

Hicksville Public Schools

200 Division Avenue - Hicksville, NY 11801

Registration: 516-733-2168 - CPSE: 516-733-2160 - Fax: 516-733-6683

WEBSITE: HICKSVILLEPUBLICSCHOOLS.ORG

PAQUETE DE REGISTRO CPSE

Complete este paquete de registro, colóquelo en un sobre sellado y déjelo en el edificio de administración ubicado en **200 Division Avenue** entre las 7:30 am y las 3:00 pm.

O si la oficina esta serrada, déjelo en el buzón negro ubicado en el lado izquierdo del frente del edificio, encima de los escalones.

Tenga en cuenta que este paquete de inscripción es solo para la inscripción del Comité de Educación Especial Preescolar (CPSE).

Deberá registrarse para kindergarten a medida que su hijo deje de participar en el programa CPSE. Consulte el sitio web de las escuelas públicas de Hicksville para obtener más información sobre cómo registrarse para kindergarten. La inscripción para los niños que esperan ingresar a kindergarten en Septiembre comenzará en el invierno anterior a septiembre. El niño debe tener 5 años de edad el 1 de diciembre o antes del año escolar en el que ingresa a kindergarten.

NASSAU COUNTY
DEPARTMENT OF HEALTH
OFFICE OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS
Preschool Special Education Program
 60 Charles Lindbergh Blvd. Suite 100, Uniondale, New York 11553-3683

Physician Prescription for Evaluations

Based on a review of the child's records, I am referring this child for the following evaluation(s):

Student's Name: _____ DOB: _____

Agency/School _____ District: **HICKSVILLE**
(Agency, Center Based School or Individual Provider)

<u>Type Of Evaluation</u> <small>(Please check any that apply)</small>				
<input type="checkbox"/> Audiological	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Orthopedic	<input checked="" type="checkbox"/> Psychological	<input type="checkbox"/> Psychiatric
<input type="checkbox"/> Occupational Therapy	<input type="checkbox"/> Physical Therapy	<input checked="" type="checkbox"/> Speech	<input type="checkbox"/> Other _____	

Note: Please provide an ICD-10 code for each evaluation selected

*REQUIRED Reason for Evaluation <small>(ICD-10 Code or Presenting Problem)</small>	
---	--

Physician/Physician's Assistant/Nurse Practitioner Information

(Please print or use stamp):

Name:	
Address:	
Phone Number:	
License # (REQUIRED)	
NPI # (REQUIRED)	
Medicaid Provider # (REQUIRED)	

 Signature of Physician/Physician's Assistant/Nurse Practitioner

 Date

Must be original signature: STAMPED SIGNATURE WILL NOT BE ACCEPTED

A FACSIMILE OR PHOTOCOPY OF THIS RX IS ACCEPTABLE.



NASSAU COUNTY DEPARTMENT OF HEALTH

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO PARA ACCESAR AL SEGURO MEDICAID DE LOS PADRES O DEL ESTUDIANTE PARA PAGAR POR CIERTOS SERVICIOS DE EDUCACION ESPECIAL EN EL PROGRAMA DE EDUCACION INDIVIDUALIZADA DEL ESTUDIANTE (IEP)

Estimados Padres/Tutores de _____

Esto es para pedir permiso (autorización) para cobrarle a su Programa de Seguro Medicaid o de su hijo por la educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el programa de educación individualizado (IEP). Esta autorización permite que condado/el distrito escolar pueda facturar por servicios cubiertos relacionados con la salud y con el fin de entregar información al agente de facturación de Medicaid condado/del distrito escolar.

Yo, _____ como padres/tutores de, _____
(ESCRIBA El Nombre del Padre/Tutor)

Fecha de Nacimiento: _____ Medicaid CIN #: _____

He recibido una notificación por escrito condado/del distrito escolar que explica mis derechos federales sobre el uso de beneficios públicos o de seguros para pagar por cierta educación especial y servicios relacionados.

Entiendo y acepto que el condado/distrito escolar puede acceder Medicaid para pagar por la educación especial y servicios relacionados proporcionados a mi hijo. Yo entiendo que:

- Proveer consentimiento no afectará mi cobertura de Medicaid o la de mi hijo;
- A petición, puedo revisar copias de los registros divulgados en virtud de la presente autorización.
- Los servicios enumerados en el IEP de mi hijo deben ser proporcionados sin costo alguno para mí, ya sea que dé o no mi consentimiento para facturar Medicaid;
- Tengo el derecho de retirar el consentimiento en cualquier momento; y
- Condado/el distrito escolar tiene que darme una notificación anual por escrito de mis derechos en relación con este consentimiento.

También doy mi consentimiento para que condado/el distrito escolar pueda liberar los siguientes registros/información sobre mi hijo a la Agencia de Medicaid del Estado para efectos de facturación por la educación especial y servicios relacionados que se encuentran en el IEP de mi hijo. Se compartirán los siguientes registros.

Registros a ser compartidos (tales como registros o información acerca de los servicios que su hijo reciba)	
IEP, Orden Escrita/Remisión	Registros Especiales de Transporte y programa registros
Reportes de Evaluación/Notas de la Sesión	Otra información personal identificable
"Bajo la dirección de" Registros/Notas	Algún otro registro específico relacionado a los servicios o programas del niño

Doy mi consentimiento voluntariamente y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento. También entiendo que el derecho de mi hijo a recibir educación especial y servicios relacionados de ninguna manera depende de mi concesión de la autorización y que, a pesar de mi decisión de dar este consentimiento, se le proporcionarán a mi hijo todos los servicios requeridos en el IEP, sin costo alguno para mí.

Nombre y Firma del Padre/Tutor: _____
Nombre Firma del Padre/Tutor Fecha

Nassau County
DEPARTMENT OF HEALTH
OFFICE OF CHILDREN WITH SPECIAL NEEDS
Preschool Special Education Program
60 Charles Lindbergh Blvd. Suite 100
Uniondale, New York 11553-3683

HOME LANGUAGE SURVEY

Nombre del Niño(a): _____
Fecha de Nacimiento: _____

1. Cual es su parentesco con el/la niño/a? Marque 1: Madre Padre Guardián Legal
2. Su hijo(a) está expuesto únicamente al inglés? SÍ
 NO

Instrucciones para el distrito escolar:

Si los padres seleccionan "NO" mándeles por fax a los evaluadores este formulario con el consentimiento correspondiente y un formulario de referido para que se pueda hacer una evaluación bilingüe.

