4587

Pre-K

Teléfono 328-5012
Fax 328-5061

School 2

Teléfono 328-5620
Fax 271-5205

School 14

Teléfono 328-5825
Fax 274-0371

School 16

Teléfono 328-5120
Fax 328-5146

School 18

Teléfono 328-5520
Fax 274-4585

Troy Middle School

Teléfono 328-5323
Fax 271-5175

Troy High School

Teléfono 328-5425
Fax 271-5174

School 12

Teléfono 328-5025
Fax 203-6874

DENTAL HEALTH CERTIFICATE - OPTIONAL

DENTAL CERTIFICADO DE SALUD - OPCIONAL

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request a dental examination in the following grades: school entry, K, 2, 4, 7, & 10. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your dentist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.		
Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print)		
Child's Name: Last First Middle		
Birth Date: / / Month Day Year	Sex: ☐ Male ☐ Female	Will this be your child's first visit to a dentist? ☐ Yes ☐ No
School Name:		Grade
Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities? ☐ Yes ☐ No		
I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health. I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.		
Parent's Signature		Date
Section 2. To be completed by the Dentist		
I. The Dental Health condition of _____ on _____ (date of exam) The date of the exam needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:		
☐ Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.		
☐ No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.		
NOTE: Not in fit condition of dental health means that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.		
Dentist's name and address (please print or stamp) Dentist's Signature		
Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.		
II. Oral Health Status (check all that apply).		
Yes ☐ No ☐ Caries Experience/Restoration History – Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].		
☐ Yes ☐ No Untreated Caries – Does this child have an open cavity? [At least ½ mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].		
☐ Yes ☐ No Dental Sealants Present		
Other problems (Specify): _____		
III. Treatment Needs (check all that apply)		
☐ No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.		
☐ May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.		
☐ Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.		

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR IF AN AREA IS NOT ASSESSED INDICATE NOT DONE					
Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).					
STUDENT INFORMATION					
Name				Sex: ☐ M ☐ F	
School:				DOB:	
				Grade:	
				Exam Date:	
HEALTH HISTORY					
Allergies ☐ No ☐ Yes, indicate type		Type: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached			
Asthma ☐ No ☐ Yes, indicate type		☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other : ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached			
Seizures ☐ No ☐ Yes, indicate type		Type: Date of last seizure: ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached			
Diabetes ☐ No ☐ Yes, indicate type		Type: ☐ 1 ☐ 2 ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached			
Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: <i>Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.</i>					
BMI _____ kg/m2					
Percentile (Weight Status Category): ☐ <5 th ☐ 5 th -49 th ☐ 50 th -84 th ☐ 85 th -94 th ☐ 95 th -98 th ☐ 99 th and>					
Hyperlipidemia: ☐ No ☐ Yes ☐ Not Done Hypertension: ☐ No ☐ Yes ☐ Not Done					
PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT					
Height:		Weight:		BP:	
				Pulse:	
				Respirations:	
Laboratory Testing		Positive Negative		Date	
TB- PRN		☐		☐	
Sickle Cell Screen-PRN		☐		☐	
Lead Level Required Grades Pre- K & K				Date	
☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥ 5 µg/dL					
☐ System Review and Abnormal Findings Listed Below					
☐ HEENT		☐ Lymph nodes		☐ Abdomen	
☐ Dental		☐ Cardiovascular		☐ Extremities	
☐ Neck		☐ Lungs		☐ Skin	
		☐ Genitourinary		☐ Neurological	
				☐ Speech	
				☐ Social Emotional	
				☐ Musculoskeletal	
☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:				Diagnoses/Problems (list) ICD-10 Code*	
☐ Additional Information Attached				*Required only for students with an IEP receiving Medicaid	

