



MONROE-WOODBURY

CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Eric Hassler, Ed.D, Assistant Superintendent for Curriculum and Instruction
278 Route 32, Central Valley, NY 10917

T: (845) 460-6200

Fax:

845-460-6082

www.mw.k12.ny.us

Enero 2019

Estimados Padres,

Nosotros le damos la bienvenida a su hijo(a) como un estudiante entrante al kínder. Adjunto se encuentran las formas necesarias para matricular a su hijo(a) en el kínder comenzando en septiembre de 2019. Por favor siga las siguientes instrucciones y complete los formatos con letra legible y usando lapicero.

1. Complete la **Hoja de Matrícula de Estudiante**, firme y escriba la fecha en la parte inferior.
2. Complete la **Hoja para la Transportación** incluyendo cualquier información sobre niñeras (os).
3. Complete el **Cuestionario para Padres/Guardianes** sobre Lenguaje en el Hogar, firme y escriba la fecha.

4. DEVUELVA TODOS LOS DOCUMENTOS (Matrícula de Estudiante, Hoja para la Transportación y Cuestionario para Padres/Guardianes) por correo antes del 11 de febrero, 2019 a la siguiente dirección:

Central Registration
Education Center
278 Route 32
Central Valley, New York 10917

Las leyes del Estado de Nueva York requieren una evaluación de cada niño antes de empezar la escuela. La evaluación, referida comúnmente como una evaluación para kínder, toma aproximadamente 45 minutos. Esta incluye tiempo compartido entre su hijo(a) y miembros de nuestro personal para determinar conceptos, lenguaje y desarrollo del habla. Habrá una revisión de registros de salud e inmunización de su hijo(a).

Las evaluaciones para el kínder, se realizan en mayo. Ustedes recibirán una carta en abril indicando la escuela a la cual su hijo(a) asistirá en septiembre (**Escuela Elemental de Sapphire o Escuela Elemental de Smith Clove**), la fecha y hora de la evaluación para el kínder de su hijo(a) y la documentación suplementaria requerida.

Si ustedes tienen cualquier pregunta con relación al proceso de evaluación para el kínder, por favor comuníquese con Karen Brock, Directora de la Escuela Elemental de Sapphire, al 460-6500 o con Christopher Berger, Director de la Escuela Elemental de Smith Clove, al 460-6300. Si tiene preguntas concernientes al proceso de matrícula del estudiante, por favor llame al Centro de Registro al 460-6200 Ext.6237.

Distrito Escolar de Monroe-Woodbury

MONROE-WOODBURY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

EDUCATION CENTER, 278 ROUTE 32, CENTRAL VALLEY, NEW YORK 10917 (845)460-6200 FAX (845)460-6065 www.mw.k12.ny.us

STUDENT ENROLLMENT FORM

REGISTRAR USE ONLY

School Entered: SE SC CV NM PT MS HS Other: _____

New Student McKinney-Vento Student #: _____

Returning Student Foster Child Enter Date: Sept. 2019

Proof of Age Migrant Student Family #: _____

Proof of Residency Special Permission

Guardianship Papers Title III Eligible Immigrant

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Apellido del Estudiante _____ Nombre del Estudiante _____ Segundo nombre _____

K Grado Género Fecha de nacimiento Lugar de nacimiento:Ciudad/Estado/ País Teléfono de casa

Dirección postal: _____ Dirección de Residencia: _____

Etnicidad (Elija uno):

- Hispano/Latino
- No Hispano/Latino

Raza(Elija una o mas, independiente de Etnicidad)

- Indio americano o nativo de Alaska
- Asían
- Nativo de Hawai u otra isla del Pacífico
- Negro o Afro Americano
- Blanco

Situación de vivienda actual:

- Viviendo en un refugio
- Viviendo en una estación de tren o autobús, parque o en un carro
- Viviendo en un hotel/motel, campamento, o una situación similar debido a falta de vivienda adecuada
- Viviendo en un apartamento/edificio abandonado
- Viviendo con familiares o otras personas por falta de vivienda
- Alojados temporalmente en un refugio esperando colocación permanente en cuidado de crianza
- Ningunos de los anteriores

Viviendo con:

- Padres/Guardiánes
- Padres de Crianza
- Solo (prueba de estatus emancipado requerido)
- Hogar de grupo o residencia colocada por la corte (prueba de colocación de corte requerido)
Nombre de Hogar : _____
- Otro

