



**Proof of Residency - Required Registration Checklist
Prueba de Residencia – Lista de Verificación por la matriculación requerida**

1 Parte – Propiedad o Alquilado – Uno de las siguientes

- Documento de compraventa
- Contrato
- Cuenta de impuesto a la propiedad

Arrendatarios

- El arriendo autenticado corriente (por al mínimo un año) ** Arriendo debe ser autenticado **

2 Parte – Documentación adicional – Dos facturas de servicios públicos de **dos utilidades diferentes**. (eléctrica, por cable, o por teléfono terrestre)

- Factura de Servicio
- Factura de Servicio

3 Parte – Licencia para conducir

- Debe tener una licencia valida con dirección actual dentro de los límites del distrito escolar de Port Jefferson. (Uno para cada padre y/o tutor)

Prueba de edad

- Acta de nacimiento/Pasaporte valido

Expediente Académico

- Expediente académico del año actual y Boletín

Si necesario:

- Documentos de custodia

La solicitud de matriculación – Imprima y complete un paquete para cada hijo

- Formulario de idioma
- Solicitud de matriculación con cuestionario de personas sin hogar
- Formulario de declaración de residencia (*se firma cuando se matricula*)
- Cuestionario académico
- Formulario por la solicitud de crónica (documentos)
- Formulario de la historia de salud elemental
- (Pre K – 5) Certificado de Salud/ formulario de evaluación
- (6 – 12) Formulario del examen físico (Completado y firmado por el médico)
- Certificado de inmunización (completado y firmado por el médico)
- La Carta de Reconocimiento del Padre/tutor de inmunización (sólo si el certificado de inmunización está retrasado)
- Cuestionario de idioma del hogar – (para ser completado con el personal de la escuela)

Formas atléticas

Registrarse en línea www.FamilyID.com/Port-Jefferson-Athletics

**PORT JEFFERSON SCHOOL DISTRICT
Registration Application Form**

Edna Louise Spear Elementary School
500 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Port Jefferson Middle School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Earl L. Vandermeulen High School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Fecha: _____



Nombre del estudiante (Apellido, Nombre, Otro nombre) _____

Fecha de Nacimiento _____

_____ Grado: _____ M F _____

Dirección: _____ Número de teléfono _____

Otros hermanos en la casa:

_____ Edad: _____ Grado: _____ M F _____

_____ Edad: _____ Grado: _____ M F _____

Does your child have? IEP ___ 504 ___
Has your child been evaluated at the preschool level? _____
<input type="checkbox"/> Lease <input type="checkbox"/> Own Lease expiration _____
Please provide current lease upon expiration

CUSTODIA:

¿Su niño vive con los dos padres? Si No ¿Si no, quién tiene custodia? Madre Padre Compartida Otro _____

La siguiente información también será usada para nuestro sistema de notificación escolar, el Mensajero de la escuela.

Sra. Srta. Dr. *La dirección de correo electrónico:* _____

Nombre del padre/ tutor 1: _____ Parienta: _____

Dirección (si es diferente): _____ Numero celular: _____

Nombre del empleador: _____ Ocupación _____

Dirección de trabajo: _____ Número de teléfono del
trabajo: _____

Sr. Dr. *La dirección de correo electrónico:* _____

Nombre del padre/ tutor 1: _____ Parienta: _____

Dirección (si es diferente): _____ Numero celular: _____

Nombre del empleador: _____ Ocupación _____

Dirección de trabajo: _____ Número de teléfono del
trabajo: _____

Todos los estudiantes entre 5 y 21 años de edad tienen derecho a una educación pública gratuita. Los niños no pueden ser denegado el ingreso por motivos de raza, color, credo u origen nacional, sexo, nacionalidad, condición impeditiva, o estado de inmigración.

Etnicidad (escoje uno):

- Hispano, Latino o de origen español
- No hispano, Latino o de origen español

Raza (escoje uno):

- Afroamericano
- Amerindio/nativo de Alaska
- Asiático
- Nativo de Hawái o las islas del Pacifico
- Blanco

DEPT USE ONLY: <input type="checkbox"/> Immigrant <input type="checkbox"/> Migrant
Years in US School: _____
Country of Birth: _____

Este cuestionario tiene por objeto dirigirse a la Ley McKinney-Vento 42 USC 11435. Las respuestas a esta información de residencia ayudan a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir. **¿Dónde vive el estudiante a este momento?**

- En un refugio
- Con otra familia o otra persona a causa de la pérdida de la vivienda o como consecuencia de la penuria económica
- En un albergue
- En un carro, parque, autobús, treno o sito de acampar
- Otra situación de vida temporal (Describela por favor):
- En alojamiento permanente