Name:				DOB:	
SCREENINGS					
Vision (w/correction if prescribed)	Right	Left	Referral	Not Done	
Distance Acuity	20/	20/	☐ Yes ☐ No	☐	
Near Vision Acuity	20/	20/		☐	
Color Perception Screening ☐ Pass ☐ Fail				☐	
Notes					
Hearing Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.				Not Done	
Pure Tone Screening	Right ☐ Pass ☐ Fail	Left ☐ Pass ☐ Fail	Referral ☐ Yes ☐ No	☐	
Notes					
Scoliosis Screen Boys in grade 9, and Girls in grades 5 & 7	Negative	Positive	Referral	Not Done	
	☐	☐	☐ Yes ☐ No	☐	
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK					
☐ Student may participate in all activities without restrictions. ☐ Student is restricted from participation in: ☐ Contact Sports: Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling. ☐ Limited Contact Sports: Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball. ☐ Non-Contact Sports: Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field. ☐ Other Restrictions:					
Developmental Stage for Athletic Placement Process <u>ONLY</u> required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level OR Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level. Tanner Stage: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V Age of First Menses (if applicable) : _____					
☐ Other Accommodations*: (e.g. Brace, orthotics, insulin pump, prosthetic, sports goggle, etc.) Use additional space below to explain. *Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.					
MEDICATIONS					
☐ Order Form for Medication(s) Needed at School Attached					
IMMUNIZATIONS					
☐ Record Attached ☐ Reported in NYSIIS					
HEALTH CARE PROVIDER					
Medical Provider Signature:					
Provider Name: <i>(please print)</i>					
Provider Address:					
Phone:			Fax:		
Please Return This Form To Your Child's School When Completed.					

Paul Reinisch, Coordinator
Health, Physical Education
Recreation, Athletics & Safety
(518) 328-5417
I.G. Racela, MD, Medical Officer
(518) 328-5425

CONSENTIMIENTO PARA ADMINISTRAR MEDICAMENTOS **CONSENT TO ADMINISTER MEDICATION**

Estimado padre/tutor:

A continuación se enumeran los medicamentos que estarán disponibles en la Oficina de Salud de su escuela. Debido a las regulaciones del Departamento de Educación del Estado de Nueva York, los siguientes medicamentos solo se administrarán con la orden por escrito de su proveedor de atención médica y su permiso por escrito.

Pídale a su proveedor de atención médica que verifique los medicamentos adecuados para su hijo. Solo se permite un estudiante por formulario. Cada estudiante debe tener esta orden de medicamento individual en el archivo. Por favor devuelva el formulario completado y firmado a la Oficina de Salud de su escuela.

A list of medications, which will be available in your school's Health Office, are listed below. Due to New York State Education Department regulations, the following medications will only be administered with your health care provider's written order and your written permission.

Please have your health care provider check the medications appropriate for your child. Only one student per form is allowed. Each student must have this individual medication order on file.

Please return the signed completed form to the Health Office of your school.

Comentarios

_____ **Acetaminofén - 325 mg - alivio del dolor**

Acetaminophen – 325 mg – pain relief

_____ **Acetaminofén - 80 mg - líquido / masticable-dolor**

Acetaminophen – 80 mg – liquid/chewable-pain

_____ **Antiácido - líquido - alivio del malestar estomacal**

Antacid – liquid - relief of upset stomach

_____ Hidrocortisona crema tópica 1%	_____
Hydrocortisone topical cream 1%	
_____ Benadryl Crema	_____
Benadryl Cream	
_____ Benzolkonium- solución antiséptica	_____
Benzolkonium-antiseptic solution	
_____ Calamina: alivia la picazón	_____
Calamine – relieves itching	
_____ Orajel: alivio del dolor oral	_____
Orajel – oral pain relief	
_____ Loción y pomada de vaselina	_____
Vaseline Lotion and Ointment	

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
 Name Date of birth

Escuela _____ Grado _____
 School Grade

PHYSICIAN SIGNS HERE - FIRMA DEL MÉDICO

Health Care Provider's Signature _____ Phone# _____
 Date _____

FIRMA DEL PADRE AQUÍ

Firma del padre/tutor _____ Teléfono _____
 Fecha _____

Pupil Personnel Services
Donna Fitzgerald, Director

475 First Street
Troy, New York 12180

(518) 328-5006 Director's Office
(518) 328-5075 Main Office
(518) 279-7600 Fax

Estimados padres / tutores:

El distrito escolar ampliado de la ciudad de Troy provee servicios y programas de educación especial para estudiantes con discapacidades de conformidad con las leyes federales y estatales aplicables. Cualquier padre o persona en relación con los padres que sospeche que su hijo tiene una discapacidad puede derivar al niño para una evaluación por parte del Comité de Educación Especial del Distrito (CSE) para determinar su elegibilidad para los servicios y programas de educación especial. Información más detallada sobre este proceso está disponible en *A Parent's Guide to Special Education*, que se publica en el sitio web del Departamento de Educación del Estado de Nueva York en inglés y español.

