

Asbury Park Board of Education
FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL DISTRITO
(DISTRICT ENROLLMENT FORM)

Escuelas:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Primaria de Barack Obama | <input type="checkbox"/> Asbury Park Middle School (6-8 grados) |
| <input type="checkbox"/> Primaria de Bradley | <input type="checkbox"/> Asbury Park High School (9-12) |
| <input type="checkbox"/> Primaria de Thurgood Marshall | |

POR FAVOR IMPRIMA

Nombre del estudiante: _____

Padre/Guardian: _____

Dirección: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono de casa: _____ Origen étnico: _____

Teléfonos de emergencia: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Lugar de nacimiento: _____

Fecha de la entrada de E.E.U.U. (si aplica a usted) _____ Primera entrada a las escuelas de E.E.U.U. _____

Última escuela atendida: _____ Último año completado: _____

Nombre del Padre: _____

Ciudadano de los E.E.U.U.: Sí _____ No _____ Ocupación: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono de trabajo: _____

Nombre de la madre: _____

Ciudadana de los E.E.U.U.: Sí _____ No _____ Ocupación: _____

Dirección del empleador: _____ Teléfono de trabajo: _____

¿Algun padre trabaja en una institución del gobierno? Sí _____ No _____

CONTACTO EN CASO DE EMERGENCIA:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

LISTA DE OTRAS ESCUELAS PÚBLICAS O PRIVADAS QUE ASISTIO ESTE ESTUDIANTE:

Escuela/Distrito: _____ Dirección: _____

Escuela/Distrito: _____ Dirección: _____

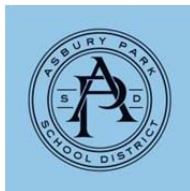
INFORMACIÓN DEL CENSO – LISTA DE OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA (EL MAYOR PRIMERO)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____



Asbury Park Board of Education

Autorización para Compartir Información de Registros (Authorization for Release of Records)

Nombre del Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Grado Escolar Actual _____

Archivos que se pueden compartir (Marque los correspondientes)

_____ Expediente acumulativo

_____ Resultados de exámenes

_____ Transcripción de notas/grados/pruebas

_____ Informes de salud

_____ Información de asistencia y disciplina

_____ Informes del conjunto de ayuda de niños/a (Child Study Team) Educativos,
Psicológicos, e historial de evaluaciones

_____ Número de identificación estatal de NJ

_____ Otros: **pruebas/grados de NJ HSPA e ISR**

El Registro marcado arriba se debe dar a:

__ Barack H. Obama Elementary 1300 Bangs Avenue Asbury Park, NJ 07712 ATTN: Felecia Smith	__ Bradley Elementary 110 Third Avenue Asbury Park, NJ 07712 ATTN: Tishell Bellamy	_ Thurgood Marshall Elementary 600 Monroe Avenue Asbury Park, NJ 07712 ATTN: Tyhesha Prince
--	---	--

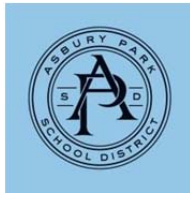
__ Asbury Park Middle School 1200 Bangs Avenue Asbury Park, NJ 07712 ATTN: Yvose Damour	__ Asbury Park High School 1001 Sunset Avenue Asbury Park, NJ 07712 ATTN: Diana Ervin
--	--

Autorizo dar permiso para la liberación de los registros anteriores:

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Firma de estudiante (18 años o más)



Historial Académico - (*Academic History*)

Con el fin de proporcionar un programa educativo altamente instruccional, por favor conteste las siguientes preguntas:

I. INGLÉS COMO SEGUNDO IDIOMA/BILINGÜE

1. ¿Qué idioma aprendió su hijo/a hablar primero? _____

2. ¿Qué idioma utiliza más a menudo en su hogar cuando habla con su hijo/a?

3. ¿Qué idioma usa su hijo/a para comunicarse con los padres/guardianes en el hogar?

4. ¿Qué idioma usa su hijo/a cuando habla con sus hermanos/hermanas?

5. ¿Qué idioma usa su hijo/a cuando habla con otras personas de la familia?

6. ¿Qué idioma usa su hijo/a cuando habla con amigos en el hogar?