3. Que idioma(s) aprendió su hijo(a) cuando primero comenzó a hablar? _____
4. Qué idioma(s) se habla(n) en su casa? _____
5. Qué idioma le habla la madre al niño(a)? _____
6. Qué idioma le habla el padre al niño(a)? _____
7. Qué idioma le habla la persona que cuida al niño(a)? _____ Qué tan a menudo? _____
8. En qué idioma(s) se le hace más fácil responder a su hijo(a)? _____
9. Qué idioma(s) le habla su hijo(a) a sus hermanos y hermanas? _____
10. Si nació fuera de Estados Unidos (continental), dónde nació su hijo(a)? _____
11. Cuanto tiempo lleva su hijo(a) expuesto al inglés? _____

Instrucciones para el distrito escolar:

Si la respuesta a la pregunta 11 es menos de 3 meses, sugiera esperar 3 meses

12. Su hijo ha pasado tiempo en un: Hogar de Crianza (Foster Care) Orfanato

Firma de(l/la) Madre, Padre o Guardián Legal

Date

Personal Escolar Completando este formulario

Title

Hicksville UFSD
Comité de Educación Especial de Preescolar
200 Division Avenue
Hicksville, New York 11801
(516) 733-2160

NYSED Información Requerida del Estudiante – Datos del Sistema de Repositorio

Marque una de las dos opciones a continuación:

- Mi hijo(a) no asiste a una Escuela Preescolar, Guardería o Centro de Cuidado de Niños.
- Mi hijo(a) asiste a una Escuela Preescolar, Guardería o Centro de Cuidado de Niños. Si se ha indicado esta opción, complete la información a continuación (Nombre del programa, días y horas de asistencia).

El nombre del programa(s): _____

Mi hijo(a) normalmente asiste al programa(s) como se indica a continuación:

	lunes	martes	miércoles	jueves	viernes	Total de Minutos de la Semana:
Días en Asistencia						
Horas de Asistencia						

Nombre del Estudiante

Fecha de Nacimiento del Estudiante

Firma del Padre/Tutor

Fecha

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE

Oficina de la Matriculación

Edificio de Administración

200 Division Ave.

Hicksville, NY 11801

(516)-733-2168

Para estudiantes de CPSE

PROCESO DE APLICACIÓN PARA NUEVOS CANDIDATOS

Formularios Requeridos para Inscribirse y la Documentación necesaria:

- Formulario de Inscripción - Cuestionario de Residencia
- Programa de Educación Migrante - Encuesta de Trabajo
- Afidávit de Residencia
- Documentación Requerida para el Registro de Nuevos Candidatos
- Requisitos de Inmunización de la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York
- Afidávit de Casero
- Aplicación para Nuevos Candidatos
- Formulario de Historial de Salud
- Formulario de Inmunización
- Formulario de Evaluación de Salud
- Formulario de Servicios Previos de Educación Especial - Opcional
- Formulario de Identificación del Estudiante
- Formulario de Transferencia de Registros

Instrucciones:

1. Imprima de forma legible y complete todos los formularios con bolígrafo.
2. Reúna los documentos requeridos. Los documentos requerida están enumerados en la próxima página.
3. Llame a la Oficina de la Matriculación para una cita al (516)-733-2168.
4. El Paquete será revisado por la Oficina de la Matriculación.

Por favor incluye su dirección de correo electrónico en el formulario de "Solicitud de nuevo participante."

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE
Oficina de la Matriculación
DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA EL REGISTRO DE NUEVOS CANDIDATOS

Identificación con Foto de uno de los Padres _____

Prueba de Nacimiento (1 Documento

Partida de Nacimiento Certificado de Bautismo Pasaporte

Pruebas de la Relación Parental:

Partida de Nacimiento Certificado de Bautismo Documentos de Tutela del Tribunal Documentos de Custodia del Tribunal

Decreto de Divorcio Documentos de Adopción

Affidavits del Padre/Madre Residente y No-Residente con Custodia

Affidavits de Emancipación

Inmunizaciones: Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, Requisitos, Secciones 2164

Prueba de Educación Anterior:

Solicitud/Tarjeta de Transferencia Boletín de Calificaciones Registros de Educación Especial (Según Corresponsa)

Prueba de Residencia:

PROPIETARIO

UNA (1) PRUEBA _____, INDICADA A CONTINUACIÓN:

NO PROPIETARIO O INQUILINO

Affidavit del Casero Notarizado y/o Contrato de Alquiler Valido y Ejecutado

Título de la Casa o Escritura

Documento de Compraventa de Bienes Raíces

Estado de Cuenta Reciente de la Hipoteca

Recibo Reciente de Impuestos Escolares del Condado de Nassau

Recibo Reciente de Impuestos Generales del Condado de Nassau

Página Actual de Declaration de Seguro del Hogar

Además: UNO (1) de las siguientes Pruebas y RECIENTES

en el Nombre del Propietario a Continuación:

Factura de Servicios Públicos

Estado de la Cuenta del Banco

Factura del Teléfono

Factura del Teléfono Celular

Factura del Cable / Satélite

Factura del Sistema de Seguridad

Factura de la Tarjeta de Crédito

Además: DOS (2) de las siguientes Pruebas

en el Nombre del Inquilino a Continuación:

Factura de Servicios Públicos

Estado de Cuenta del Banco

Factura del Teléfono

Factura del Teléfono Celular

Factura del Cable / Satélite

Factura del Sistema de Alarma

Factura de la Tarjeta de Crédito

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE
SOLICITUD PARA CANDIDATO NUEVO
 (Favor de escribir en letra de molde).

