

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

Acta de nacimiento

Original

Prueba de domicilio (por lo menos dos 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 registración completa de Hammonton

Autobús:

Si

No

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

Distrito Escolar de Hammonton
Record de Información permanente del estudiante

Nombre del estudiante: _____ Salón Hogar: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____

Teléfono del hogar: _____ Correo Electrónico: _____

Puede ser necesario ponerse en contacto con usted si su hijo está enfermo o si hay una emergencia en relación a su hijo

Nombre de la madre: _____

Dirección de la madre: _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____

Lugar de Empleo: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Dirección del trabajo: _____

Nombre del padre: _____

Dirección del padre: _____

Teléfono de la casa: _____ Celular: _____

Lugar de Empleo: _____ Teléfono del Trabajo: _____

Dirección del trabajo: _____

¿El padre o tutor del estudiante está en servicio activo en la Guardia Nacional o en los componentes de la Reserva de los Servicios Militares de los Estados Unidos? SI o NO

Padres naturales son: Casados _____ Separados _____ Divorciados _____ Otros _____

Quien vive en el hogar con su hijo?

Nombre de las personas:

Relación con el niño: (padre, padrastro, hermanos, Hermanastros, ect.)

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

***DEBEMOS TENER LA COPIA MAS RECIENTE DEL ACUERDO DE CUSTODIA**

Por favor complete ambos lados de este formulario

El niño asistió a algún programa pre-escolar? _____ Si es así, donde: _____

El estudiante tiene algún familiar en su grado? _____

El estudiante tiene algún pariente que sea miembro del personal de la escuela? _____

Nombre de la escuela anterior

Ciudad

Estado

País

Su hijo estaba en un programa especial?

_____ Habilidades básicas de lectura

_____ Lenguaje

_____ Matemáticas

_____ Estudio infantil

_____ Habla

_____ Enriquecimiento/ Dotado y/o Talentoso

_____ Consejería

_____ Bilingüe/ESL

_____ Cualquier otro servicio externo: _____

Por favor complete ambos lados de este formulario

JUNTA DE EDUCACIÓN DE HAMMONTON
Cuestionario de Residencia Estudiantil

Nombre de Estudiante: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Grado: _____ Sexo: Niño Niña

Nombre de Padre/Guardian Legal: _____

Este cuestionario está destinado a abordar la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435.

Las respuestas a esta información de residencia ayudan a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir.

¿Es su dirección actual un arreglo de vivienda temporal? No Si

Si respondió **NO** a la pregunta anterior, firme a continuación. Si respondió **SÍ**, continúe.

¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? No Si

Si respondió **NO** a la pregunta anterior, firme a continuación. Si respondió **SÍ**, continúe.

Presentar un registro falso o falsificar registros es una ofensa bajo la Sección 37.10, código PENAL y inscripción del niño bajo documentos falsos somete a la persona a responsabilidad por la matrícula o otros costos. TEC Sec. 25.002 (3) (d).

Firma de Padre/Guardian

Fecha



Residencia temporal: _____ Familiar Amigo Otro _____

_____ < 6 meses 6-12 meses 12 meses

Residencia Permanente Anterior:

Residencia en esta dirección *más* de 1 año Sí, escuela / distrito anterior asistido: _____

Residencia en esta dirección *menos* de 1 año No, escuela / distrito anterior asistido: _____

Y dirección de residencia en ese momento: _____

Yo, el padre / guardián, entiendo que el distrito de origen tomará la decisión de ubicación según los mejores intereses del niño después de consultar conmigo. Si no estoy de acuerdo con esa decisión, sé que puedo apelar ante el Condado de Superintendente de Escuelas.

Solicitud de Colocación: Regresar a la escuela anterior Asistir a las Escuelas Públicas de Hammonton Otra

Distrito Responsable de la Matrícula: _____ Intermediario contactado: _____

El distrito está de acuerdo con la colocación: SI NO _____

El padre/guardián está de acuerdo con la colocación: SI NO

Reconozco que actualmente estoy en una situación sin hogar y que resido en la dirección temporal que he proporcionado anteriormente.

Firma de Padre/Guardian / Fecha

Firma del Intermediario de Sin Hogar / Fecha

Office Use Only

_____ Email Notification
(Principal / Counselor / Guidance Secretaries / Transp.
Homeless Liaison/ Technology / Free & Reduced Lunch)

_____ Realtime Federal Tab
_____ Email to Dist. of Origin
_____ Registrar School Code

_____ Notification to Business Office
McKinney-Vento Form _____ Signed _____ Faxed

DISTRITO ESCOLAR DE HAMMONTON

HISTORIAL FAMILIAR DE SALUD

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____
Dirección: _____ Sexo: _____
Padre: _____ Teléfono: _____
Madre: _____ Teléfono: _____
Doctor Familiar: _____ Teléfono: _____
Persona a llamar en caso de emergencia: _____
Relación: _____ Teléfono de emergencia: _____

HISTORIAL DE SALUD

Peso al nacer: _____ libras _____ onzas Empezó a caminar solo(a) a los _____ meses/años de edad

Su hijo ha tenido alguno de los siguientes:

	SI	NO	FECHA
Sarampión	_____	_____	_____
Papera	_____	_____	_____
Rubeola	_____	_____	_____
Viruelas	_____	_____	_____
Fiebre Reumática	_____	_____	_____
Asma o Fatiga	_____	_____	_____
Bronquitis o Pulmonía	_____	_____	_____
Frecuentes dolores de garganta	_____	_____	_____
Frecuentes infecciones de oído	_____	_____	_____
Problemas de audición	_____	_____	_____
Problemas del habla	_____	_____	_____
Problemas con la visión	_____	_____	_____
Frecuentes vómitos o diarreas	_____	_____	_____
Tendencia a sangrar fácilmente	_____	_____	_____
Eczema o ronchas	_____	_____	_____
Hepatitis	_____	_____	_____
Defectos congénitos	_____	_____	_____
Enfermedades neuromusculares	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____
Factor R.H (sangre)	_____	_____	_____
Defectos en los huesos	_____	_____	_____

Convulsiones u otros ataques	_____	_____	_____
Nerviosismo, morderse las uñas o chuparse los dedos	_____	_____	_____
Pesadillas o problemas de sueño	_____	_____	_____
Aguanta la respiración o berrinches temperamentales	_____	_____	_____
Dificultad con el entrenamiento del baño o moja la cama	_____	_____	_____
Problemas de riñón o la vejiga	_____	_____	_____
Alguna lesión severa	_____	_____	_____
Alguna enfermedad severa	_____	_____	_____
Alguna operación	_____	_____	_____
Alguna alergia	_____	_____	_____

HISTORIAL DE SALUD FAMILIAR

<u>Algún familiar o pariente familiar tiene alguno de los siguientes:</u>	SI	NO	FAMILIAR
Alergia severa	_____	_____	_____
Fiebre reumática	_____	_____	_____
Enfermedades cardíacas (corazón)	_____	_____	_____
Tuberculosis	_____	_____	_____
Trastorno de convulsiones	_____	_____	_____
Enfermedades mentales	_____	_____	_____
Cáncer	_____	_____	_____
Diabetes	_____	_____	_____

***TODA INFORMACION MEDICA SERA ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL. CON EL FIN DE MANTENER SU HIJO SANO Y SALVO DURANTE EL DIA ESCOLAR, FIRMANDO A CONTINUACION, USTED PERMITIRA QUE LA ENFERMERA ESCOLAR COMPARTA LA INFORMACION MEDICA PERTINENTE CON EL PERSONAL ESCOLAR APROPIADO.

Firma del padre o guardián: _____ Fecha: _____

NOTES FOR NURSE USE ONLY (Notas solo para el uso de la enfermera):

<u>Vacunas:</u>				
DPT	_____	_____	_____	_____
POLIO	_____	_____	_____	_____
MEASLES	_____	_____	_____	_____
MUMPS	_____	_____	_____	_____
TB	_____	_____	_____	_____
HIB	_____	_____	_____	_____
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)

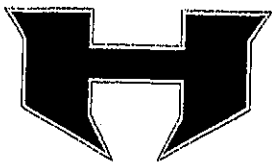
Que idioma usa **su hijo(a)** **mas frecuente** cuando le habla a **otros miembros de la familia** en su casa? Ingles _____ Español _____ Otro _____
(especifica el lenguaje)

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 BE & 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
HAMMONTON, NJ 08037
Phone: 609-567-7000
Website: www.hammontonschools.org

Supervisor of Special Services
Sharon DeNafo, Ed.S, NCSP (ext. 343)

Notificación Anual de Medicaid (SEMI) sobre el Consentimiento de los Padres

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

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

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

¿Hay un costo para usted?

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

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

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

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

Evaluaciones	Terapia de Psicología
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.



Hammonton Public Schools

566 OLD FORKS ROAD

HAMMONTON, NJ 08037

Phone: 609-567-7000

Website: www.hammontonschools.org

Supervisor of Special Services
Sharon DeNafo, Ed.S. NCSP (ext. 343)

¿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

HAMMONTON, NJ 08037

Phone: 609-567-7000

Website: www.hammontonschools.org

Supervisor of Special Services
Sharon DeNafo, Ed.S. NCSP (ext. 343)

Formulario de Consentimiento de los Padres Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI)

Nuestro distrito escolar de Hammonton participa en el programa de Iniciativa 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 34CFR§99.30 (FERPA, por sus siglas en inglés), 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.

POR FAVOR COMPLETAR LO SIGUIENTE:

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).

Por Favor Escriba:

Nombre del niño(a): _____

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

Por Favor Escriba:

Nombre de Padre/Tutor: _____

Por Favor Proveer Firma

Padre/Guardian: _____ Fecha: ____/____/____

Doy mi consentimiento para facturar al SEMI: Si
No

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, poniéndose en contacto con Sharon DeNafo al (609)567-7000 ext 343.