II. INFORMACION DEL PROGRAMA

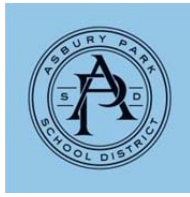
Por favor, marque todos los siguientes programas en los que su hijo/a ha participado:

PROGRAMA	NIVEL DE GRADO
_____ ESL (Inglés como segundo idioma), Bilingüe	_____
_____ Talentoso y Dotado	_____
_____ Servicios de Educación Especial	_____
_____ Ninguna de estas opciones	_____
_____ 504	
_____ Sin hogar	

III. INFORMACION ADICIONAL

Por favor escriba la fecha de cuando su hijo/a entro en el país: _____

HISTORIA SOCIAL: Por favor escriba cualquier información sobre su hijo/a cual cree que el maestro/a debe tener para entender y ayudar a su hijo/a:



Asbury Park Board of Education
Información de Servicios de Salud
(Health Services Information)

Para poder proporcionar los mejores servicios de salud para su hijo/a, la enfermera de la escuela necesita saber el historial médico de su hijo/a y el estado de salud actual. Por favor, indique a continuación si su hijo/a ha tenido alguno de los siguientes:

- ___ Asma o problemas respiratorios
- ___ Alergias/A que _____ Tipo de reacción _____ Epi Pen _____
- ___ Hospitalización Reciente/ Razón _____
- ___ Convulsiones (tipo) _____ Medicación _____
- ___ Infecciones de oídos frecuentes _____
- ___ Medicaciones diarias - Nombre de la medicación _____
Cantidad _____ Frecuencia _____
- ___ Diabetes y Tratamiento _____
- ___ Cualquier otra condición de salud _____

Nombre del Doctor _____ Teléfono _____

Nombre del seguro de salud _____ Número de identificación _____

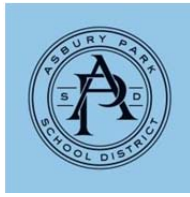
Yo le doy permiso a la escuela para compartir información sobre la salud de mi hijo/a a los miembros de la facultad /el personal que necesiten saber esta información. Reconozco que compartir la información es importante para el bienestar y la seguridad de mi hijo/a mientras asista a la escuela.

Yo le doy permiso a la enfermera de la escuela para ponerse en contacto con los proveedores de salud de mi hijo/a para obtener la información necesaria para asistir a mi hijo/a. Esto incluye, pero no se limita a los Registros de Inmunización y los Informes de Salud y Medicamentos, pero también incluye información de los profesionales de la salud mental.

Nombre de hijo/a _____

Firma del Padre/Guardián

Fecha



Programa de Servicios de Salud de Enfermera en la Escuela (School Based Nurse Practitioner Health Services Program)

Estimado Padre/Guardián:

El programa de Servicios de Salud de las Enfermeras de la Escuela (Programa de Servicios de Salud) ofrece servicios integrales de prevención, educación médica y de salud para los estudiantes en nuestras escuelas. El Programa de Servicios de Salud esta operado por la Asociación de Enfermeras Visitantes de Nueva Jersey sin costo alguno para los estudiantes.

El programa de Servicios de Salud ofrece servicios de atención primaria proporcionados por un enfermero o enfermera de práctica avanzada. Una enfermera practicante, en colaboración con un médico, está autorizada/o para diagnosticar y tratar los individuos dentro de la escuela. Estos servicios incluyen el examen y la evaluación de quejas o problemas de salud.

Se le informará de los resultados, y el tratamiento será ofrecido o recomendado para que su hijo/a vea a su propio proveedor de cuidado de la salud. En su solicitud y el consentimiento, se proporcionará tratamiento y el seguimiento de la visita programada. Su proveedor de atención primaria de salud será informado de cualquier tratamiento que se ofrece en la oficina de salud a través de fax/teléfono con fin de mantener la atención profesional integral para su hijo/a.

Por favor de completar la siguiente información:

- Doy permiso para que mi hijo/a _____ sea examinado y evaluado por una enfermera en caso de estar enfermo o de tener algún problema de salud que pueda interferir con el progreso en la escuela. **Sí**____ **No**_____

- **Sí quiero** ____/**No quiero**____ que la enfermera administre atención básica. Atención básica incluye dar medicina como Tylenol para fiebres altas.

POR FAVOR NOTE: Nosotros no somos una sala de emergencias. Si se necesita más atención, vamos a llamar al 911. No hay ningún costo para usted por estos servicios, aunque su hijo/a este o no cubierto por una póliza de seguro médico.

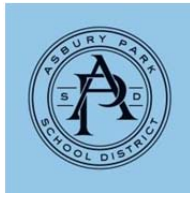
Con la presente, yo libero a la escuela de Asbury Park, la Junta de Educación y la Asociación de Enfermeras Visitantes de New Jersey, y cualquier otro de sus agentes, funcionarios elegidos o empleados de toda responsabilidad, demandas, daños, costos y gastos, resultado que puede o resultado de cualquier acción, accidente, omisión o incidente en condición con respecto o relacionados con el uso del programa de servicios de salud de enfermera practicante en la escuela de mi hijo/a. Certifico con la firma que también estoy liberando a cualquier reclamo por mi hijo/a. Como una condición y consideración para poder utilizar el programa de servicios de salud de enfermera practicante en la escuela, estoy de acuerdo, en la medida permitida por la ley, no iniciar, fomentar, facilitar o participar en cualquier acción o procedimiento por daños y perjuicios, cautelares o cualquier otro tipo de ayuda, en cualquier estado, tribunal federal o local o ante cualquier organismo administrativo nombre propio, mi niño/a o cualquier otra persona relacionadas con el programa de servicios de salud enfermera practicante en la escuela.