Nombre del alumno _____ Sexo M F Fecha de nacimiento / /
 Dirección _____ Apellido _____ Nombre _____ Teléfono _____
 ¿Sin hogar? Sí No _____ Código postal _____ Número de celular _____
 Lugar de nacimiento _____ Pueblo/estado/pais _____ ¿En hogar sustituto? Sí No

dirección de correo electrónico: _____

DIRECCIONES ANTERIORES (LOS ÚLTIMOS 3 AÑOS)	FECHAS DESDE/HASTA	DISTRITO ESCOLAR

La última escuela que asistió _____ Grado completado _____

Dirección de la escuela _____ Grados reprobados _____

¿Ha asistido su hijo(a) a la escuela en Hicksville anteriormente? Sí No Si contestó que sí, ¿cuál escuela? _____

Nombre del padre _____ Dirección _____

Empleado por _____ Tel. del trabajo _____ Celular _____ Ocupación _____
(Si es diferente a la del/los estudiante/s)

Nombre de la madre _____ Dirección _____

Empleada por _____ Tel. del trabajo _____ Celular _____ Ocupación _____
(Si es diferente a la del/los estudiante/s)

Médico de la familia _____

Contacto de emergencia _____ Nombre _____ Dirección _____ Teléfono _____
(Aparte de los padres)

Parentesco _____

Etnicidad:

Indígena de los EE.UU. o nativo de Alaska _____ Asiática u oriundo de las islas del pacífico _____ Multirracial _____

Negro _____ Idioma primario _____

Blanco _____ Idioma(s) hablado(s) en la casa _____

Hispano _____ Idioma de la correspondencia _____

ESCRIBA LOS NOMBRES DE OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA

Nombre	Dirección	Fecha de nacimiento	Escuela a la que asiste	Grado

Padre/madre biológico(a) Sí No

Padre/madre con la custodia Sí No

Encargado(a) Sí No

Firma del padre/madre/encargado(a) _____ Fecha _____

PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (OFFICE USE ONLY)

Census Form Completed: Y N _____ Records Requested _____ Received _____
(Date) (Date)

Registered by: _____ Date _____ School _____ Grade _____ Transportation _____

REGISTRAR

NOTE TO SCHOOLS/LEAS: If the student is **NOT** living in permanent housing, please ensure that a Designation Form is completed.

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Ofrezca asistencia a los estudiantes y familias para completar este formulario. Este formulario debería de ser incluido como la primera página de los materiales de inscripción que el distrito comparte con familias. No incluya este formulario en el paquete de inscripción sin advertencias apropiadas. Por ejemplo, tendrá que cambiar partes del paquete de inscripción que requieren que se entreguen prueba de inscripción antes de matricular. Estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento, no necesitan entregar prueba de residencia y otros documentos normalmente requeridos antes de matricular.

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: _____

Nombre de la Escuela: _____

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: Hombre
 Mujer

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____ Grado: ____ ID#: ____

Mes

Día

Año

(jardín de infantes 12)

(opcional)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.

¿Donde está el estudiante viviendo actualmente? (Por favor marque una caja.)

- En un refugio
- Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
- En un hotel/motel
- En un carro, parque, autobús, tren, o camping
- Otra vivienda temporal (Por favor describa):

- En un hogar permanente

Nombre de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Firma de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Fecha

Si CUALQUIER caja que no sea "En un hogar permanente" está marcada, no se requieren prueba de domicilio u otros documentos normalmente requeridos para inscripción y el estudiante debe ser matriculado inmediatamente. Después de que el estudiante sea matriculado, el distrito o la escuela debe pedir los documentos escolares, incluyendo los documentos de inmunización, al distrito o la escuela anterior. El enlace de distrito debe ayudar al estudiante conseguir cualquier otro documento necesario o inmunización.

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Si el estudiante **NO** vive en un hogar permanente, favor de asegurarse que una Formulario de Designación sea completado.



HICKSVILLE PUBLIC SCHOOLS

Theodore Fulton, Ed.D.
Superintendente de Escuelas

Inna Mishiev
Directora Ejecutiva de Educación Especial y
Servicios de Personal Estudiantil

El Programa de Educación Migrante (MEP) proporciona servicios educativos suplementarios a niños que califican a través de fondos nacionales. El propósito del MEP es asegurar que todos los estudiantes migrantes tengan éxito académico y que se gradúen con su diploma (o que completen GED/HSE).

ENCUESTA DE TRABAJO

Gracias por contestar las siguientes preguntas. Si su hijo/a es elegible para el Programa de Educación Migrante, podría recibir apoyo educativo adicional. La información es **completamente confidencial**.

Nombre del Estudiante: _____ Nombres de los Padres: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: (____) _____

Fecha: _____ Firma de los Padres: _____

1. ¿Durante los últimos 3 años, se ha mudado su(s) hijo(s) por cualquier razón? **SÍ** _____ **NO** _____
2. ¿Se ha mudado alguien de su familia dentro de los Estados Unidos para buscar trabajo temporal o de temporada en algo relacionado con la agricultura? **SÍ** _____ **NO** _____

Si contesta **NO** a cualquiera de las dos preguntas, por favor pare aquí.



Si contesta **SÍ**, por favor continúe.

3. ¿Cuándo fue la última vez que usted o un miembro de su familia se mudó para trabajar en la agricultura?
Mes _____ Año _____
4. ¿Por favor marque en la parte abajo la actividad Agrícola en que usted buscó trabajo o trabajó:

- ____ Matadero de patos, pavos, pollos, cerdos o vacas
- ____ Enlatar o congelar verduras o frutas
- ____ Trabajar en la siembra o cosecha de césped
- ____ Plantar, emparejar o cortar árboles
- ____ Plantar o cosechar verduras o frutas
- ____ Trabajar en un criadero de peces

- ____ La espiga (maiz)
- ____ Cultivar tabaco
- ____ Granja de vacas lecheras
- ____ Pollería o granja de huevos
- ____ Cultivar y cosechar flores
- ____ Trabajar en la cría de plantas

Por favor escribe los nombres de todos los niños, menores de 22 años de edad, que viven con usted.

NOMBRE DEL NIÑO(A)	FECHA DE NACIMIENTO
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE
Departamento de Educación Especial y Servicios de Personal Estudiantil
Edificio de Administración, 200 Division Avenue
Hicksville, New York 11801

Teléfono: (516) 733-2160

Fax: (516) 733-6683

AFIDÁVIT DE RESIDENCIA
(para ser firmado y notarizado por el Padre / Guardián)

Estado de New York)
)ss:
Condado de)

Nombre del Estudiante

_____siendo debidamente jurado, dispone y dice:

1. Resido en _____ dentro del Distrito de Escuelas Públicas de Hicksville, cuál es mi único y actual lugar de residencia.
2. Estoy de acuerdo en avisar a la Escuelas Públicas de Hicksville inmediatamente en caso de que cambio mi residencia.
3. Entiendo que para que mi hijo / hijos asistan a las Escuelas Públicas de Hicksville, debo ser residente del Distrito de Escuelas Públicas de Hicksville. Por lo tanto, certifico que realmente he tomado residencia y domiciliado en la dirección anterior. Además, entiendo que si se determina que esta certificación es falsa, mi hijo / hijos serán retirados del Distrito Escolar de Hicksville y seré responsable del pago de la matrícula desde su fecha de inscripción hasta su fecha de finalización, y que seré sujeto a las sanciones por perjurio, un delito menor de Clase A. Doy fe de que toda la información proporcionada por mí en este documento es verdadera.

