

**Para matricular su hijo en el distrito escolar de
Hammonton, usted debe de presentar los siguientes
documentos:**

Acta de nacimiento

Original

Prueba de domicilio (una combinación de los siguientes)

Carta de Waterford

Licencia de conducir (con su dirección actual)

Una factura con su dirección (solamente puede presentar la factura de electricidad o gas)

Una carta notariada por el dueño del domicilio/familia/ amigo donde vive el padre/guardián del estudiante. También es necesario que los nombres estén escrito en la carta, también la persona que firmo la carta debe presentar identificación.

Recibo de renta o el contrato de renta (debe de tener el nombre del dueño del domicilio, su dirección y teléfono)

Certificado de elegibilidad

Carta del departamento de DYFS

Prueba de que es el padre (necesita uno de los siguientes documentos)

Licencia

Acta de nacimiento del padre/madre

Acta de bautismo de los padres

Certificado de matrimonio

Pasaporte

Documentos de custodia (si es aplicable)

No es aplicable

Copia original de la más reciente decisión judicial

Documento de vacunas

Documento Original de vacunas del doctor o una copia del formulario NJ A45

Escuela donde fue anteriormente

Tarjeta de traslado (si fue en New Jersey)

Notas

IEP Programa Educativo Individualizado (si aplica)

La registraci3n completa de Hammonton

Autobús:

Si

No

Todos los documentos tienen que ser presentado durante la cita para matricular el estudiante

Distrito escolar hammonton
Informacion del Estudiante Registro Permanente

Estudiante: _____ Homeroom: _____

Direccion: _____ Fecha de nacimiento: _____

_____ Anos: _____

Inicio Telefono: (____) _____

Direccion de correo electronico: _____

Puede que sea necesario ponerse en contacto con usted si su hijo esta enfermo o si hay una emergencia en relacion con su hijo.

Nombre de Mother: _____

Madre's Direccion: _____

Lugar de empleo: _____

Direccion del Contratante: _____

Telefono de la casa: _____

Telefono del trabajo: _____ Telefono celular: _____

Nombre del father: _____

Direccion del Father: _____

Lugar de empleo: _____

Direccion del Contratante: _____

Telefono de la casa: _____

Telefono del trabajo: _____ Telefono celular: _____

Natural Los padres son: Married _____ Separated _____ Divorced _____ Other _____

DEBEMOS TENER UNA COPIA DEL ACUERDO DE CUSTODIA MAS RECIENTE

Por favor complete ambos lados de est formulario

Quien vive en el hogar con su hijo?

Nombre de persona:

Relacion con el niño:(ex. padre, padrastro,
Hermana, hermanastra, etc.)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

El niño asistió a un programa preescolar? _____ Si es así, donde _____

Tiene el estudiante algún familiar en su nivel de grado? _____

Tiene el estudiante algún pariente que sea miembro del personal? _____

Nombre de la Escuela Anterior: _____

Ciudad Estado País _____

Fue su hijo en algún programa especial? _____

Por favor marque todos los que apliquen:

Habilidades Básicas Reading ___ Idioma ___ Matemáticas ___ Estudio Infantil ___ Habla ___

Enriquecimiento/Dotado & Talentoso ___ Recibiendo Consejería ___ Bilingüe/ESL ___

Cualquier servicio externo ___

Por favor complete ambos lados de este formulario

ESCUELA DEL DISTRITO DE HAMMONTON
HISTORIA DE SALUD FAMILIAR

NOMBRE _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ GRADO _____
 DIRECCION _____ SEXO _____
 PADRE _____ MADRE _____ TELEFONO _____
 CELULAR DE PADRE _____ CELULAR DE MADRE _____
 DOCTOR FAMILIAR _____ TELEFONO _____
 EN CASO DE EMERGENCIA _____
 RELACION _____ TELEFONO _____ CELULAR _____

TODA INFORMACION MEDICA ES MANTENIDA ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL. EN ORDEN DE MANTENER SU NIÑO(A) SALUDABLE Y SEGURO DURANTE EL DIA ESCOLAR, POR FIRMAR ABAJO, USTED PERMITE QUE LA ENFERMERA PODRA COMPARTIR INFORMACION MEDICA PERTINENTE CON PERSONAL DE LA ESCUELA APROPIADA.
 FIRMA DE PADRE/GUARDIAN: _____

INFORMACION DE SALUD PERSONAL

ENFERMEDAD A LA MADRE DURANTE EL EMBARAZO _____
 DIFICULTAD O COMPLICACION AL PARIR _____
 PESO AL NACIMIENTO _____ LBS. _____ OZ. ANDO SOLO A LOS _____ MESES