Por favor vea La renuncia del título 45 en el reverso de esta página

- Permiso la renuncia de la información No permito la renuncia de la información

Firma del padre/ tutor

Fecha

Título 45-Divulgación de la información y los derechos de privacidad

Las escuelas Port Jefferson pueden proporcionar, divulgar y publicar información referente a los estudiantes para las relaciones públicas y la información del directorio. Se puede suministrar lo siguiente: nombre del estudiante, nombres de los padres, dirección, edad, peso, estatura, grado, participación en actividades escolares reconocidas, actividades extracurriculares, programas deportivos, honores académicos, logros, premios, becas, y información similar. Esta información puede ser publicada en publicaciones y programas del distrito y de la escuela, así como en la prensa de comunicados a los medios de comunicación locales. Bajo el título 34 Código estadounidense parte 99: los derechos de la privacidad de los padres y estudiantes, padres o tutores o estudiantes mayores de 18 años que no deseen la liberación de la información anterior deben hacer una solicitud escrita específica al Superintendente de las escuelas antes del 30 de septiembre de cada año. La falta de hacer tal petición será considerada consentimiento para divulgar, para proporcionar, o para publicar la información durante el año escolar.

**Port Jefferson School District
Statement of Residency**

Edna Louise Spear Elementary School
500 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Port Jefferson Middle School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Earl L. Vandermeulen High School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Yo, _____, declaro al distrito de Port Jefferson que mi familia y yo estamos legalmente domiciliados y que residimos dentro del distrito en _____.

Reconozco que si el distrito determina que tal representación no es exacta que yo seré personalmente responsable de la matrícula para mi(s) hijo (s), _____, a partir de la fecha de admisión inicial a la escuela; y que seré responsable por el costo de cualquier investigación y por honorarios legales razonables relacionados con la exclusión de mis hijos. Yo someto la declaración de pena de perjurio con el propósito de inducir al distrito de Port Jefferson a aceptar a mi (s) hijo (s), y reconozco que el distrito se basará en la exactitud de dicha representación y sufrirá daño si no es Precisa.

Padre/tutor (Para ser firmado a la matriculación)

Fecha: _____ Firma: _____

Firma del registrador _____

Fecha: _____ Firma: _____

Port Jefferson School District Academic Questionnaire

Edna Louise Spear Elementary School
500 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Port Jefferson Middle School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Earl L. Vandermeulen High School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Estudiante: _____ Grado a la entrada: _____
Fecha de nacimiento: _____

1. Veo el progreso académico de mi hijo/a (rodea con un círculo)
 - a. En apuros
 - b. Bajo el promedio
 - c. Promedio
 - d. Por encima de promedio
 - e. Posiblemente dotado/a

2. Mi hijo/a asistía los siguientes programas especiales: (rodea con un círculo)
 - a. Ninguno
 - b. Dotado
 - c. Lectura promedio
 - d. Matemáticas promedias
 - e. Clases por habilidad _____
 - f. Clases avanzadas por _____
 - g. Otro (Ve formulario B)

3. El comportamiento de mi hijo/a es: (rodea con un círculo)
 - a. Necesita mejorar
 - b. Satisfactorio
 - c. Excelente

4. Idioma hablado a casa _____

5. ¿Su hijo ha recibido servicios de ENL en el pasado? Sí No

6. ¿Los padres requerirán el servicio de un intérprete por las conferencias con los maestros?
Sí No

7. Mi hijo/a ha recibido la mejor nota en la clase de _____

8. Mi hijo/a ha recibido la peor nota en la clase de _____

9. Mi hijo/a ha repetido un grado? Sí No

10. Si sí, ¿qué grado? _____

11. Mi hijo/a tiene acomodaciones especiales con un documento de **504 plan** o un **IEP**.
Sí___ No___

Por favor proporcione cualquier otra información que usted se sienta importante para que la escuela sea consciente.

Firma del padre/ tutor

Fecha

Port Jefferson School District Request for Records

Edna Louise Spear Elementary School
500 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Port Jefferson Middle School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Earl L. Vandermeulen High School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777

Por favor complete el nombre, la dirección y el número de teléfono de la escuela anterior de su hijo.

(Nombre de la escuela)

(Dirección)

(Número de teléfono)

(Número fax)

Por favor remita todos los expedientes registros a la evaluación del grado, prueba, funcionamiento académico, expedientes de la salud, informe especial del médico, evaluación psicológica y, si procede, cualesquiera expedientes de la educación especial, así como cualquier otra información pertinente para mi niño.

NOMBRE: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Mi hijo/a era estudiante de _____ grado en tu escuela.