(Firma)

POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE EL DISTRITO MANTENGA EL DERECHO DE VERIFICAR LA RESIDENCIA A TRAVÉS DE LA UTILIZACIÓN DE UNA VISITA AL HOGAR. LOS NUEVOS REGISTRANTES Y / O RESIDENTES PUEDEN ESPERAR QUE SE CONTACTEN CON NUESTROS REPRESENTANTES PARA ARREGLAR PARA TAL VISITA.

Jurado ante mí este _____
Día de _____, 20____

FECHA: _____

Notario Público

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE

Servicios de Salud

Estimados padres/tutores:

Por favor llenen este formulario del historial de salud y devuélvanlo firmado.

Nombre del estudiante: _____ sexo: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Madre: _____ padre: _____ tutor(a): _____

Médico de la familia: _____

Dirección: _____ teléfono: _____

SI LOS PADRES/TUTORES NO ESTÁN DISPONIBLES, EN CASO DE EMERGENCIA, LLAMAR A:

Nombre: _____ teléfono: _____

Nombre: _____ teléfono: _____

HISTORIAL DE SALUD

Por favor expliquen las enfermedades, operaciones o lesiones serias:

¿Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes? (Por favor explique debajo toda respuesta positiva):

- | | | | |
|---------------------------|---------------|-------------------------------------|---------------|
| 1. Asma | sí ___ no ___ | 7. Enfermedad crónica | sí ___ no ___ |
| 2. Alergias | sí ___ no ___ | 8. Problemas de los oídos/audición | sí ___ no ___ |
| 3. Diabetes | sí ___ no ___ | 9. Problemas de los ojos/visión | sí ___ no ___ |
| 4. Problemas cardíacos | sí ___ no ___ | 10. Lentes/lentes de contacto | sí ___ no ___ |
| 5. Convulsiones/epilepsia | sí ___ no ___ | 11. Toma medicamentos a diario | sí ___ no ___ |
| 6. Condición ortopédica | sí ___ no ___ | 12. Condición de la piel/sarpullido | sí ___ no ___ |

Explicación de las respuestas positivas:

Para cada una de las respuestas positivas en **letras negritas** más arriba (del 1 al 7), favor de llenar la parte de atrás de este formulario.

Fecha: _____ Firma del padre/madre/tutor(a): _____

Deben llenar este formulario si contestaron que "sí" a alguna de las preguntas del 1-7 en el reverso de esta página. Noten que este formulario debe estar acompañado de una receta firmada por un médico para poder considerarse.

Oficina médica que atiende al estudiante: _____

Dirección: _____ teléfono: _____

Diagnóstico: _____ fecha de inicio: _____

Cantidad de hospitalizaciones, razones, resultados, fechas: _____

¿Cuáles fueron las señales y síntomas del problema de salud? _____

¿Qué clase de tratamientos, intervenciones y enfoques específicos se usan? _____

¿Necesita su hijo(a) usar alguna medicina de emergencia (ejemplo: EpiPen, Benadryl, Glucagon, Valium, etc.)? _____

¿Cuáles son los cuidados especiales que necesita en la escuela (dieta, tratamientos, equipo, prótesis, frenillos, suministros, etc.)? _____

¿Cuáles medicamentos necesita tomar su hijo(a) específicamente mientras está en la escuela y a qué hora? _____

¿Qué consideraciones especiales tiene usted con relación al problema de salud de su hijo(a) cuando está en la escuela (por ejemplo: educacional, del comportamiento, precauciones durante la educación física, en los deportes, en el receso, en los paseos escolares)? _____

¿De qué manera afecta la condición de su hijo(a) el nivel de actividad que él/ella puede hacer? _____

Si su hijo(a) tiene un problema en la escuela relacionado con su condición de salud, ¿qué plan de acción preferirían usted y su médico que tomara el personal de la escuela? _____

Por favor indique si le preocupa de alguna manera que compartamos la información en este formulario con el/la maestro(a), el/la conductor(a) del autobús y con cualquier otro personal escolar pertinente: *sí _____ no _____
(*La enfermera de la escuela se comunicará con usted para discutir sus inquietudes).

Firma del padre/madre/tutor(a): _____

Escuelas Públicas de Hicksville
Programas/Servicios de Educación Especial Anteriores

Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento: _____

Dirección _____ Teléfono: _____

Escuela que Atendió _____ Distrito: _____

Dirección _____ Teléfono: _____

Último Grado Completado _____ Nombre del Maestro/Consejero: _____

¿Ha recibido el estudiante algún servicio de educación especial? No Sí (indique a continuación):

Si ha respondido "Sí" a la pregunta anterior, por favor, complete:

Tipo de Programa de Educación Especial Atendido:

- Salón de Recursos Clase Especial Maestro Consultor Servicios Relacionados
 BOCES Educación Especial: Nombre de la Escuela: _____
 Otro (Especifique el tipo de programa o el nombre de la escuela) _____

Servicios Relacionados Proporcionados en la Colocación Más Reciente: marque todo lo que corresponda:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Terapia de Hablar | <input type="checkbox"/> Consejería | <input type="checkbox"/> Terapia Ocupacional | |
| <input type="checkbox"/> Terapia Física | <input type="checkbox"/> Servicios de Audición | <input type="checkbox"/> Servicios de Visión | |
| <i>Clasificación (si se sabe)</i> | <input type="checkbox"/> Sordera | <input type="checkbox"/> Otras Deficiencias de Salud | <input type="checkbox"/> Lesión Cerebral Traumática |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de Aprendizaje | <input type="checkbox"/> Disturbios Emocionales | <input type="checkbox"/> Discapacidad del Lenguaje o del Habla | <input type="checkbox"/> Discapacidad de la Vista |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Intelectual | <input type="checkbox"/> Discapacidad Auditiva | | |
| <input type="checkbox"/> Sordera - Ceguera | <input type="checkbox"/> Discapacidades Múltiples | | |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Discapacidad Ortopédica | | |