Firma del Padre/Guardián _____

Fecha _____

Imprima nombre del Padre/Guardián _____

Fecha _____



Informe de Casa Médica

(Medical Home Form)

Nombre de Estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección de Estudiante _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Escuela _____ Grado _____ Salón # _____

Maestro/a _____ Nombre del Padre/Guardián _____

Por favor marque/complete uno de lo siguiente:

1. Mi **doctor primario** o la clínica (casa medica) es _____
Dirección _____
Teléfono _____

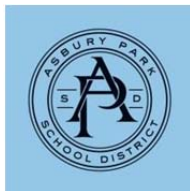
2. **No TENGO** un Doctor Primario

Marque la opción que le sirva mejor:

- _____ **NO TENGO** Medicaid
_____ **NO TENGO** NJ KidCare

Firma del Padre/Guardián

Fecha



Título I – Encuesta para la Participación de Padres

(Parent Involvement Survey)

Estimado Padre/Guardián,

Los padres de Título I deben participar en decisiones con respecto a cómo los fondos del 1% reservas serán utilizadas para la participación de los padres. Nuestra escuela cree que su información respecto a la información de la escuela y las actividades de participación de los padres es muy importante. Por favor complete el siguiente cuestionario marcando los recursos y servicios que le gustaría ver puesto a disponibles en el distrito.

Esta encuesta será usada para desarrollar el Plan y Póliza de la Participación de Padres en la Escuela.

Por favor marque todo lo que corresponde:

A continuación vea las oportunidades que nos gustaría ofrecer. Por favor marque cualquier / todas que le gustaría ver y participar:

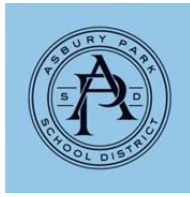
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Conferencias para padres de todo el distrito | <input type="checkbox"/> Mejorando la propia imagen de su hijo/a |
| <input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma | <input type="checkbox"/> Drogas y gangas - Prevención |
| <input type="checkbox"/> Como escribir un resume | <input type="checkbox"/> GED clases preparatorias |
| <input type="checkbox"/> Estrategias para mejorar la lectura y escritura de su hijo/a | <input type="checkbox"/> Club de Ajedrez |
| <input type="checkbox"/> Conocimientos básicos de computadoras | <input type="checkbox"/> Padres: Como manejar el estrés hoy en día |
| <input type="checkbox"/> Recursos para abuelos que crían a nietos | <input type="checkbox"/> Información sobre HIB (Acoso, intimidación y bullying) |
| <input type="checkbox"/> Asegurándose que su hijo/a haga bien el examen de NJ ASK | <input type="checkbox"/> Preparando los niños/a para la escuela |
| <input type="checkbox"/> Entendiendo ADHD y saber que hacer | <input type="checkbox"/> Mejorando la comunicación con el maestro de su hijo/a |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para madres solteras criando varones | <input type="checkbox"/> Encontrando mentores para su hijo/a |
| <input type="checkbox"/> Desarrollando un sistema para aprender en casa | <input type="checkbox"/> Diagnosticando depresión y otros casos de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Control del uso de tecnología de su hijo/a | <input type="checkbox"/> Navegando el sistema de educación Americano ((Español y Creole) |
| <input type="checkbox"/> Descubriendo los talentos ocultos de su hijo/a | <input type="checkbox"/> Hablando con hijos/a sobre el sexo |
| <input type="checkbox"/> PTO(organización de padres y maestros) | <input type="checkbox"/> PAC (Consejo Asesor de Padres) |
| <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Otro |

Hora de juntas (Marque uno): ___ AM ___ PM / ___ lunes ___ martes ___ mier ___ jueves ___ vier ___ sab

Nombre del Padre/Guardián _____

Mejor Número para contactarle _____ Correo electrónico: _____

Escuela de su hijo/a: _____ Grado: _____



Pacto entre la Escuela y los Padres/Guardianes

(School-Parent/Guardian Compact)

El Distrito Escolar de Asbury Park y los padres de los estudiantes que participan en las actividades, servicios y programas financiados por el Título 1, Parte A de la Educación Primaria y Secundaria (ESEA) (niños/a participantes), acuerdan en que este pacto describe como los padres, todo el personal escolar y los estudiantes compartiran la responsabilidad para mejorar el rendimiento estudiantil académico y los medios por los cuales la escuela y los padres construiran y desarrollaran una asociación que ayudara a los niños/a participantes alcanzar el alto nivel de rendimiento impuesto por el Estado.

Este pacto entre la escuela y los padres estara en efecto durante el año escolar 2015-16.

Responsabilidades de la Escuela

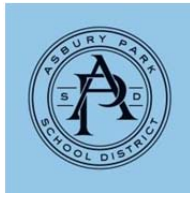
El Distrito Escolar de Asbury Park:

1. Proporcionará un plan de estudios de alta calidad e instrucción en un ambiente de enseñanza de apoyo y eficacia que permitira a los niños/a participantes alcanzar los estándares Estatales de rendimiento académico.
2. Proporcionará conferencias entre padres y maestros durante las cuales pueda ser discutido este pacto en como sea relacionado con los logros individuales de cada niño/a.
3. Proporcionará a los padres con informes frecuentes sobre el progreso de sus hijos/a.
4. Proporcionará a los padres con acceso razonable al personal. Específicamente, el personal estara disponible para tener consultas con los padres previa petición y segun sea necesario.
5. Proporcionará a los padres oportunidades como voluntario y participar en la clase(s) de sus hijos/a y observar las actividades del aula a petición y de forma según sea necesario.

Responsabilidades de los Padres/Guardianes

Yo (nosotros), como padre(s), apoyare el aprendizaje de mi hijo/a en las siguientes formas:

- Monitoreando asistencia.
- Asegurando que la tarea sea completada.
- Monitoreando la cantidad de tiempo que mi hijo/a pasa mirando la television.
- Ser voluntario en el salon de clases de mi hijo/a.
- Participando, como sea apropiado, en decisiones con respecto a la educacion de mi hijo/a.
- Promoviendo el uso positivo del tiempo extracurricular de mi hijo/a.
- Mantenerme informado sobre la educación de hijo/a y comunicarme con la escuela leyendo todos los avisos de la escuela o el distrito escolar recibido por mi hijo/a o por correo y respondiendo, según el caso.
- Sirviendo, en lo possible, en grupos de asesoramiento o de poliza.



Responsabilidades del Estudiante

Yo, como estudiante, compartire la responsabilidad para mejorar mi desempeño académico y alcanzar niveles altos del Estado. Específicamente yo:

- Haré mi tarea todos los días y buscare ayuda cuando la necesite.
- Leere por lo menos 30 minutos diarios todos los días fuera del horario escolar.
- Dare a mis padres o al adulto responsable por mi bienestar todas las notas, circulares e información recibida de la escuela.

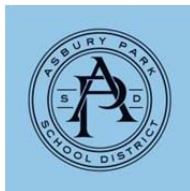
El Distrito Escolar de Asbury Park:

1. Involucrara a los padres en la planificación, revisión e implementación de mejorar la política de participación de padres de la escuela, en forma organizada, continua y oportuna.
2. Involucrara a los padres en el desarrollo de cualquier plan de programa escolar de la escuela en una manera organizada, continua y oportuna.
3. Tendra una reunión anual para informar a los padres de la participación de el distrito en el Título I, Parte A, y para explicarles el Título I, los requerimientos y el derecho de los padres a participar en Título I, Parte A. El distrito/escuela tendra una reunión a una hora conveniente para los padres y ofrecerá un número flexible de reuniones adicionales de participación de padres, como en la mañana o por la noche, para que puedan asistir los mas padres posible. El distrito/escuela invitará a esta reunión todos los padres de los niños que participan en el Título I, Parte A (alumnos participantes) y se les anima asistir.
4. Proporcionara información a los padres de los alumnos participantes en un formato comprensible y uniforme, incluyendo formatos alternativos a petición de los padres con discapacidad y, en la medida de lo posible, en un idioma que los padres puedan entender.
5. Proporcionara a los padres de los niños participantes información de manera oportuna acerca del Título I, Parte A, la cual incluye una descripción y explicación del plan de estudios de la escuela, las formas de evaluación académica para medir el progreso de los niños/a y los niveles de competencia que los estudiantes tienen que alcanzar.
6. A petición de los padres, ofrecerá oportunidades para tener reuniones regulares en las que los padres puedan formular sugerencias, y participar, según proceda, en las decisiones sobre la educación de sus hijos/a. El distrito/escuelas responderán a cualquier sugerencia tan pronto como sea posible.
 7. Proporcionara a cada padre con un informe individual del estudiante sobre el desempeño de su hijo/a en la evaluación del Estado por lo menos en matemáticas, artes del lenguaje y la lectura.
8. Proporcionara a cada padre un aviso oportuno cuando su hijo/a haya sido asignado o ha sido enseñado por cuatro (4) o más semanas consecutivas por un maestro que no está altamente calificado en el sentido de el término según la sección 200.56 del Título I Disposiciones Finales (67 Fed. Reg. 71710, 2 de diciembre de 2002).

