

Bienvenidos
a la
Oficina de Matrícula
del
Distrito Escolar Extendido de la
Ciudad de Newburgh

Nuestra Visión

“Con el trabajo de todos, lograremos la excelencia inclusiva.”

Nuestra Misión

*“Estudiantes inspirados para convertirse en los líderes del mañana
mas allá del ‘Academy Field’”*

~ **IMPORTANTE** ~

Solamente aquellos estudiantes cuyos padres o guardianes legales son residentes de la comunidad escolar de Newburgh son elegibles para asistir a las escuelas de Newburgh.

Inicial: _____



Distrito Escolar Extendido de la Ciudad de Newburgh

Oficina de Matrículas

124 Grand Street

Newburgh, NY 12550

(845) 563-KIDS (5437) Fax: (845) 568-6679

E-mail: registration@necsd.net

Sitio de Internet: www.newburghschools.org

LOS PADRES/GUARDIANES DEBEN SER RESIDENTES DE LA COMUNIDAD ESCOLAR DE NEWBURGH PARA QUE LOS ESTUDIANTES SEAN ELEGIBLES PARA ASISTIR A LAS ESCUELAS DE NEWBURGH.

HOJA DE VERIFICACIÓN
DOCUMENTOS NECESARIOS PARA MATRICULAR A UN ESTUDIANTE

- ___ 1. Certificado de Nacimiento
- ___ 2. Registro de inmunizaciones/vacunas (al día)
- ___ 3. Copia del último examen físico
- ___ 4. Prueba de residencia, **UNO (1)** de los siguientes:
- Factura **más reciente** de gas, electricidad, teléfono, o cable
 - Recibo **más reciente** de alquiler, contrato de alquiler, comprobante de hipoteca
 - Comprobante **más reciente** de salario recibido
 - Correspondencia **más reciente** de una agencia del gobierno (Departamento de Servicios Sociales (DSS), Seguro Social, Manutención de Niños
- ___ 5. Identificación expedida por el gobierno con foto del padre/madre/guardián
- ___ 6. Documentos de Custodia, Protección, o Cuidado Familiar, si es necesario
- ___ 7. El reporte de notas o las calificaciones **más recientes**,
(o un Reporte de Educación Individual (IEP) si es necesario)

ESTA APLICACIÓN DEBE PRESENTARSE EN PERSONA A LA OFICINA DE MATRÍCULA.

El niño puede ser matriculado solamente por el padre, la madre, o un guardián legal asignado por la corte, o por un trabajador social.