¿Tiene una copia del IEP más reciente de su hijo(a)? No Sí (por favor, adjunte)

Nombre del Encargado del CSE/Director de Educación Especial _____

Dirección de la Oficina del CSE _____ Teléfono # _____

Entrega de Registros/Información a las Escuelas Públicas de Hicksville

Autorizo a la escuela y al CSE indicados arriba a entregar evaluaciones académicas, psicológicas, psiquiátricas, médicas y cualquier otra evaluación, IEPs y registros a las escuelas de Hicksville. Soy consciente de que todos los registros se mantendrán confidenciales y el acceso se limitará al personal de la escuela que trabaja con mi hijo(a). Entiendo que puedo revisar todos los registros. También doy mi consentimiento para que el personal del distrito escolar que trabaja con mi hijo(a) (director, psicólogo, trabajador social, maestros de educación regular o especial, proveedores de servicios relacionados, consejero de orientación y/o encargado del CSE) hable con las personas de la escuela y de la oficina del CSE indicadas anteriormente, soy consciente de que mi consentimiento es voluntario y puede ser **RETIRADO** en cualquier momento.

Firma de los Padres o la Persona en Relación Parental

Fecha

FOR OFFICE USE ONLY: Please Forward Copies of All Evaluations and Records to:
 Committee on Special Education
 Hicksville School District
 200 Division Avenue
 Hicksville, NY 11801
 (516)733-2160 Fax: (516)733-6683

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE

IDENTIFICACIÓN RACIAL Y ÉTNICA DEL ESTUDIANTE

Todos los estudiantes entre las edades de 5 y 21 años tienen derecho a una educación pública gratis. A los niños no se les debe negar la matriculación por su raza, credo, país de origen, género, ciudadanía, discapacidad o estatus migratorio.

Nombre de la escuela:	
Nombre del/la estudiante – Apellido, Primer nombre, segundo nombre	Grado:
Número de identificación del estudiante en el distrito:	Fecha de nacimiento: Mes/día/año

INSTRUCCIONES AL/LOS PADRE(S)/MADRE/TUTOR(ES):

POR FAVOR CONTESTE(N) TODAS LAS PREGUNTAS (1) Y (2). POR FAVOR LÉANLAS ANTES DE CONTESTARLAS. [En la pregunta (1) marque (✓) en la casilla que describa mejor a su hijo(a)]. Marque (✓) sólo una casilla.

<p>1. ¿Es el estudiante hispano, latino o de origen español? Hispano, latino o de origen español quiere decir que la persona es cubana, mejicana, puertorriqueña, de Centroamérica o Suramérica, sin importar su raza.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, hispano(a)</p> <p><input type="checkbox"/> No, no hispano(a)</p>
<p>2. Elija una o más razas de los cinco grupos raciales [En la pregunta (2), marque (✓) en todos los grupos que apliquen para su hijo(a); marque (✓) por lo menos en una casilla]:</p> <p><input type="checkbox"/> INDÍGENA AMERICANO O NATIVO DE ALASKA: Una persona descendiente de cualquiera de los pueblos originales de Norte, Centro o Sur América o que mantiene afiliación a una tribu o que se mantiene contacto con su comunidad.</p> <p><input type="checkbox"/> ASIÁTICO: Una persona descendiente de cualquiera de los pueblos originales del lejano Oriente, del sudeste de Asia o del subcontinente Indio incluyendo, por ejemplo: Camboya, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las islas filipinas, Tailandia y Vietnam.</p> <p><input type="checkbox"/> HAWAIANO NATIVO U OTRO ISLEÑO: Una persona descendiente de cualquiera de los pueblos de Hawai, Guam, Samoa u otras islas del Pacífico.</p> <p><input type="checkbox"/> NEGRO O AFROAMERICANO: Una persona descendiente de cualquiera de los grupos raciales Negros de África.</p> <p><input type="checkbox"/> BLANCO: Una persona descendiente de cualquiera de los pueblos de Europa, del norte de África o del Oriente Medio.</p>

Firma del padre/madre/tutor(a)/otro

Fecha

Parentesco con el/la estudiante (por favor marque una de las casillas a continuación):

Madre Padre Tutor(a) Otro (especifique): _____

Ver información importante al reverso para los padres/tutores y los procedimientos y las regulaciones de confidencialidad.

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN ESPECIAL Y OFICINA DE PERSONAL DE ASISTENCIA AL
ESTUDIANTADO
200 Division Avenue
Hicksville, New York 11801
Teléfono: (516)733-2168 -- Fax: (516)733-6683

FORMULARIO PARENTAL DE SOLICITUD DE TRANSFERENCIA DE REGISTROS

Padres/tutores, por favor escriban legible en letra de molde y firmen para autorizarnos compartir los registros escolares:

SOLICITADO EN FECHA: _____ FECHA QUE COMENZÓ EN HICKSVILLE POR PRIVERA VEZ: _____

ESTUDIANTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ GRADO: _____

ESCUELA ANTERIOR: _____

TELÉFONO DE LA ESCUELA ANTERIOR: _____ FAX: _____

DIRECCIÓN ANTERIOR DEL ESTUDIANTE: _____

NOMBRE Y FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR: _____

FORMER DISTRICT, PLEASE SEND ALL PERTINENT EDUCATIONAL RECORDS TO:

(DISTRITO ESCOLAR ANTERIOR, POR FAVOR ENVÍEN TODOS LOS REGISTROS ACADÉMICOS PERTINENTES A):