Firma del Representante del Distrito _____ Fecha _____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Firma del Estudiante _____ Fecha _____



Formulario de consentimiento de los medios de Padre/ Guardián (Parental/Guardian Media Consent Form)

Queridos Padres/Guardiánes;

Estamos enviándole este formulario de consentimiento para pedir permiso para tomar foto/imágenes de su hijo(a) y su información personal identificable para publicarla por medios de comunicación o utilizarse en el web site del distrito o la escuela y/o media social.

Como usted sabe, hay peligros potenciales asociados con la publicación y el intercambio de información personal identificable. Siempre han existido estos peligros; sin embargo, como escuelas, queremos celebrar el trabajo de su hijo(a). La ley requiere que le pidamos permiso para usar la información de su hijo(a).

Conforme a la ley, no compartiremos ninguna información personalmente identificable sin el previo consentimiento por escrito de usted como padre o guardián. Información identificable personal incluye nombres de los alumnos, foto o imagen, direcciones residenciales, dirección de correo electrónico, números de teléfono o lugares y viajes de clase. Si usted, como padre o guardián desea rescindir este contrato, puede hacerlo en cualquier momento por escrito enviando una carta al Director de la escuela de su hijo(a) y tal rescisión surtirá efecto cuando la escuela la reciba.

Marque UNA de las siguientes opciones:

Yo/nosotros doy/damos permiso para foto/imagen/video que incluye este estudiante sin ningunos otros identificadores personales para ser publicado o utilizado en la escuela o en sitio público del Internet del distrito escolar.

Y/nosotros doy/damos permiso para foto/imagen/video que incluye este estudiante y nombre para ser publicado o utilizado en la escuela o en sitio público del Internet del distrito escolar.

Yo/nosotros doy/damos permiso para foto/imagen/video de este estudiante y todos los otros identificadores personales enumerados anteriormente para ser publicado o utilizado en la escuela o en sitio público del Internet del distrito escolar.

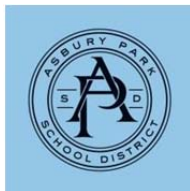
Yo/nosotros NO doy/damos permiso para foto/imagen/video que incluye este estudiante para ser publicado o utilizado en la escuela o en sitio público de Internet del distrito escolar.

Nombre del estudiante (imprimir): _____

Nombre del padre/guardián (imprimir): _____

Firma del padre/guardián (firma): _____

Relación al estudiante: _____ Grado del estudiante: _____ Fecha: _____



Acuerdo del estudiante para la cuenta de acceso a Internet

(Student Agreement for Internet Access Account)

Al firmar este acuerdo, yo/nosotros significo que lo he leído y acepto la política de uso de Asbury Park y estoy de acuerdo de regirme por sus términos. Yo/nosotros comprendo que los equipos de computadoras, redes y tecnologías son para usarse exclusivamente con fines educativos y que no hay ninguna expectativa de privacidad con respecto al uso de la misma.

Cuando este contrato este completo, debe devolverse a la oficina del Director. Si hay alguna pregunta sobre esta política, póngase en contacto con un maestro de patrocinio, coordinador de tecnología o un administrador.

Apellido: _____ **Primer nombre:** _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____ **Edad:** _____

Esperado año de graduación: _____

Firma del usuario: _____ **Fecha:** ___/___/_____

Padre o Guardián (si el solicitante es menor de 18 años, un padre o guardián también debe leer y firmar este acuerdo):

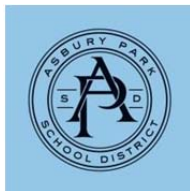
Como padre/guardián de este estudiante he leído la política en su totalidad y acepto sus términos en nombre de mi hijo(a). Yo/nosotros doy mi permiso para emitir una cuenta para mi hijo(a) y certifico que la información contenida en esta solicitud es correcta.

Nombre del padre/guardián (por favor imprima): _____

Firma del padre/guardián: _____

Fecha: ___/___/_____

Teléfono (día): _____ **Teléfono (noche):** _____



Distrito Escolar de Asbury Park

Registro Central
Edificio Dorothy McNish Parent Center
300 Prospect Avenue
Asbury Park, NJ 07712
(732) 776-2606, ext 2233

Horario de citas de registro son: 8:00am-11:00am y 2:00pm-3:00pm lunes a viernes.
Las citas no son necesarias, aunque se recomiendan fuertemente.

REGISTRO DE ALUMNO

Los estudiantes entrando a kinder deben tener cinco (5) años a partir del 1 de octubre del 2015. Los paquetes completó deben ser devueltos a la Oficina Central del Registro en el momento del registro de inscripción. Además de el paquete de inscripción, se requieren los siguientes documentos (deben ser originales). El registrador hará una copia de los documentos de registros escolares y devolverá los originales al padre/guardian.