APLICACIÓN DE MATRICULA
DISTRITO ESCOLAR EXTENDIDO DE LA CIUDAD DE NEWBURGH

School: _____
 ID #: _____ Verified: _____

DATOS DEL ESTUDIANTE		
¿Estudió en el Distrito? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Fecha de Hoy: _____	
Nombre del Estudiante: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Apellido Primer Nombre Segundo Nombre </div>		
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha de Nacimiento: _____	Grado: _____
¿Ha recibido su niño algún servicio de educación especial o ha tenido un IEP o Plan 504? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Por favor explique: _____		
Identidad Etnia del Estudiante: Conteste ambas preguntas, 1 y 2. Por favor lea las preguntas antes de contestarlas. Escriba una "X" donde describa mejor su niño.		
1. ¿Es el estudiante de origen Hispano o Latino? (Origen Hispano: significa una persona de Cuba, México, Puerto Rico, Centro y Sur América, u otra cultura española sin depender de la raza.) <div style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> SI Hispano <input type="checkbox"/> NO Hispano </div>		
2. ¿Cuál es la raza del estudiante? Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales. Coloque una X en la que mejor describa su niño. Usted debe escoger por lo menos una casilla para los propósitos de registro demográfico del estado. <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios Norte y Sur América (incluso América Central, y mantiene afiliación con una tribu o apego a una comunidad). <input type="checkbox"/> ASIÁTICO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos del Lejano Oriente, Asia Sureste, o el Subcontinente Indio, incluso, por ejemplo; Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam. <input type="checkbox"/> NATIVO DE HAWAII U OTRAS ISLAS DEL PACIFICO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos o originarios de Hawái, Guam, Samoa, u otras islas del Pacífico. <input type="checkbox"/> NEGRO O AFRICANO AMERICANO: Una persona con orígenes en cualquiera de los grupos raciales Negros de África. <input type="checkbox"/> BLANCO: Una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa, África del Sur o el Medio Oriente.		
¿Cuál es el idioma primario hablado en la casa por el padre/madre/guardián? _____		
¿Cuál es el idioma primario hablado en la casa por el estudiante? _____		
País de nacimiento del estudiante: _____ Fecha de entrada en los EU: _____ Fecha de entrada en la escuela en EU: _____ Fecha de entrada en la escuela en el estado: _____ Ciudad de nacimiento: _____ Estado de nacimiento: _____	¿Están uno o ambos de los padres del estudiante o el(los) guardián(es) legal(es) actualmente a tiempo completo en el servicio activo en cualquier rama de las Fuerzas Armadas? (Fuerzas Armadas incluye: Ejército, Naval, Fuerza Aérea, Infantería Marina, Guardia Costera o la Guardia Nacional) <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO </div> Fecha de entrada en las Fuerzas Armadas: Mes _____ Día _____ Año _____ Fecha de salida de las Fuerzas Armadas: Mes _____ Día _____ Año _____	
El estudiante es residente de: <input type="checkbox"/> Ciudad de Newburgh <input type="checkbox"/> Pueblo de Newburgh <input type="checkbox"/> Pueblo de New Windsor		
Dirección de la casa: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Ciudad/Estado Código Postal </div>		
Dirección postal (si es diferente a la anterior): _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Ciudad/Estado Código Postal </div>		
Dirección anterior: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> Ciudad/Estado Código Postal </div>		

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE VIVIENDA

Las respuestas a las siguientes preguntas ayudarán al distrito a determinar los servicios que usted o su hijo(a) pueden recibir bajo el Acta de McKinney-Vento. Los estudiantes protegidos por el Acta de McKinney-Vento tienen derecho a matricularse en la escuela inmediatamente aun cuando no tengan los documentos que normalmente se necesitan, tales como: prueba de residencia, reportes escolares, registro de inmunización, o certificado de nacimiento. Los estudiantes protegidos por el Acta de McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito u otros servicios.

Seleccione la casilla correspondiente si está viviendo:

- en un albergue
- en un hotel/motel por falta de una vivienda alternativa adecuada
- en una estación de tren o autobuses, en un automóvil, o un campamento
- con familiares u otras personas debido a la pérdida de la vivienda, dificultades económicas, o razones similares. ¿Es esta situación de vivienda con familiares u otras personas **temporal o permanente?** (por favor encierre en un círculo una de las dos palabras anteriores)
- otro, por favor explique _____
- en una casa permanente

Si una de las casillas arriba ha sido seleccionada, por favor escriba los nombres de los niños que viven en su hogar entre las edades de 3 a 5:

Nombre del Niño

Fecha de Nacimiento

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____

Favor imprimir

TELEFONOS DE CONTACTO: _____

Casa

Celular

DIRECCION ACTUAL: _____

DIRECCION ANTERIOR: _____

Nombre de padre/madre/guardián, o estudiante
(jóvenes desamparados sin hogar)

Firma de padre/madre/guardián o estudiante
(jóvenes desamparados sin hogar)

Fecha

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: _____ **FECHA DE NACIMIENTO** _____ **ID** _____

EL ESTUDIANTE VIVE CON:

Ambos Padre/Madre Madre Padre Madre/Padrastro Padre/Madrastra Guardián
 Padre/Madre de acogida *Por favor indique el/los nombre(s) _____

Nombre y número de teléfono del trabajador social _____

Nombre/dirección/teléfono del hogar comunitario u otra residencia indicada por la corte _____

Nombre y número de teléfono del trabajador social _____

Si mismo _____

Otro (explique) _____

DATOS DEL PADRE/MADRE/GUARDIAN

¿Hay alguna custodia o litigios de tutela existentes o pendientes y/u otras órdenes judiciales?
 SI NO