___ Burns Avenue School, 40 Burns Avenue, Hicksville, NY 11801 -- Phone: (516)733-2311; Fax: (516)733-6694

___ Dutch Lane School, 50 Stewart Avenue, Hicksville, NY 11801 -- Phone: (516)733-2361; Fax: (516)733-3520

___ East Street School, 50 East Street, Hicksville, NY 11801 -- Phone: (516)733-2321; Fax: (516)733-3533

___ Fork Lane School, 4 Fork Lane, Hicksville, NY 11801 -- Phone: (516)733-2341; Fax: (516)733-3521

___ Lee Avenue School, 1 Seventh Street, Hicksville, NY 11801 -- Phone: (516)733-2351; Fax: (516)733-3522

___ Old Country Road School, 49 Rhodes Lane, Hicksville, NY 11801 -- Phone: (516)733-2301; Fax: (516)733-3523

___ Woodland School, 85 Ketcham Road, Hicksville, NY 11801 -- Phone: (516)733-2331; Fax: (516)733-3524

___ Middle School, 215 Jerusalem Avenue, Hicksville, NY 11801 -- Phone: (516)733-2272; Fax: (516)733-6528

ATENCIÓN: DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN ACADÉMICA

___ High School, 180 Division Avenue, Hicksville, NY 11801 -- Phone: (516)733-2221; Fax: (516)733-1194

ATENCIÓN: DEPARTAMENTO DE ORIENTACIÓN ACADÉMICA

ALL SPECIAL EDUCATION IEP'S OR 504 PLAN AS APPLICABLE ARE TO BE SENT TO:

(TODOS LOS PLANES DE EDUCACIÓN INDIVIDUALIZADOS O EL PLAN 504 DEBEN SER ENVIADOS A):

___ Committee on Special Education, Hicksville Public Schools, 200 Division Avenue, Hicksville, NY 11801,
phone (516)733-2160 -- Fax: (516)733-6683

Este es un documento legal. La información proveída por usted será utilizada por la Junta de Educación para determinar si un/a alumno/a tiene el derecho a una educación gratis en este distrito escolar. Cada pregunta debe ser contestada o de lo contrario este Afidávit no se tomará en consideración.

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE
AFIDAVIT DE CASERO

ESTADO DE NUEVA YORK)
CONDADO DE NASSAU) SS:

Yo, _____, de mayoría de edad, bajo juramento de acuerdo con la ley, depone y declara:

1. Yo soy el dueño /a de la propiedad ubicada en _____ en el Distrito Escolar de Hicksville.

2. _____ es un/a inquilino/a y ha sido inquilino/a en la localidad ya mencionada desde el _____, 20____. Una copia completa y válida del contrato de arrendamiento de dicho inquilino/a, si está por escrito, está incluida aquí. En el caso de que este inquilino/a no tenga un contrato por escrito, los términos pertinentes de tal contrato son los siguientes:

A. Ponga un círculo alrededor de uno de los siguientes: de mes a mes / de año a año

B. Cantidad de Alquiler: \$ _____ por _____

C. Los nombres de los inquilinos permitidos son:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

3. Estoy haciendo esta Afidávit sabiendo que la Junta de Educación de Hicksville va a depender de la misma para determinar si _____ será considerado/a un/a alumno/a con derecho a educación gratuita.

4. Yo _____ creo _____ no créo que _____ haya sido un/a inquilino/a en la dirección mencionada anteriormente.

Entiendo y estoy de acuerdo que si cualquiera de las declaraciones hechas por mí son deliberadamente falsas, yo podría estar sometido/a posiblemente a un juicio criminal y civil.

(Casero)

Jurado y suscrito ante mí
Esté _____ día de _____, 20_____

(Notario Público)

Anexo 1

This is a legal document. The information provided by you will be used by the Board of Education to determine whether a pupil is entitled to a free education in this school district. Every question must be answered or the Affidavit will not be considered.

**HICKSVILLE PUBLIC SCHOOLS
AFFIDAVIT OF LANDLORD**

STATE OF NEW YORK)
COUNTY OF NASSAU) SS:

I, _____, of full age, being duly sworn upon his or her oath, according to law, deposes and says:

1. I am the owner of the property located at _____
in the Hicksville School District

2. _____ is a tenant and has been a tenant at the above premises since _____, 20____. A true and complete copy of this tenant's lease, if in written form, is attached hereto. In the event that the tenant does not have a written lease, the pertinent terms of said lease are as follows:

A. Circle one of the following: month to month / year to year

B. Rental Amount: \$ _____ per _____

C. The names of the permissible tenants are as follows:

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

3. I am making this affidavit knowing that the Hicksville Board of Education will rely on same in determining whether _____ will be considered a pupil who is entitled to an education free of charge.

4. I do do not believe that _____ has been a tenant at the above premises

1. I understand and agree that if any of the statements made by me are willfully false that I may be subject to potential civil as well as criminal prosecution.

(Landlord)

Sworn and subscribed before
Me this _____ day of _____, 20____

(Notary Public)

Exhibit 1

ESCUELAS PÚBLICAS DE HICKSVILLE
Oficina de la Matriculación
DOCUMENTACIÓN REQUERIDA PARA EL REGISTRO DE NUEVOS CANDIDATOS

Immunizaciones: Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, Requisitos, Secciones 2164

A partir del 1 de julio de 2015, no se admitirá a ningún niño en la escuela, o en el caso de estudiantes que ingresen desde fuera de Nueva York, se les permitirá asistir a la escuela, más de 14 días sin evidencia satisfactoria por escrito de que el estudiante ha sido vacunado. A continuación se incluye un resumen de los cambios en los **Requisitos de Inmunización Escolar para el Año Escolar de 2019-2020** según las regulaciones modificadas del NYSDOH:

- MMR (grados K-12) 2 dosis; (Pre-K) 1 dosis
- Tdap (grados 6-12) 1 dosis
- DTap (grados Pre-K-6) 4-5 dosis -- si la cuarta dosis se recibió después de los 4 años, solo se requieren 4 dosis; (Grados 6-12) 3 dosis
- Polio (grados K-4 y 6-11) 4 dosis -- si la tercera dosis se recibió después de los 4 años, entonces se requieren 3 dosis; (Grados Pre-K -- 5, 11 y 12) 3 dosis
- Varicella (grados K-5, 6-11) 2 dosis (grados Pre-K y 12) 1 dosis
- Hepatitis B (grados Pre-K-12) 3 dosis
- Meningococcal (grados 7, 8, 9, y 10) 1 dosis; (grado 12) 2 dosis -- 1 dosis aceptable si se administra después de los 16 años
- Haemophilus Influenzae Type B (HIB) (Pre-K) 1-4 dosis
- Pneumococcal Conjugate Vaccine (PVC) (Pre-K) 1-4 dosis

Cualquier estudiante que no cumpla con los criterios antes mencionados está violando la Ley de Salud Pública del Estado de Nueva York, Sección 2164, y **no será admitido en la escuela** hasta que el estudiante presente evidencia escrita satisfactoria de cumplimiento. Dosis debe cumplir con los intervalos adecuados establecidos por ACIP.