¡Bienvenido a la página de inicio de los obispos azules (Blue Bishops)!

Estamos muy contentos de tenerlos en nuestro distrito escolar. El Registro Central de Asbury Park registra los siguientes estudiantes:

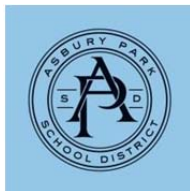
- Alumnos nuevos en Asbury Park.
- Los estudiantes que no han asistido las escuelas de Asbury Park más de 10 días escolares consecutivos.

Nota: Estudiantes transferidos de una escuela primaria de Asbury Park a otra escuela primaria de Asbury Park no necesitan ser registrados a través del Registro Central. Los padres deben ir a la escuela actual para retirar al estudiante. Una vez que el estudiante ha sido retirado, ir a la escuela nueva con los comprobantes de ser retirado de la escuela y de su nueva dirección. Para obtener más información, póngase en contacto con la escuela actual de su estudiante.

Proceso de tres pasos

Con el fin de asistir a una escuela en el distrito escolar de Asbury Park, nuevos estudiantes y estudiantes retirados de una escuela de Asbury Park durante más de 10 días, debe completar un proceso de tres pasos:

Paso 1 - Registro: Los padres/guardian deben visitar la Oficina Central de Registros para completar los formularios requeridos, proporcionar la documentación requerida y presentar verificación de la dirección de la familia. La familia de los niños/a de edad escolar registrará todos durante una visita. Los padres deben llamar al (732) 776-2606, ext 2233 para hacer una cita y deben traer toda la documentación necesaria al Registro Central en el momento de la cita. Si van sin una cita se tomarán según disponibilidad. Los padres inscribiendo estudiantes sin cita dos semanas antes de que empiece la escuela, el primer día del nuevo año escolar, o el



día después de un descanso o vacaciones escolar, es posible que tendrá que esperar mas tiempo que el tiempo normal. Además, el registrador en el Registro Central proporcionará la familia con la documentación que debe presentarse, sin abrir a la escuela, indicando que se ha completado el primer paso.

Paso 2 – Médica: Los padres/guardian y estudiantes visitarán la oficina de salud escolar asignada para completar toda la información médica con la enfermera de la escuela.

Paso 3 - Inscripción: Los padres/guardian y estudiantes finalmente visitarán la oficina de la escuela asignada y/o una orientación del departamento de guía (guidance) para inscribirse y obtener trabajo de clase, horarios y demás información exclusiva a la escuela.

Con el fin de inscribir a su hijo/a en la escuela, usted necesitará traer los siguientes documentos:

Prueba de residencia: tres (3) de los artículos siguientes son necesarios:

- Actual **cuentas** incluidos gas, eléctrica, agua, teléfono o cable
- Certificado de ocupación** de Asbury Park
- Recibo de alquiler o arrendamiento**
- Declaración de hipoteca, cuenta de alcantarilla o factura de impuestos**

*Nota: los artículos mencionados anteriormente son los **únicos** que se aceptarán como prueba de residencia.

Documentos adicionales:

- Forma retirada/tarjeta transferida/transcripciones** de la escuela anterior
- PEI** (IEP si corresponde) - Programa Educativo Individualizado
- Certificado de nacimiento original** con sello levantado.
- Registro de vacunas** que este al día.
- Examen físico** dentro de los últimos 12 meses.
- Tarjeta de seguro de salud**
- Carta de guardián** (si no viven con sus padres)

Además, puede ver en el web site www.asburypark.k12.nj.us el grado de su hijo/a y completar los documentos especificados. Una vez completada toda la información, por favor llame a Chanta L. Jackson al (732) 776-2606, ext 2233 para hacer una cita.



Asbury Park School District Emergency Card

ID # _____

Last Name _____ First _____ Initial _____ Date of Birth (MM/DD/YYYY) _____
Address _____ School _____
City _____ Zip _____ Grade _____
Home Phone (_____) _____ Teacher/H.R. _____ Email _____

To Parent/Guardian: To serve your child in case of accident or sudden illness, it is necessary that you give the following information for EMERGENCY CALLS.

Parent/Guardian 1: Name _____ Relationship _____
Phone Numbers: Home (_____) _____ Cell (_____) _____ Work (_____) _____ Email _____

Parent/Guardian 2: Name _____ Relationship _____
Phone Numbers: Home (_____) _____ Cell (_____) _____ Work (_____) _____ Email _____

List four neighbors or nearby relatives who will assume temporary care of your child(ren) if you cannot be reached:

Neighbor/Relative 1 Name _____ Address _____
Phone Numbers: Home (_____) _____ Cell (_____) _____ Work (_____) _____ Email _____

Neighbor/Relative 2 Name _____ Address _____
Phone Numbers: Home (_____) _____ Cell (_____) _____ Work (_____) _____ Email _____

Neighbor/Relative 3 Name _____ Address _____
Phone Numbers: Home (_____) _____ Cell (_____) _____ Work (_____) _____ Email _____

Neighbor/Relative 4 Name _____ Address _____
Phone Numbers: Home (_____) _____ Cell (_____) _____ Work (_____) _____ Email _____

Please list other children attending New Jersey Public Schools (Name, Grade, School)

Please check this box if there has been a name change of parent/guardian, address or telephone number.

