



2650 Great Neck Road
 Copiague, New York 11726
 (631) 842-4015 Fax: (631) 789-8991

Copiague UFSD Formulario de Registración

Screen for LEP		Registration Date	
Student ID#		Registered By	
Age		Enroll Start Date	
School		NexGen entered by	
Provisional Grade (school to confirm)		Bilingual Class Yes / No	

FAVOR DE COMPLETAR TODAS LAS PREGUNTAS
 (Por favor letra legible) Nota: Nombre legal del estudiante debe ser utilizado

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Apellido del estudiante:	Género: : Másculino ___ - Femenino ___
Primer Nombre:	Fecha Nacimiento:
Segundo Nombre:	Grado:
Teléfono del hogar:	
Dirección:	
Lugar de Nacimiento :	
Etnia: Hispano/Latino o de origen Español? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Raza: (Elija todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> (A) Asiático <input type="checkbox"/> (N) Negro o Africano Americano <input type="checkbox"/> (N) Nativo Hawaiano o de otras Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> (I) Indio o Americano Nativo Alaska <input type="checkbox"/> (B) Blanco	
El estudiante vive con: <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre Solamente <input type="checkbox"/> Padre Solamente <input type="checkbox"/> Madre/Padrastro <input type="checkbox"/> Padre/Madrastra <input type="checkbox"/> Padres Sustitutos <input type="checkbox"/> Otro (Vea la Sección Circunstancias de Hogares Especiales Abajo)	
* Por favor escriba el nombre del padrastro/madrastra: _____	
Este cuestionario tiene por objeto hacer ejecutar la Ley de Asistencia McKinney-Vento. Sus respuestas a este cuestionario ayudarán a nuestro distrito determinar los servicios que su hijo puede ser elegible para recibir, 1. Es su domicilio actual un arreglo de vivienda temporal? ___Si ___No 2. Si es así, es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de la vivienda y las dificultades económicas? ___Si ___No Si su respuesta es SÍ por favor complete el resto de esta forma. Si su respuesta es NO , por favor PARE AQUI *****	
Por favor, seleccione lo que mejor describe donde este estudiante <u>vive actualmente</u> :	
<input type="checkbox"/> En un Refugio <input type="checkbox"/> en un hotel o motel <input type="checkbox"/> en un programa de vivienda de transición <input type="checkbox"/> en un coche, remolque o camping <input type="checkbox"/> en un edificio un habitacional <input type="checkbox"/> en un remolque/tráiler en propiedad privada <input type="checkbox"/> otro lugar inhabitable <input type="checkbox"/> NINGUNA DE ESTAS OPCIONES APLICAN	<input type="checkbox"/> en garaje alquilado por la pérdida de la vivienda temporalmente con adulto que no es padre / tutor legal del niño, debido a perdida de casa. <input type="checkbox"/> temporalmente en la casa de otra familia o apartamento debido a la pérdida de casa <input type="checkbox"/> a la espera de la colocación en hogar

INDIQUE HERMANOS (NOMBRES)/(EDADES):

<u>NOMBRE</u>	<u>EDAD/ESCUELA</u>

INFORMACIÓN DE PADRES / TUTOR:

CORRESPONDENCIA

Por favor, Encierre uno : Sr/Sra.; Sra.; Sr.; Dr.; Dra.; Srta.; otro

Guardián 1 Apellido:	Fecha de Nacimiento.:	Relación:
Primer Nombre:	Correo Electrónico:	
Dirección:		
Teléfono del Hogar:	Celular:	Teléfono del trabajo:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)		
Enviar notas y otras correspondencia del estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

(Por favor complete sólo donde la información es diferente de la anterior)

Guardián 2 Apellido:	Fecha de Naci.:	Relación:
Primer Nombre:	Correo Electrónico:	
Dirección:		
Teléfono del Hogar:	Celular :	Teléfono del trabajo:
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo (a)		
Enviar notas y otras correspondencia del estudiante: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Office Use Only

Proof of Residency: LL affidavit Lease Mortgage Statement Property Tax Bill Utility Bill
 Other: _____

CIRCUMSTANCIAS ESPECIALES DEL HOGAR: (completar si un solo padre, tutor legal, padre de crianza o Agencia)

Si separado o divorciado, otro progenitor tendrá derecho a visitar a los estudiantes en la escuela y tener acceso a los expedientes de los estudiantes a menos que tengamos un documento legal que indique lo contrario. Por favor, indique cualquier restricción en el área inferior y proporcionar una copia del documento legal, en su caso.