Si es afirmativo, especifique: _____

(Marque relación con el estudiante)

Madre Guardián Madre Adoptiva/Acogida Madrastra Vive en el hogar con el estudiante: SI NO

Nombre: _____

Dirección (si es diferente del estudiante): _____

Teléfono del Hogar: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Email: _____

(Marque relación con el estudiante)

Padre Guardián Padre Adoptivo/Acogido Padrastro Vive en el hogar con el estudiante: SI NO

Nombre: _____

Dirección (si es diferente del estudiante): _____

Teléfono del Hogar: _____ Teléfono Celular: _____ Teléfono del Trabajo: _____ Email: _____

INFORMACION DE EMERGENCIA - Persona de contacto en caso de emergencia: Por favor nombres y teléfonos locales.

Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Parentesco con el estudiante: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Indique abajo los nombres completos legales de los niños que viven en el hogar por los que tiene responsabilidad legal:

Nombre: _____ Parentesco _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Parentesco _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre: _____ Parentesco _____ Fecha de Nacimiento: _____

IMPRIMIR NOMBRE DE PADRE/MADRE/GUARDIAN
PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE: _____

FIRMA DE PADRE/MADRE/GUARDIÁN
FECHA: _____

Newburgh Enlarged City School District
Office of Registration/Oficina de Matrícula
124 Grand Street
Newburgh, NY 12550
TEL: (845) 563-KIDS (5437) "option 4" FAX: (845) 568-6679
registration@necsd.net
newburghschools.org

CONSENT FOR RELEASE OF RECORDS
(AUTORIZACION PARA ENVIO DE REGISTROS)

The student below has been enrolled in the Newburgh Enlarged City School District. Please forward all school records, including birth certificate, health and immunization information, psychological, social history, I.E.P. and other pertinent data to the specified Newburgh school building.

El estudiante nombrado abajo se ha matriculado en el Distrito Escolar Extendido de la Ciudad de Newburgh. Por favor envíe todos los registros escolares, incluso el certificado de nacimiento, información sobre la salud e inmunizaciones, evaluación psicológica, historial social, I.E.P., y cualquier otra información pertinente, a la escuela del Distrito Escolar Extendido de la Ciudad de Newburgh especificada.

Name of School Last Attended
(Nombre de la Escuela Más Reciente)

Student's Name
(Nombre del Estudiante)

School Street Address
(Dirección de la Escuela)

Date of Birth
(Fecha de Nacimiento)

Grade
(Grado)

City State Zip
(Ciudad Estado Código Postal)

PLEASE SEND SPECIAL EDUCATION RECORDS (I.E.P., etc.) TO:
(POR FAVOR ENVIE LOS REGISTROS DE EDUCACION ESPECIAL (i.e.p., ETC) A:

Department of Special Education
Newburgh Enlarged City School District
124 Grand Street, Newburgh, NY 12550
(845) 563-8520, Fax: 563-8529

Phone Fax
(Teléfono Fax)