Por Favor mande todos los documentos a:

Por documentos de escuela primaria:

Edna Louise Spear Elementary School
500 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, NY 11777
631-791-4300
631-476-4419 (fax)

Por documentos de la escuela secundaria

Port Jefferson Middle School
Attention: Middle School Guidance Department
350 Old Post Road
Port Jefferson, NY 11777
631-791-4400
631-476-4430 (fax)

Por documentos del colegio:

Port Jefferson High School
Atención: High School Guidance Department
350 Old Post Road
Port Jefferson, NY 11777
631-791-4400
631-476-2373 (fax)

**Por Los documentos/ registros de la
educación especial:**

Office of Special Services
Port Jefferson School District
550 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, NY 11777
631-791-4241
631-476-4428 (fax)

Su pronta atención a esta solicitud sería enormemente apreciada.

Atentamente,

(Padre o tutor)

Fecha

Port Jefferson School District Certificate of Immunization

Edna Louise Spear Elementary School
500 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, NY 11777

Port Jefferson Middle School
350 Old Post Road
Port Jefferson, NY 11777

Earl L. Vandermeulen High School
350 Old Post Road
Port Jefferson, NY 11777

Nombre del alumno _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del alumno _____ Sexo M/F Grado _____

La sección 2164 de la ley de salud pública revisada el 1989 de septiembre, requiere que todos los niños que ingresan o asisten a la escuela sean inmunizados contra la difteria, la polio, el sarampión, el sarampión alemán (rubéola), las paperas, la varicela (varicela) y la Hib.

La escuela tiene el mandato de tener la certificación por escrito en el archivo, por lo tanto, le pedimos que su médico complete este formulario y lo devuelva a la escuela.

La difteria, la tos ferina, el tétanos (DPT) (4^o dosis a los 4 años de edad o más)

Fechas: 1. _____ 2. _____ 3. _____ Dosis de refuerzo _____

Difteria/Tetanos(DT) Fecha: _____ Tdap Fecha: _____

El sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) (después de un año de edad):

Fecha: _____

Segunda dosis (recomendada entre 4 y 6 años de edad)

Fecha: _____

Polio: La última dosis debe administrarse en 4 o más años de edad

Fechas: 1. _____ 2. _____ 3. _____ Dosis de refuerzo _____

Tuberculina: Mes _____ Año _____ Resulto _____

Haemophilus (Hib) (18 meses – 5 años)

Fechas: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____

Hepatitis B (Heb B) Fechas: 1. _____ 2. _____ 3. _____

Varicela Vacuna: (1^a dosis a ser administrada a 1 año de edad o más)

Fechas: 1. _____ 2. _____

Detección de plomo (niños nacidos en o después del 2001 de enero)

mes _____ año _____

Fecha: _____

Firma del medico

Nombre: _____ (Escriba nombre)

Dirección: _____

Port Jefferson School District Immunization Acknowledgement

Edna Louise Spear Elementary School
500 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, N.Y. 11777
(631) 791-4300

Port Jefferson Middle School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777
(631) 791-4400

Earl L. Vandermeulen High School
350 Old Post Road
Port Jefferson, N.Y. 11777
(631) 791-4400

Queridos Padres/tutores

La ley de educación del estado de Nueva York y el Reglamento del Comisionado de educación requieren un examen físico de todos los niños que ingresan a un distrito escolar por primera vez. Debe ser completado no más de 12 meses antes o 30 días después de ingresar a la escuela.

La ley de salud pública del estado de Nueva York, sección 2164, establece que las escuelas no pueden permitir que un niño sea admitido a menos que el padre proporcione a la escuela un certificado de inmunización o la prueba de un médico de que el niño está en el proceso de recibir las vacunas requeridas.

Se adjuntan los formularios escolares para su comodidad. Según la ley, estos deben completarse dentro de los 14 días de la entrada del niño a la escuela. Por favor, completa y firma los formularios adjuntos de la salud, así como el acuse de recibo a continuación.

Si usted tiene alguna pregunta o problemas de salud específicos, siéntase libre de llamar a la escuela apropiada.

Reconocimiento del Padre/ Tutor

Nombre del estudiante: _____ Grado: _____

Numero de teléfono _____

De acuerdo con la ley de salud pública 2164, los abajo firmantes reconocemos que tenemos catorce (14) días (30 días para los registros del estado de NY) para proveer el distrito escolar de Port Jefferson con los registros de inmunización de nuestro hijo/hija. Además, entendemos que la falta de cumplimiento dentro del tiempo asignado puede resultar en la exclusión de mi hijo de la escuela.