EXENCIÓN MÉDICA

La exención médica debe renovarse anualmente; debe contener información para identificar contraindicaciones médicas para la inmunización específica, debe especificar el tiempo de inmunización contraindicado y debe estar escrito por un médico con licencia para ejercer en el estado de Nueva York.

Para el Año Escolar de 2020-2021, se aplicarán las siguientes enmiendas a los requisitos anteriores:

- Polio (grados K-12) ahora requerirá 4 dosis
- Varicella (grados K-12) ahora requerirá 2 dosis
- Meningitis (grados 7-11) ahora requerirá 1 dosis y (Grado 12) ahora requerirá 2 dosis

**HICKSVILLE PUBLIC SCHOOLS
CERTIFICATE OF IMMUNIZATIONS**

This is to certify that _____
(first name) (last name)

GRADE _____ SCHOOL _____ DATE OF BIRTH _____

Received the following immunizations (indicate full date: month, day, year)

Measles _____ Disease date _____ Titer _____

Mumps _____ Disease date _____ Titer _____

Rubella _____ Disease date _____ Titer _____

MMR _____

HIB _____

PCV _____

Polio _____

DPT/dtap _____

DT/TD _____

Tdap _____

Meningococcal _____

Hepatitis B _____

Hepatitis A _____

Varicella _____ Disease Date _____

Lead screening _____

PPD _____ CXR _____

Medical Exemption _____

Serology attached _____

PHYSICIAN STAMP

DATE _____ PHYSICIAN SIGNATURE _____

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM

TO BE COMPLETED BY PRIVATE HEALTHCARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special Education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
Sex Assigned at Birth: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Gender Identity: <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Nonbinary <input type="checkbox"/> X	
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

If yes to any diagnoses below, check all that apply and provide additional information.

<input type="checkbox"/> Allergies	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached	
<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached	
<input type="checkbox"/> Seizures	Type: <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	Date of last seizure: <input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached
<input type="checkbox"/> Diabetes	Type: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached	<input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother, and/or pre-diabetes.

BMI _____ kg/m²

Percentile (Weight Status Category): < 5th 5th- 49th 50th- 84th 85th- 94th 95th- 98th 99th and >

Hyperlipidemia: Yes Not Done Hypertension: Yes Not Done

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
Laboratory Testing	Positive	Negative	Date	Lead Level Required for PreK & K
TB- PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 5 $\mu\text{g}/\text{dL}$
Sickle Cell Screen-PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

System Review Within Normal Limits

Abnormal Findings – List Other Pertinent Medical Concerns Below (e.g., concussion, mental health, one functioning organ)

<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine/Neck	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Mental Health	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal

<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:	Diagnoses/Problems (list) ICD-10 Code*
<input type="checkbox"/> Additional Information Attached	*Required only for students with an IEP receiving Medicaid

Name:	Affirmed Name (if applicable):	DOB:
-------	--------------------------------	------

SCREENINGS

Vision & Hearing Screenings Required for PreK or K, 1, 3, 5, 7, & 11

Vision Screening	With Correction <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Right	Left	Referral	Not Done
Distance Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
Near Vision Acuity		20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
Color Perception Screening	<input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				<input type="checkbox"/>

Notes

Hearing Screening: Passing indicates student can hear 20dB at all frequencies: 500, 1000, 2000, 3000, 4000 Hz; for grades 7 & 11 also test at 6000 & 8000 Hz.	Not Done
--	-----------------

Pure Tone Screening	Right <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Left <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	Referral <input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>
---------------------	---	--	---------------------------------------	--------------------------

Notes

Scoliosis Screening: Boys grade 9, Girls grades 5 & 7	Negative	Positive	Referral	Not Done
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/>

FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION*/SPORTS*/PLAYGROUND/WORK

***Family cardiac history reviewed** – required for Dominick Murray Sudden Cardiac Arrest Prevention Act

Student may participate in all activities without restrictions.

If Restrictions Apply – Complete the information below

- Student is restricted from participation in:**
- Contact Sports:** Basketball, Competitive Cheerleading, Diving, Downhill Skiing, Field Hockey, Football, Gymnastics, Ice Hockey, Lacrosse, Soccer, and Wrestling.
 - Limited Contact Sports:** Baseball, Fencing, Softball, and Volleyball.
 - Non-Contact Sports:** Archery, Badminton, Bowling, Cross-Country, Golf, Riflery, Swimming, Tennis, and Track & Field.
 - Other Restrictions:**

Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY required for students in Grades 7 & 8 who wish to play at the high school interscholastic sports level **OR** Grades 9-12 who wish to play at the modified interscholastic sports level.

Tanner Stage: I II III IV V

Other Accommodations*: Provide Details (e.g., brace, insulin pump, prosthetic, sports goggles, etc.):

*Check with the athletic governing body if prior approval/form completion is required for use of the device at athletic competitions.

MEDICATIONS

Order Form for medication(s) needed at school attached

COMMUNICABLE DISEASE

Confirmed free of communicable disease during exam

IMMUNIZATIONS

Record Attached Reported in NYSIIS

HEALTHCARE PROVIDER

Healthcare Provider Signature:

Provider Name: *(please print)*

Provider Address:

Phone: _____ Fax: _____

Please Return This Form to Your Child's School Health Office When Completed.

AFFIDAVIT CUSTODIAL NOTARIZADAS

LO SIGUIENTE APLICA A PADRES O GUARDIAS QUIEN...

PASAPORTE ENVIADO EN CAMBIO A CERTIFICADO DE NACIMIENTO PARA LA REGISTRACIÓN DE SU HIJO/HIJA:

- Si los padres eligen entregar un pasaporte en cambio al certificado de nacimiento, cada padre tiene que entregar el Affidavit Custodial Residente para comprobar la residencia. Si eligen entregar el certificado de nacimiento entonces no tienen que entregar Affidavits Custodiales y pueden saltar al próximo paso.

PADRES QUE VIVEN EN HOGARES SEPARADOS:

- Si la madre y el padre viven en hogares separados, el padre que está registrando el niño y que vive en el distrito escolar de Hicksville tiene que llenar el Affidavit Custodial Residente de Hicksville en frente de un Notario.
- Si el otro padre también vive en el distrito de Hicksville ese mismo padre tiene que también llenar el Affidavit Custodial Residente de Hicksville en frente de un notario. Si el otro padre vive en otro distrito fuera de Hicksville entonces ellos tienen que llenar el Affidavit Custodial no-residente de Hicksville en frente de un notario.
- Si hay documentos preparativos de las cortes en referencia a custodia, naturalmente, eso se puede entregar en cambio a los affidavits.

GUARDIA(S) QUE NO ESTÁN ENLISTADOS EN EL ESTUDIANTES CERTIFICADO DE NACIMIENTO:

- Si un guardia(s) está registrando al estudiante, entonces la guardia tiene que llenar y completar el Affidavit Custodial Residente de Hicksville en frente de un notario. Si hay preparativos de las cortes o si hay transferencia de Poder Especial diciendo estos derechos, naturalmente, los puede entregar en cambio de estos affidavits. Depende de las circunstancias hay probabilidad de tener que entregar los dos documentos.

SI ALGUNO DE LOS ANTERIORES SE APLICA, POR FAVOR INCLUYE ESTOS DOCUMENTOS EN EL PAQUETE DE REGISTRACIÓN.

SI ALGUNA DE ESTAS CIRCUNSTANCIAS NO SE APLICA A SU CASA, ENTONCES POR FAVOR IGNORA ESTO Y PASA AL PRÓXIMO PASO.

Este es un documento legal. La información proveída por Ud. será utilizada por la Junta de Educación para determinar si un/a alumno/a tiene derecho a una educación gratis en este distrito escolar. Cada pregunta debe ser contestada o sino este Affidavit no se tomará en consideración.

HICKSVILLE PUBLIC SCHOOLS
AFFIDAVIT DE RESIDENTE DE HICKSVILLE CON RELACION CUSTODIAL

ESTADO DE NUEVA YORK)
CONDADO DE NASSAU) SS:

Yo, _____, mayor de edad, bajo juramento de acuerdo con la ley, depone y declara:
1. Yo vivo en _____, en el Distrito Escolar de Hicksville, en el Condado de Nassau en el Estado de Nueva York.

2. Atesto que _____, que tiene _____ años de edad, y reside conmigo a diario, durante todo el año en _____ en el Distrito Escolar de Hicksville.

3. El niño/a mencionado/a anteriormente ha residido conmigo desde _____ de 20____, y es mi intención que dicho niño/a resida conmigo hasta _____.

4. El niño/a mencionado/a anteriormente no puede residir con su padre/madre/guardián debido a la(s) razón(es) siguiente(s):

5. Atesto aquí que declararé/no declararé (marque uno) al niño/a mencionado/a anteriormente como dependiente en el año fiscal corriente.

6a. Mantengo al niño/a mencionado/a anteriormente completamente y sin cargos.
O BIEN

6b. Recibo \$ _____ para la manutención del niño/a mencionado/a anteriormente por semana/mes/año (marque uno).

7. Yo por la presente acepto responsabilidad completa por TODOS los aspectos del cuidado de mi hijo/a incluyendo, pero sin limitarse a, autorización para consentir todo y cualquier programa educativo, al igual que consentir, y proveer para todo y cualquier necesidad de salud, médica y de seguridad de mi hijo/a.

8. Estoy haciendo este Affidavit sabiendo que la Junta de Educación de Hicksville va a depender del mismo para determinar si _____ será considerado/a un/a alumno/a con derecho a educación gratuita.

9. Entiendo y estoy de acuerdo que si cualquiera de las declaraciones hechas por mí son deliberadamente falsas, yo podría estar sometido posiblemente a cargos criminales y civiles

(Residente de Hicksville con relación custodial)

Jurado y suscrito ante mí
Este _____ día de _____, 20____.

(Notario Público)

Este es un documento legal. La información proveída por Ud. será utilizada por la Junta de Educación para determinar si un/a alumno/a tiene derecho a una educación gratis en este distrito escolar. Cada pregunta debe ser contestada o sino este Affidavit no se tomará en consideración.

HICKSVILLE PUBLIC SCHOOLS
AFFIDAVIT DE PADRE/MADRE CONCUSTODIA O GUARDIAN LEGAL NO RESIDENTE

ESTADO DE NUEVA YORK)
CONDADO DE NASSAU) SS:

Yo, _____, mayor de edad, bajo juramento de acuerdo con la ley, depone y declara:

1. Yo vivo en _____, en el pueblo (ciudad) de _____ en el Estado de Nueva York.

2. Soy el padre/madre con custodia/guardián de mi hijo/a _____, que tiene _____ años de edad, y que reside con _____ en el Distrito Escolar de Hicksville. (UNA COPIA DE LOS DOCUMENTOS DE CUSTODIA/TUTELA LEGAL DEBIDAMENTE EJECUTADOS DEBE INCLUIRSE)

3. Mi hijo/a ha residido con la persona mencionada anteriormente desde _____ de 20____, y es mi intención que mi hijo/a resida con dicha persona hasta _____.

4. Mi hijo/a no puede residir conmigo debido a la(s) razón(es) siguiente(s): _____

5. Atesto aquí que declararé/no declararé (marque uno) al niño/a mencionado/a anteriormente como dependiente en el año fiscal corriente.

6a. _____ mantiene completamente al niño/a mencionado/a anteriormente sin cargo.

BIEN

6b. Proveo \$ _____ para la manutención de mi hijo/a mencionado/a anteriormente por semana/mes/año (marque uno).

7. Yo por la presente autorizo a _____ a que tenga responsabilidad completa por TODOS los aspectos del cuidado de mi hijo/a incluyendo, pero sin limitarse a, autorización para consentir todo y cualquier programa educativo, al igual que consentir, y proveer para todo y cualquier necesidad de salud, médica y de seguridad de mi hijo/a.

8. Estoy haciendo este Affidavit sabiendo que la Junta de Educación de Hicksville va a depender del mismo para determinar si _____ será considerado/a alumno/a con derecho a educación gratuita.

9. Entiendo y estoy de acuerdo que si cualquiera de las declaraciones hechas por mí son deliberadamente falsas, yo podría estar sometido posiblemente a cargos criminales y civiles

(Padre/Madre/Guardián)

Jurado y suscrito ante mí
Este _____ día de _____, 20____.

(Notario Público)