Please forward records to *(Por favor envíe los registros a):*

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Balmville School
5144 Route 9W
Newburgh, NY 12550
(845)563-8550; fax 563-8554 | <input type="checkbox"/> Fostertown School
364 Fostertown Rd.
Newburgh, NY 12550
(845)568-6425; fax 568-6430 | <input type="checkbox"/> GAMS School
300 Gidney Avenue
Newburgh, NY 12550
(845)563-8450; fax 563-8459 |
| <input type="checkbox"/> Gardnertown School
6 Plattekill Turnpike
Newburgh, NY 12550
(845)568-6400; fax 568-6408 | <input type="checkbox"/> Heritage Middle School
405 Union Avenue
Newburgh, NY 12550
(845)563-3750; fax 563-3759 | <input type="checkbox"/> Horizons-on-the-Hudson
137 Montgomery Stree
Newburgh, NY 12550
(845)563-3725; fax 563-3730 |
| <input type="checkbox"/> Meadow Hill School
124 Meadow Hill Road
Newburgh, NY 12550
(845)568-6600; fax 568-6609 | <input type="checkbox"/> Temple Hill Academy
525 Union Avenue
New Windsor, NY 12553
(845)568-6450; fax 568-6470 | <input type="checkbox"/> Vails Gate School
400 Old Forge Hill Road
New Windsor, NY 12553
(845)563-7900; fax 563-7909 |
| <input type="checkbox"/> West Street School
39 West Street
Newburgh, NY 12550
(845)563-8500; fax 563-8509 | <input type="checkbox"/> New Windsor School
175 Quassaick Avenue
New Windsor, NY 12553
(845)563-3700; fax 563-3709 | <input type="checkbox"/> Horizons-on-the-Hudson School
137 Montgomery Street
Newburgh, NY 12550
(845)563-3725; fax 563-3730 |
| <input type="checkbox"/> South Middle School
33-63 Monument Street
Newburgh, NY 12550
(845) 563-7000; fax 563-7019 | <input type="checkbox"/> Newburgh Free Academy MAIN
201 Fullerton Avenue
Newburgh, NY 12550
(845) 563-5491; fax 563-5486 | <input type="checkbox"/> Newburgh Free Academy NORTH
301 Robinson Avenue
Newburgh, NY 12550
(845) 563-8410; fax 563-8439 |

Parent/Legal Guardián *(Padre/Madre/Guardián Legal)*

Date *(fecha)*

NOMBRE DEL ESTUDIANTE	FECHA DE NACIMIENTO:	ID # DEL ESTUDIANTE:
GRADO:	Sexo: <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMENINO	
INVENTARIO DE SALUD MODIFICADO		
¿Tiene su niño alguna condición física o emocional, alergias, o condiciones de salud de la cual debamos saber?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO *En caso afirmativo, por favor explique: _____		
¿Está tomando su niño algún medicamento?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO *En caso afirmativo, por favor liste el nombre y la dosis. _____		
¿Tiene su niño algún problema con la visión, audición o habla?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO *En caso afirmativo, por favor explique: _____		
¿Tiene su niño alguna discapacidad que haya requerido servicios de educación especial?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO *En caso afirmativo, por favor explique: _____		
¿Hay alguna situación especial o preocupación en su familia que pueda afectar el comportamiento o las necesidades de aprendizaje de su niño?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO *En caso afirmativo, por favor explique: _____		

School Use Only	
Immunizations – Complete/copy attached	<input type="checkbox"/>
Inmunizations - Incomplete/student lacking:	<input type="checkbox"/> OPV/IPV <input type="checkbox"/> MMR <input type="checkbox"/> DPT/DTap/TD/Tdap <input type="checkbox"/> Hep B <input type="checkbox"/> Varicella <input type="checkbox"/> Menactra <input type="checkbox"/> Pertussis <input type="checkbox"/> Pneumovax

EXÁMENES FÍSICOS

Por favor seleccione una de las siguientes:

- El examen físico de mi niño será hecho por un médico privado. Devolveré el formulario de examen físico completo a la oficina de salud de la escuela a más tardar 30 días después del comienzo de la escuela o presentaré a la oficina de salud con el nombre del médico y fecha de la cita.
- Quiero que el examen físico de mi niño se haga en la escuela y, al firmar abajo, doy permiso para que el médico de la escuela y/o la enfermera practique este examen. Entiendo que su examen se programará a partir del 1ro de noviembre y recibiré notificación de la fecha por lo menos semanas antes del examen físico programado.
 - Estaré presente para el examen físico de mi niño.
 - No estaré presente para el examen físico de mi niño.

Certifico que la información anterior es correcta.

Firma de Padre/madre/guardián: _____ 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
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	<i>especifique</i>	<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:

NEWBURGH ENLARGED CITY SCHOOL DISTRICT 124 GRAND STREET
NEWBURGH, NEW YORK 12550

District Name (Number) & School

Address

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT
INFORMATION SYSTEM:

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLO) — 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: No Yes

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

_____ MO. DAY YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

- ADMINISTER NYSITELL
 ENGLISH PROFICIENT
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

_____ MO. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

- ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION: