



**FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL DISTRITO  
(DISTRICT ENROLLMENT FORM)**

*SÓLO PARA USO DE OFICINA*

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Barack Obama Elementary School      | <input type="checkbox"/> Asbury Park Middle School |
| <input type="checkbox"/> Bradley Elementary School           | <input type="checkbox"/> Asbury Park High School   |
| <input type="checkbox"/> Thurgood Marshall Elementary School |  |

POR FAVOR IMPRIMA

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

\*Dirección: \_\_\_\_\_

*(Si proporciona una dirección temporal por favor complete la página siguiente)*

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de emergencia: \_\_\_\_\_ Origen étnico: \_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_ Ultimo 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: \_\_\_\_\_

¿Algún 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: \_\_\_\_\_



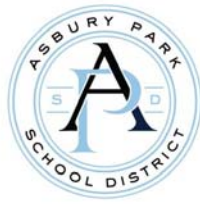
## Dirección Temporalia (Temporary Address)

Es su dirección actual arreglos temporalia: SI( ) NO( )

¿Te mudaste con un familiar o amigo: SI( ) NO( )

¿Está usted viviendo actualmente en uno de los siguientes:

- ( ) Un familiar  
Por favor explica: \_\_\_\_\_
- ( ) Con más de una familia en una casa o apartamento
- ( ) Motel
- ( ) Un refugio
- ( ) Un lugar donde no puedes quedarte por un largo periodo de tiempo
- ( ) En un lugar generalmente no designado para dormir, como un automóvil



# 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<br>1300 Bangs Avenue<br>Asbury Park, NJ 07712<br>ATTN: Felecia Smith | ___ Bradley Elementary<br>1100 Third Avenue<br>Asbury Park, NJ 07712<br>ATTN: Nancy Aumack      | ___ Thurgood Marshall Elementary<br>600 Monroe Avenue<br>Asbury Park, NJ 07712<br>ATTN: Yassanah Farrakhan |
| ___ Asbury Park Middle School<br>1200 Bangs Avenue<br>Asbury Park, NJ 07712<br>ATTN: Yvose Damour   | ___ Asbury Park High School<br>1001 Sunset Avenue<br>Asbury Park, NJ 07712<br>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)

Para proporcionar un programa educacional, por favor responda 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	_____
____ 504	_____
____ Sin hogar	_____
____ Ninguna de estas opciones	_____

### 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 cuál cree que el maestro/a debe tener para entender y ayudar a su hijo/a:

---



---



---



**Plan de IEP y 504**  
*(IEP & 504 Plan)*

Nombre de Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Grado: \_\_\_\_\_

Última escuela asistida: \_\_\_\_\_ Número de teléfono de escuela: \_\_\_\_\_

Por favor llame a la escuela anterior para confirmar lo siguiente:

¿Este estudiante tiene un:                                      IEP (    )                                      504 Plan (    )

Nombre del personal: \_\_\_\_\_  
Imprimir el nombre
Firma

Fecha: \_\_\_\_\_



## 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** \_\_\_\_\_



## Formulario Médico (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

*(Title I - 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:

- |   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Conferencias para padres de todo el distrito</li> <li><input type="checkbox"/> Inglés como segundo idioma</li> <li><input type="checkbox"/> Como escribir un resume</li> <li><input type="checkbox"/> Estrategias para mejorar la lectura y escritura de su hijo/a</li> <li><input type="checkbox"/> Conocimientos básicos de computadoras</li> <li><input type="checkbox"/> Recursos para abuelos que crían a nietos</li> <li><input type="checkbox"/> Asegurándose que su hijo/a haga bien el examen de NJ ASK</li> <li><input type="checkbox"/> Entendiendo ADHD y saber que hacer</li> <li><input type="checkbox"/> Ayuda para madres solteras criando varones</li> <li><input type="checkbox"/> Desarrollando un sistema para aprender en casa</li> <li><input type="checkbox"/> Control del uso de tecnología de su hijo/a</li> <li><input type="checkbox"/> Descubriendo los talentos ocultos de su hijo/a</li> <li><input type="checkbox"/> PTO (organización de padres y maestros)</li> <li><input type="checkbox"/> Otro</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Mejorando la propia imagen de su hijo/a</li> <li><input type="checkbox"/> Drogas y gangas - Prevención</li> <li><input type="checkbox"/> GED clases preparatorias</li> <li><input type="checkbox"/> Club de Ajedrez</li> <li><input type="checkbox"/> Padres: Como manejar el estrés hoy en día</li> <li><input type="checkbox"/> Información sobre HIB (Acoso, intimidación y bullying)</li> <li><input type="checkbox"/> Preparando los niños/a para la escuela</li> <li><input type="checkbox"/> Mejorando la comunicación con el maestro de su hijo/a</li> <li><input type="checkbox"/> Encontrando mentores para su hijo/a</li> <li><input type="checkbox"/> Diagnosticando depresión y otros casos de salud mental</li> <li><input type="checkbox"/> Navegando el sistema de educación Americano ((Español y Creole)</li> <li><input type="checkbox"/> Hablando con hijos/a sobre el sexo</li> <li><input type="checkbox"/> PAC (Consejo Asesor de Padres)</li> <li><input type="checkbox"/> Otro</li> </ul> |
|---|--|

**Hora de juntas (*marque uno*):** \_\_\_ AM \_\_\_ PM / \_\_\_ lun \_\_\_ mar \_\_\_ mié \_\_\_ jue \_\_\_ vie \_\_\_ sáb

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 compartirán la responsabilidad para mejorar el rendimiento estudiantil académico y los medios por los cuales la escuela y los padres construirán y desarrollarán 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 estará en efecto durante el año escolar.

## **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 permitirá 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 estará disponible para tener consultas con los padres previa petición y según 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 televisión.
- Ser voluntario en el salón de clases de mi hijo/a.
- Participando, como sea apropiado, en decisiones con respecto a la educación 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 posible, en grupos de asesoramiento o de póliza.



**Responsabilidades del Estudiante**

Yo, como estudiante, compartiré 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.
- Leeré por lo menos 30 minutos diarios todos los días fuera del horario escolar.
- Daré 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. Tendrá 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 tendrá 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 más padres posibles. 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. Proporcionará 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. Proporcionará 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. Proporcionará 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. Proporcionará a cada padre un aviso oportuno cuando su hijo/a allá sido asignado o ha sido enseñado por cuatro (4) o más semanas consecutivas por un maestro que no está altamente calificado en el sentido del 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/Guardianes;

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 sitio Web 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 efectuada 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):** \_\_\_\_\_



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

*(SEMI Annual Notification Regarding Parental Consent)*

**Background:** The State of New Jersey has participated in a Federal program, Special Education Medicaid Initiative (SEMI), since 1994. The program assists school districts by providing partial reimbursement for medically-related services listed on a student’s Individualized Educational Program (IEP). The SEMI program is under the auspices of the New Jersey Department of the Treasury through its collaboration with the New Jersey Department of Education and New Jersey Division of Medicaid Assistance and Health Services.

In 2013, the regulations regarding Medicaid parental consent for school-based services changed. Now the regulations require that, prior to accessing a child’s public benefits or insurance for the first time, and annually thereafter, school districts must provide parents/guardians written notification and obtain a one-time parental consent .

**Is there a cost to you?**

No. IEP services are provided to students while at school at **no** cost to the parent/guardian.

**Will SEMI claiming impact your family’s Medicaid benefits?**

The SEMI program **does not** impact a family’s Medicaid services, funds, or coverage limits. New Jersey operates the school-based services program differently than the family’s Medicaid program. The SEMI program **does not** affect your family’s Medicaid benefits in any way.

**What type of services does the School-Based Services program cover?**

- Evaluations
- Speech Therapy
- Occupational Therapy
- Physical Therapy
- Psychological Counseling
- Audiology
- Nursing
- Specialized Transportation

**What type of information about your child will be shared?**

In order to submit claims for SEMI reimbursement, the following types of records may be required: first name, last name, middle name, address, date of birth, student ID, Medicaid ID, disability, service dates and the type of services delivered.