Firma de padres/tutores

Fecha



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

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

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

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

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

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
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

Historial Educativo	
8.	Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: _____
9.	¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos. Sí* <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No se sabe <input type="checkbox"/> * En caso afirmativo, por favor explique: _____
	¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? <input type="checkbox"/> Poca gravedad <input type="checkbox"/> Algo grave <input type="checkbox"/> Muy grave
10a.	¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* * Por favor, llene 10b.
10b.	*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (Educación Especial) <input type="checkbox"/> 6 años o mayor (Educación Especial)
10c.	¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
11.	¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.) _____ _____
12.	¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

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

Relación con el estudiante: Madre Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ	
NAME: _____	POSITION: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
NAME: _____	POSITION: _____
ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ <small>MO. DAY YR.</small>	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ <small>MO. DAY YR.</small>	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	

DISTRITO ESCOLAR DE PORTJEFFERSON
ESCUELA PRIMARIA EDNA LOUISE SPEAR 500 SCRAGGY HILL ROAD
PORTJEFFERSON, Ny 11777
TELÉFONO (631)791-4300 FAX (631)476-4419



Jessica Schmettan Superintendente de Escuelas

Directora del edificio Amy Laverty

Brianne Antenucci Subdirectora

FORMULARIO DE COMUNICADO DE PRENSA

Estimados padres y familias,

A lo largo del año escolar hay muchas actividades atractivas, eventos y excursiones para nuestros estudiantes. Nos encanta tomar fotos y videos durante estos eventos para compartir con nuestras familias y la comunidad. Muchas veces, estas fotos y videos se muestran en el aula, en eventos escolares y se publican en las redes sociales. Complete el siguiente formulario y devuélvalo al maestro de su hijo. Si tiene alguna pregunta o inquietud, comuníquese con la oficina principal (631) 791-4300.

Sí, doy mi permiso para que mi hijo sea fotografiado y grabado en video durante las actividades en la escuela o en las excursiones. Las imágenes se pueden usar en el aula, publicaciones del distrito y redes sociales.

Sí, doy mi permiso para que mi hijo sea fotografiado y grabado en video durante las actividades en la escuela o en las excursiones. Las imágenes se pueden utilizar en el aula. **No doy permiso para que las imágenes se publiquen en Internet.**

No, no doy mi permiso para que mi hijo sea fotografiado o grabado en video durante las actividades en la escuela o en las excursiones para el uso en el aula o en Internet.

Nombre del niño:

Firma de los padres:

Fecha:

Port Jefferson School District
550 Scraggy Hill Road
Port Jefferson, NY 11777

CHROMEBOOK ACUERDO FORM

Nombre del estudiante: _____

Fecha de regreso:

Número de identificación de estudiante:

Número de teléfono: _____

Fecha de recepción: _____

Elemento	Descripción	Etiqueta (s) de activo
●	Chromebook	
●	Cargador de	_____

Los elementos enumerados seal estudiante mencionado anteriormente prestanen buen estado de funcionamiento para el año escolar 2020-21. Se acuerda que somos responsables del cuidado del equipo. Tomaremos todos los medios necesarios para garantizar la seguridad del Chromebook y sus accesorios, incluidos, entre otros, la protección de los artículos contra robos, daños, humedad y temperaturas extremas. Aceptamos no transferir el Chromebook o los accesorios a ninguna persona que no sea parte de este Acuerdo. Aceptamos que el estudiante será el único usuario del Chromebook. Si los artículos se dañan, se pierden o son robados, informaremos de esto al maestro del estudiante de inmediato. El daño o la pérdida de este equipo puede resultar en que el estudiante pierda su privilegio de Chromebook.

El equipo / accesorios son propiedad de Port Jefferson UFSD y se le prestan al estudiante solo con fines educativos. El equipo será devuelto a la escuela en buenas condiciones de trabajo en la fecha solicitada, o antes si las hojas de los estudiantes delPort Jefferson sistema de school antes del final del año escolar. El no devolver el equipo / accesorios en las mismas condiciones existentes en el momento del préstamo, salvo el desgaste razonable, puede llevar al Distrito a requerir que cualquier gasto incurrido para reemplazar el equipo y / o accesorios sea del prestatario responsabilidad.

Tutor Firma: _____

Nombre del padre en letra de imprenta: _____

*****SOLO PARA USO DE OFICINA*****

NOTAS: _____

Términos y condiciones del acuerdo de Chromebook de PJSD

OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, **sin importar su nacionalidad o estado legal**. Este programa **es gratuito** para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de involucramiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.

¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?

- Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: (____) - ____ - ____ Mejor tiempo para ser contactado _____ AM/PM

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Para someter este referido, por favor envíelo por fax a 607-436-3606, o por correo a NYS Migrant Education Program- Identification & Recruitment Office 100 Saratoga Village Blvd, Suite 41, Ballston Spa, NY 12020