<u>HA TENIDO SU NIÑO(A) ALGUNOS DE LOS SIGUIENTE:</u>	<u>SI</u>	<u>NO</u>	<u>FECHA</u>
SARAMPION (MEASLES)	_____	_____	_____
PAPERAS (MUMPS)	_____	_____	_____
RUBEOLA (RUBELLA)	_____	_____	_____
VIRUELAS LOCAS (CHICKEN POX)	_____	_____	_____
FIEBRE REUMATICA (RHEUMATIC FEVER)	_____	_____	_____
ASMA O FATIGA (ASTHMA OR WHEEZING)	_____	_____	_____
PULMONIA O BRONQUITIS (PNEUMONIA OR BRONCHITIS)	_____	_____	_____
FRECIENTES DOLORES DE GARGANTA (SORE THROATS)	_____	_____	_____
FRECIENTES INFECCIONES DE OIDOS (EAR INFECTIONS)	_____	_____	_____
PROBLEMAS CON EL OIR (TROUBLE WITH HEARING)	_____	_____	_____
PROBLEMAS CON EL HABLAR (TROUBLE WITH SPEECH)	_____	_____	_____
PROBLEMAS CON LA VISTA (TROUBLE WITH VISION)	_____	_____	_____
FRECIENTES VOMITOS O DIAREA (VOMITING OR DIARRHEA)	_____	_____	_____
TENDENCIA A SANGRAR FACILMENTE (TO BLEED EASILY)	_____	_____	_____
ECZEMA O RONCHAS (ECZEMA OR HIVES)	_____	_____	_____
HEPATITIS	_____	_____	_____
DEFECTOS CONGENITOS	_____	_____	_____
ENFERMEDAD DE LOS MUSCULOS NERVIOSOS (MUSCULAR DISEASES)	_____	_____	_____
DIABETIS (DIABETES)	_____	_____	_____
FACTOR DE SANGRE RARO (R.H. FACTOR)	_____	_____	_____

(OTRO LADO)

	SI	NO	FECHA
DEFECTOS EN LOS HUESOS (BONE DEFECTS)	_____	_____	_____
CONVULSIONES O OTROS ATAQUES (CONVULSIONS OR OTHER SEIZURES)	_____	_____	_____
NERVIOSIDAD RARA, MORDERSE LAS UÑAS, O CHUPARSE EL DEDO (UNUSUAL NERVOUSNESS, NAIL BITTING)	_____	_____	_____
PESADILLAS O PROBLEMAS DE DORMIR (TROUBLE SLEEPING)	_____	_____	_____
AGUANTA LA RESPIRACION O ATAQUES TEMPERAMENTALES (BREATH HOLDING OR TEMPER TANTRUMS)	_____	_____	_____
DIFICULTAD DE ENTRENAMIENTO AL BAÑO O MOJA LA CAMA (DIFFICULTY TOILET TRAINING OR BED WETTING)	_____	_____	_____
PROBLEMAS CON LOS RIÑONES O VEJIGA (KIDNEY OR BLADDER PROBLEMS)	_____	_____	_____
ALGUN GOLPE SEVERO (ANY SEVERE INJURY)	_____	_____	_____
ALGUNA ENFERMEDAD SEVERA (ANY SEVERE ILLNESSES)	_____	_____	_____
ALGUNA OPERACION (ANY OPERATIONS)	_____	_____	_____
ALERGIAS (ALLERGIES)	_____	_____	_____

FAMILY HEALTH HISTORY

HAVE ANY RELATIVES IN THE FAMILY HAD:

	SI	NO	FAMILIAR
ALERGIAS SIGNIFICANTES (SIGNIFICANT ALLERGIES)	_____	_____	_____
FIEBRE REUMATICA (RHEUMATIC FEVER)	_____	_____	_____
ENFERMEDAD DEL CORAZON (HEART DISEASE)	_____	_____	_____
TUBERCULOSIS	_____	_____	_____
ATAQUES DE CONVULSION (CONVULSIVE DISORDER)	_____	_____	_____
ENFERMEDAD MENTAL (MENTAL ILLNESS)	_____	_____	_____
CANCER	_____	_____	_____
DIABETES	_____	_____	_____

NOTES FOR NURSE USE ONLY (USO PARA LA ENFERMERA SOLAMENTE)

VACUNAS:

DPT	_____	_____	_____	_____
POLIO	_____	_____	_____	_____
MEASLES	_____	_____	_____	_____
MUMPS	_____	_____	_____	_____
TB	_____	_____	_____	_____
FLB	_____	_____	_____	_____
HEP B	_____	_____	_____	_____

DISTRITO ESCOLAR DE HAMMONTON

ENCUESTA DE IDIOMA EN SU CASA

La información en esta encuesta es usada para determinar la elegibilidad para servicios bilingüe/ESL y la diversidad de idiomas nativos que debemos reportar al Departamento de Educación del estado de Nueva Jersey. Les agradecemos su cooperación por completar este formulario.

Fecha de hoy

Nombre del Estudiante _____ Grado _____

Dirección _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Lugar de Nacimiento _____

Nombre de Padre(s)/Guardián(es) _____

Número de Teléfono _____ Nacionalidad (Opcional) _____

Primer Día de registro como estudiante en Hammonton _____

Información de Idioma

(Favor de marcar línea apropiada abajo.)

Cual fue el primer idioma hablo su hijo(a) primero? Ingles _____ Español _____ Otro _____
(especifica el lenguaje)

Como Padre/Guardián, que idioma le habla usted, mas frecuente a su hijo(a) en su casa? Ingles _____ Español _____ Otro _____
(especifica el lenguaje)

Que idioma habla su hijo(a) mas frecuente en casa? Ingles _____ Español _____ Otro _____
(especifica el lenguaje)

Que idioma usa su hijo(a) mas frecuente cuando le habla a otros miembros de la familia en su casa? Ingles _____ Español _____ Otro _____
(especifica el lenguaje)

Cual fue la PRIMERA FECHA (mes/día/año) que su hijo(a) fue registrado en una escuela en los Estados Unidos? _____

Si, su hijo ha asistido a otras escuelas en los estados unidos, por favor indique en la línea cuantos años asistió en total? _____

Gracias por completar esta encuesta.

DISTRICT USE ONLY		(Please forward copy to secretary for DE & ESL Services at ECEC)	
		ISGE	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N
NLOTE	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	SY 20__-__	YR _____
IPT	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	SY 20__-__	YR _____
LEP	<input type="checkbox"/> Y <input type="checkbox"/> N	SY 20__-__	YR _____

Hammonton Public Schools

566 Old Forks Road

PO Box 631

Hammonton, NJ 08037-0631

(609) 567-7000 • Fax (609) 561-3567

Website: www.hammontonps.org

C. Dan Blachford, Ed.D.
Superintendent of Schools

John Lavell
Supervisor of Special Education

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

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

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

¿Hay un costo para usted?

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

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

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

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

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

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

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

¿Quién podría tener acceso a esa información?

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

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

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

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

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

¿Qué pasa si usted tiene preguntas?

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

Forma de entrega: (marque una opción):

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

Hammonton Public Schools

566 Old Forks Road
PO Box 631
Hammonton, NJ 08037-0631
(609) 567-7000 • Fax (609) 561-3567
Website: www.hammontonps.org

C. Dan Blachford, Ed.D
Superintendent of Schools

John Lavell
Supervisor of Special Education

Formulario de consentimiento de los padres Special Education Medicaid Initiative (SEMI)

_____ Distrito Escolar

Nuestro distrito escolar participa en el programa de Inicialiva de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés), que permite a los distritos escolares facturar al programa de salud Medicaid por servicios que se ofrecen a los estudiantes.

De acuerdo con la Ley federal sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), 34CFR§99.30 y la Sección 617 de la Parte B de la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) sobre requisitos de consentimiento en 34 CFR§300.622, se necesita un consentimiento único antes de poder acceder a beneficios públicos.

Este consentimiento establece que los datos personales de su hijo(a), tales como su historial en la escuela o información acerca de los servicios que le son proporcionados, incluyendo las evaluaciones y los servicios especificados del Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) que recibe su hijo(a) (terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, terapia psicológica para estudiantes, audiología, enfermería y transporte especializado), pueden ser revelados al programa Medicaid y al Departamento del Tesoro con el fin de recibir el reembolso de Medicaid en el distrito escolar.

Como padre o madre/tutor del o la menor nombrado(a) abajo, doy permiso para que se revele la información descrita anteriormente; así como entiendo y acepto que Medicaid puede tener acceso a los beneficios públicos o seguros mi hijo(a) o míos para pagar los servicios de educación especial y relacionados al amparo de la Parte 300 (servicios bajo IDEA).

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento del niño(a): ____/____/____

Padre/Tutor: _____ Fecha: ____/____/____

Doy mi consentimiento para facturar al SEMI: Si
No

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, poniéndose en contacto con el administrador de la escuela de su hijo(a).