Custodia Legal del niño está con _____. Hay un acuerdo de custodia compartida? _____

Detalle las restricciones otro padre tiene con respecto a los niños _____

Liste el tipo y fecha de documento legal que entrega _____

Si usted es un tutor por favor complete lo siguiente:

Nombre del padre natural del niño (s) _____

Dirección o el paradero de los padres naturales (s) _____

Documento oficial que indica la custodia y las restricciones, etc., en su caso _____

Si usted es un padre de crianza o agencia de crianza deberá completar el siguiente o el registro será sostenido hasta que se proporcione toda la información que falta. Además, un formulario DSS-2999 y una carta verificando la información a continuación son necesarios o registro se llevará a cabo.

Nombre de los Padres Sustitutos _____

Nombre de la Agencia _____ Código de la Agencia # _____

Dirección de la Agencia _____ Tipo de Agencia _____

Caso de los trabajadores y / o Trabajador Social _____ Numero de tel. _____

DSS Caso # _____ CIN # _____ CB# _____

Fecha niño fue colocado en la ubicación actual _____ Fecha en la ubicación anterior _____

PREVIOUS ADDRESS INFORMATION

<u>Fechas de/hasta</u> (comenzar con la más reciente)	<u>Dirección</u>	<u>Lugar: Ciudad / Estado / País</u>

INFORMACIÓN DIRECCION ANTERIOR

<u>ESCUELAS QUE ASISTIO</u>	<u>Fechas de/hasta</u> (comenzar con la más reciente)	<u>Lugar: Ciudad / Estado / País</u>	<u>Programas Especiales</u> (Educación Especial, E.S.L., etc.)

Habia asistido anteriormente a las escuelas de Copiague? Si _____ No _____

INFORMACION DOCTOR/DENTISTA

Nombre del Doctor:	Teléfono:
Dirección:	

Nombre del Dentista:	Teléfono:
Dirección:	

CONTACTO DE EMERGENCIA

Nombre:	Relación:	
Dirección		
Teléfono Hogar:	Celular:	Teléfono Trabajo:

Nombre:	Relación:	
Dirección		
Teléfono Hogar:	Celular:	Teléfono Trabajo:

Nombre:		Relación:
Dirección		
Teléfono Hogar:	Celular:	Teléfono Trabajo:
Nombre:		Relación:
Dirección		
Teléfono Hogar:	Celular:	Teléfono Trabajo:

ADICIÓN A LA REGISTRACION DE NUEVOS ESTUDIANTES:

¿Su hijo tiene una discapacidad se sabe o sospecha que sustancialmente afecta su aprendizaje? ___ Si ___ No

Si es así, por favor describa: _____

¿Se ha evaluado a su hijo por una discapacidad? ___ Si ___ No

Si es así, por favor describa: _____

Su hijo ha sido clasificada por un Comité de Educación Especial como un estudiante elegible para Servicios de Educación Especial? ___ Si ___ No

Si es así, por favor describa: _____

Ha recibido su hijo servicios especiales (es decir) del habla, terapia ocupacional, fisioterapia, AIS, ESL, etc.) en una escuela anterior? ___ Si ___ No

Si es así, por favor describa: _____

PADRE O TUTOR LEGAL JURAMENTO:

I, _____, digo que yo soy el padre / tutor de

_____, Y que he leído lo anterior aplicación y

conocer el contenido de la misma; que el mismo se cumple para mi propio conocimiento y que me han dado las respuestas establecido anteriormente sabiendo que el Distrito Escolar confiar en ellos para determinar si el niño es ser admitido en su sistema escolar.

Firma del Padre / Tutor

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
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante
CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR		

Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	_____
			<i>especifique</i>
	<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