Does this child have any health insurance including NJ Family Care/Medicaid, Medicare, private or other?

NO. My child does not have health insurance. You may release my name and address to the NJ Family Care Program to contact me about Health Insurance.

Signature: _____ **Printed Name:** _____ **Date:** _____

Written consent required pursuant to 20 U.S.C. § 1232g(b)(1) and 34 C.F.R. 99.30(b).

- NJ FamilyCare provides free or low cost health insurance for uninsured children and certain low income parents. For more information visit www.njfamilycare.org to apply online or call 1-800-701-0710.

YES. My child has health insurance.

List any medical/surgical care your child has received during the past year: _____

Dental Exam: Date: _____ Braces Yes No Eye Exam Date: _____ Glasses/Contacts Yes No
Allergy Kind: _____ Medications Yes No Allergic Reaction: _____
Immunizations/Tetanus: Date: _____ Type: _____ Restrictions: Type: _____
Doctor _____ Phone _____
Dentist _____ Phone _____
Hospital (Hospital Name) _____ Phone _____
Hospital (Address) _____

I, the undersigned, do hereby authorize officials of New Jersey Public Schools to contact directly the person(s) named on this card and do authorize the named physicians to render such treatment as may be deemed necessary in an emergency, for the health of said child. In the event that physicians, other persons named on this card, or parents/guardians cannot be contacted, the school officials are hereby authorized to take whatever action is deemed necessary in their judgment, for the health of the aforesaid child. I will not hold the school district financially responsible for the emergency care and/or transportation for said child.

Signature of Parent(s) / Guardian(s)

Date

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)					
Child's Name (Last)		(First)		Gender <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Date of Birth / /
Does Child Have Health Insurance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier			
Parent/Guardian Name		Home Telephone Number		Work Telephone/Cell Phone Number	
Parent/Guardian Name		Home Telephone Number		Work Telephone/Cell Phone Number	
<i>I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.</i>					
Signature/Date				This form may be released to WIC. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER					
Date of Physical Examination:		Results of physical examination normal? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Abnormalities Noted:			Weight (must be taken within 30 days for WIC)		
			Height (must be taken within 30 days for WIC)		
			Head Circumference (if <2 Years)		
			Blood Pressure (if ≥3 Years)		
IMMUNIZATIONS		<input type="checkbox"/> Immunization Record Attached <input type="checkbox"/> Date Next Immunization Due:			
MEDICAL CONDITIONS					
Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Medications/Treatments • List medications/treatments:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Allergies/Sensitivities • List allergies:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:		<input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Special Care Plan Attached		Comments	
PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS					
Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: <input type="checkbox"/> Capillary <input type="checkbox"/> Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		
<input type="checkbox"/> <i>I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.</i>					
Name of Health Care Provider (Print)			Health Care Provider Stamp:		
Signature/Date					

New Jersey Required Immunizations: School Age Children

Student Name: _____ Birth Date: _____

The Asbury Park School District, in compliance with New Jersey law, requires that a child receive the following immunizations prior to entering school. Please have your doctor record the dates below.

1. Diphtheria, Tetanus, and Pertussis (DTaP):

Minimum four (4) doses with one dose given on or after the fourth birthday OR any five (5) doses.

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

2. Polio:

Minimum three (3) doses with one dose given on or after the fourth birthday OR any (4) doses.

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

3. Measles, Mumps, Rubella:

Minimum two (2) doses of live measles-containing vaccine given on or after the first birthday.

1. _____
2. _____

4. Hepatitis B:

Minimum three doses hepatitis B vaccine.

1. _____
2. _____
3. _____

5. Varicella:

Every pupil born after Jan. 1, 1998, shall have received one dose of Varicella before entering Kindergarten.

1. _____
2. _____

6. Haemophilus Influenza B (HIB):

(Required for day/child care enrollees 2 months to 5th birthday only)

Age 2 - 11 months: 2 doses minimum

Age 12 - 59 months: 1 dose minimum given after the first birthday

1. _____
2. _____
3. _____

7. Pneumococcal:

(Required for day/child care enrollees 2 months to 5th birthday only)

Age 2 - 11 months: 2 doses minimum

Age 12 - 59 months: 1 dose minimum given after the first birthday

1. _____
2. _____
3. _____

8. A physical exam performed within the last 365 days is also required.

Please attach a copy of this exam.