**Who will see this information?**

Information about your child’s special education program may be shared with the New Jersey Division of Medicaid Assistance and Health Services and its affiliates, including the Department of the Treasury and the Department of Education for the purpose of verifying Medicaid eligibility and submitting claims.

**What if you change your mind?**

You have the right to withdraw consent to allow for Medicaid billing at any time by contacting the school in which your child is enrolled.

**Will your consent or refusal to consent affect your child’s services?**

No. Your school district is still required to provide services to your child pursuant to his or her IEP, regardless of your Medicaid eligibility status or your willingness to consent for SEMI billing,

**What if you have questions?**

Please call your school district’s Special Education department with questions or concerns, or to obtain a copy of the parental consent form.

Asbury Park Board of Education  
 Ms. Melanie Pelosi  
 SEMI Coordinator  
 910 4<sup>th</sup> Avenue  
 Asbury Park, NJ 07712

PHONE	732-776-2606 x2957
FAX	732-869-9561
WEB SITE	asburypark.k12.nj.us



# 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 ( ) - _____	
<b><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></b>			
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)
<b>IMMUNIZATIONS</b>	<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		

***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.***

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 (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 5<sup>th</sup> 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 5<sup>th</sup> 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: \_\_\_\_\_







# 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 1: 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](http://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: \_\_\_\_\_ Medications  Yes  No Allergic Reaction: \_\_\_\_\_  
Immunizations/Tetanus: Date: \_\_\_\_\_ Type: \_\_\_\_\_ Restrictions: \_\_\_\_\_  
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**



## *Asbury Park School District*

910 Fourth Avenue  
Asbury Park, New Jersey 07712  
Telephone; 732-776-2606 ext: 2415  
Email: [schetlick@asburypark.k12.nj.us](mailto:schetlick@asburypark.k12.nj.us)

---

### Padres y tutores

El Distrito Escolar de Asbury Park utiliza el Sistema de Información Estudiantil Genesis para almacenar toda la información estudiantil, desde información demográfica hasta asistencia, calificaciones y disciplina, y mucho más. Una de las características de Génesis es el Portal de Padres de Génesis. Esto se usa para que los padres vean la información de su hijo a través de Internet.

A través del Portal de Padres, los padres podrán ver la asistencia, disciplina, calificaciones (boletas de calificaciones) y libros de calificaciones de su hijo. Los padres pueden establecer preferencias para que se envíen alertas a su correo electrónico con respecto a las ausencias, llegadas tarde y actualizaciones del libro de calificaciones. La disponibilidad de información puede variar entre las escuelas mientras se actualizan los sistemas y se simplifican los procesos. Si hay algo que no puede ver, infórmese al administrador de la escuela.

Para proporcionar este servicio, se requiere el registro de los padres. Complete el formulario adjunto y envíelo a la secretaria de la oficina principal de su escuela. Tras la verificación de la identificación, se enviará el formulario para completar la configuración.

Recibirá su nombre de usuario, contraseñas y una guía del usuario por correo electrónico dentro de los 10 días posteriores a la verificación.

Por favor recuerden, solo los padres, tutores y estudiantes verificados pueden tener acceso a esta información. Si el solicitante no es el estudiante, el solicitante DEBE estar en Genesis como contacto.



***Asbury Park School District***

910 Fourth Avenue  
 Asbury Park, New Jersey 07712  
 Telephone; 732-776-2606 ext: 2415  
 Email: [schetlick@asburypark.k12.nj.us](mailto:schetlick@asburypark.k12.nj.us)

Genesis Parent Access Registration Form

Please Print

Parent/Guardian Last Name <i>Apellido de padre/tutor</i>		Parent/Guardian First Name <i>Primer nombre de padre/tutor</i>		Role (ex.Parent/Guardian)	
Telephone/Telefono		Cell Phone/Cellular		Email Adress/ <i>Correo electronico</i>	
Child's Name/ <i>Nombre de nino</i>		School/Escuela		Grade Level/ <i>Nivel de grado</i>	
1		1		1	
2		2		2	
3		3		3	
4		4		4	
5		5		5	
6		6		6	
7		7		7	

Requestor Signature

Date

Print Verifier Name

Verifier Signature