Padre o madre que esta sirviendo en las fuerzas armadas

- Sí No
 - Ejército** _____ a _____
 - Fuerza Marina** _____ a _____
 - Fuerza Aérea** _____ a _____
 - Infantería de Marina** _____ a _____
 - Guardia Costera** _____ a _____
- **Por favor anote la fecha inicial y final de alistar

PROGRAMAS ESPECIALES DEL ESTUDIANTE

¿Su hijo ha sido retenido (repetido un grado)? Si No Sí ,en que grado? _____

Compruebe si el estudiante Su niño ha recibido

- fue inscrito en Programa Dotado Conserjería
- Tiene un IEP Remediación de Matemáticas
- Tiene un 504 Remediación de lectura
- Otro (Explique) _____ Servicios de ESL Terapia del habla
- Servicios Especiales (Explique)

MONROE-WOODBURY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

EDUCATION CENTER, 278 ROUTE 32, CENTRAL VALLEY, NEW YORK 10917 (845)460-6200 FAX (845)460-6065 www.mw.k12.ny.us

EDUCACION DEL ESTUDIANTE

Nombre de escuela anterior	Dirección de escuela anterior	Grados asistido

¿Esta el estudiante actualmente cumpliendo una sancion disciplinaria de su escuela anterior? Sí No
 Si contesto Si, por favor explique _____

INFORMACIÓN DE PADRES/GUARDIANES

Nombre completo(Relación)	Nombre completo(Relación)		
Dirección (si es diferente al estudiante)	Dirección (si es diferente al estudiante)		
Numero de teléfono de la casa (si es diferente al estudiante)	Numero de teléfono de la casa (si es diferente al estudiante)		
Empleador	Empleador		
Dirección del trabajo	Dirección del trabajo		
Teléfono del trabajo	Teléfono del trabajo	Numero de teléfono celular	Numero de teléfono celular
Dirección de correo electrónico	Dirección de correo electrónico		

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre completo (Relación) _____ Numero de teléfono del trabajo _____ Numero de teléfono celular _____
 ¿Hay otra dirección donde quisiera tener informes y otra información enviada que no sea el hogar? Sí No
 Si, indique el nombre completo y dirección _____
 Nombre _____ Dirección _____

HERMANOS/OTROS NINOS QUE VIVEN EN LA MISMA DIRECCION

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Genero	Escuela Presente

Yo verifico que la informacion en la parte superior es correcta. Yo estoy consciente y entiendo que la falsificacion de cualquier informacion anterior y/o documentacion requerida puede implicar responsabilidad para reembolsar el distrito escolar por el costo de la matricula escolar.

Firma

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

Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLO" 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:
Mes	Día	Año
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>
	<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** *No* *No se sabe*
 * En caso afirmativo, por favor explique : _____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? Poca gravedad Algo grave Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? No 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?*
 No 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):

De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) 3 a 5 años (Educación Especial) 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? No 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:	

MONROE-WOODBURY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Transportation Department, 27 Mine Road, Monroe NY 10950 Tel: 845-460-6010 (www.mw.k12.ny.us)

Dawn Russell
Director of Transportation

Patricia Batewell
Assistant Director of Transportation

INFORMACION DEL DEPARTAMENTO DE TRANSPORTACION PARA DETERMINAR EL PARE DEL AUTO BUS

INFORMACION DEL ESTUDIANTE

Escuela Entrante: SC SE CV NM PT MS HS Otro: _____

K-2019

Identificación del Estudiante
(Suplido por el distrito)

Fecha de Registración

Grado del Estudiante

Apellido del Estudiante

Nombre del Estudiante

Segundo Nombre del
Estudiante

Información de parada de autobús

Recogida por la mañana

Elije uno

Casa

Cuidado de niño*

Entrega de la tarde

Elije Uno

Casa

Cuidado de niño *

* Proveedor del Cuidado de Niño – El Proveedor del Cuidado de Niño deben vivir en la misma área local de la residencia de sue hijo para ser transportado hacia y desde el proveedor del Cuidado de Niño. Los arreglos del Cuidado de Niño tienen que ser hecho para los cinco días de la semana.

Nombre del Cuidado de Niño: _____

Dirección: _____

Numero de teléfono: _____