If the pupil has had any other immunization, please provide the type and date: _____

Place Physician's stamp below: Physician's Signature: _____ Date: _____

Información de Servicios de Salud

A fin de proporcionar el mejor servicio de salud a su hijo/hija, la enfermera escolar necesita conocer la historia y el estado actual de la salud de su hijo/hija. Indique a continuación si su hijo ha tenido alguna de las siguientes:

Historia de las siguientes condiciones:

**Medicación necesaria
en la escuela**

Asma _____

Si No

Trastorno Compulsivo _____

Si No

Medicamento Diario _____

Si No

Tipo de Alergias _____

Si No

Alergias que peligran la vida _____

Epipen Si No

Otro tipo de condición de Salud: _____

Nombre del Doctor: _____ Teléfono: _____

Proveedor de seguro médico: _____ ID# _____

Le doy permiso a la enfermera escolar para que comparta la información necesaria relativa a la salud de mi hijo/hija a los miembros del cuerpo docente / personal. Reconozco que el intercambio de la información es importante para el bienestar y la seguridad de mi hijo/hija mientras asisten a la escuela.

Doy permiso a la Junta de Educación de Asbury Park y / o sus representantes en contacto con el proveedor de salud de mi hijo/hija para obtener información médica necesaria, incluyendo, pero no limitada a, los registros de vacunación, el historial de salud y medicamentos actuales.

Nombre del
Estudiante: _____

Nombre del Representante: _____ Date: _____



Muestra de Notificación Anual de Medicaid sobre el Consentimiento de los Padres

Antecedentes: El Estado de Nueva Jersey participa en el programa federal Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés), desde 1994. El programa ayuda a los distritos escolares con el reembolso parcial de servicios médicos relacionados con el Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés).

El programa SEMI funciona con el auspicio del Departamento del Tesoro de New Jersey en colaboración con el Departamento de Educación de New Jersey y la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS, por sus siglas en inglés) de New Jersey.

En 2013, se reformularon las normas relativas al consentimiento de los padres requerido por Medicaid para los servicios brindados en las escuelas. Actualmente, la normativa exige que antes de acceder a los beneficios o seguros públicos de un niño por primera vez y, posteriormente, cada año, los distritos escolares deben enviar a los padres o tutores una notificación por escrito y obtener la autorización de los padres por única vez.

¿Hay un costo para usted?

No. Los servicios del IEP se proporcionan a los estudiantes en la escuela **sin** costo alguno para los padres o tutores.

¿De qué manera SEMI podría afectar los beneficios que mi familia recibe de Medicaid?

El programa SEMI **no afecta** los servicios, fondos o límites de cobertura de Medicaid para las familias. El programa de servicios brindados en las escuelas de New Jersey funciona de manera diferente que el programa de Medicaid para las familias. El programa SEMI **no afecta** los beneficios de Medicaid para su familia de ninguna manera.

¿Qué tipo de servicios cubre el programa brindado en la escuela?

- Evaluaciones
- Terapia del lenguaje
- Terapia ocupacional
- Terapia física
- Consejería psicológica
- Audiología
- Enfermería
- Transporte especializado

¿Qué tipo de información sobre su hijo(a) podría ser divulgada?

Para someter solicitudes de reembolso al SEMI, se podría requerir brindar los siguientes datos sobre su hijo(a): primer nombre, segundo nombre, apellidos, dirección, fecha de nacimiento, número de carnet de estudiante, número de identificación de Medicaid, tipo de discapacidad, fechas y tipo de servicios prestados.

¿Quién podría tener acceso a esa información?

La información sobre el programa de educación especial que recibe su hijo(a) puede ser compartida con la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud de New Jersey y sus agencias afiliadas, incluyendo el Departamento del Tesoro y el Departamento de Educación, con el propósito de verificar la elegibilidad por parte de Medicaid y la presentación de reclamos.

¿Qué pasa si usted cambia de opinión sobre el consentimiento otorgado?

Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento que permite la facturación a Medicaid en cualquier momento, poniéndose en contacto con la escuela en la que está matriculado(a) su hijo(a).

¿Podrían ser afectados los servicios que recibe su hijo(a) cuando usted otorga o deniega su consentimiento?

No. Su distrito escolar debe seguir proporcionando los servicios necesarios a su hijo(a) de conformidad con su IEP, independientemente de su estatus de elegibilidad con Medicaid o su decisión de dar su consentimiento para la facturación al SEMI.

¿Qué pasa si usted tiene preguntas?

Por favor, llame al Departamento de Educación Especial de su distrito escolar si tiene preguntas o inquietudes o si necesita obtener una copia del formulario de consentimiento de los padres.

Forma de entrega: (marque una opción):

Por correo postal a los padres Por e-mail a los padres Reunión del IEP Entregado personalmente