Inglés: <http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/parentguide.htm>.

Español-<http://www.p12.nysed.gov/specialed/publications/policy/spanishparentguide.htm>

Los padres o personas en relación con los padres deben comunicarse con la Directora de Servicios de Personal para Alumnos del Distrito, Donna Fitzgerald, en la escuela 12 475- First Street Troy, NY 12180 o llamando al 328-5075.

Selection Criteria - Criterios de selección

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE TROY

La aceptación en el programa de Prekindergarten de 4 años para el Distrito Escolar de la ciudad de Troy se basa en la necesidad. Por favor marque cada elemento que se relacione con su hijo.

Criterios de selección		
Distrito Escolar de Troy - Pre-K de 4 años		
✓	Criterio	Puntos
	4 años antes del 1 de diciembre de 2023 4 years old by December 1, 2023	10
	Ambos padres empleados a tiempo completo Both parents employed full time	20
	Violencia doméstica Domestic Violence	25
	Abuso de drogas o alcohol Drug or Alcohol Abuse	10
	Hijo adoptivo Foster Child	50
	Personas sin hogar Homeless	100
	Problema médico Medical issue	15
	Recibe Servicios de Educación Especial Receives Special Ed. Services	20
	Padre encarcelado Parent Incarcerated	10
	Padre que asiste a la universidad Parent attending college	15
	Padre que asiste a la escuela secundaria Parent attending High School	20
	El padre está buscando empleo activamente Parent is actively seeking employment	15
	El padre está empleado a tiempo completo Parent is employed full time	25
	El padre tiene un empleo a tiempo parcial Parent is employed part time	10
	El padre necesita un intérprete Parent needs interpreter	10
	Padre recibe pago por discapacidad Parent receives disability payment	15
	SSI	100
	TANF	100
	CPS Involvement	
	Puntos totales	

**PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA MIGRANTES DEL ESTADO DE
NUEVA YORK
ENCUESTA PARA PADRES DE LA OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y
CONTRATACIÓN**

**NEW YORK STATE MIGRANT EDUCATION PROGRAM
IDENTIFICATION & RECRUITMENT OFFICE
PARENT SURVEY**

El Programa de Educación Migrante (MEP) está autorizado por el Título I, Parte C de la Ley de Educación Primaria y Secundaria (ESEA). El MEP brinda una variedad de servicios educativos a las familias que trabajan en la agricultura, independientemente de su nacionalidad o estatus legal. Este programa es gratuito para todas las familias elegibles y puede incluir tutoría, elegibilidad para el almuerzo escolar gratuito, excursiones educativas, programas de verano, actividades de participación de los padres, necesidades de emergencia y referencias a otros servicios según sea necesario.

Por favor, tómese unos minutos para completar este cuestionario.

¿Alguien en su familia ha trabajado o buscado trabajo en las siguientes ocupaciones durante los últimos 3 años?

☐ **Cualquier trabajo agrícola, ganadero o de pesca (como heno, productos lácteos, cultivos de frutas o verduras, aves de corral, pesca, vivero/invernadero, etc.)** - Any agricultural, farm, or fishing work (such as hay, dairy, fruit or vegetable crops, poultry, fishing, nursery/greenhouse, etc.)

☐ **Trabajo relacionado con la tala, cosecha o procesamiento inicial de árboles.** - Work related to logging, harvesting, or initial processing of trees.

☐ **Trabajar en una planta de procesamiento de alimentos (como plantas de procesamiento de carne o aves, empaque de frutas o verduras, etc.)** - Work at a food processing plant, (such as meat or poultry processing plants, packing fruits or vegetables, etc.)



Si respondió SÍ, proporcione su información de contacto a continuación:

Nombre del padre/tutor (Parent/Guardian Name): _____

Dirección (Home address): _____

Número de teléfono (Telephone number): (____)-____-____

¿Cuál es el mejor horario para comunicarse con usted? Best time to be reached: _____ AM/PM

Dirección anterior (Previous Address): _____ Nombre del estudiante (Student name): _____

Edad (Age) _____ Grado (Grade) _____

Nombre del estudiante (Student name): _____

Edad (Age) _____ Grado (Grade) _____

Para entregar esta referencia, por favor mándela por fax al 607-436-3606, o por correo a NYS Migrant Education Program Identification and Recruitment Office: 100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY 12020.