|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Oficina de EducaciónPaquete de admisión de la Escuela Regional |
| ,  |
| Fecha de la solicitud: | *Click or tap here to enter text.* |  | Fecha de nacimiento del estudiante: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |
| Nombre del estudiante: | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Apellido* |  | *Nombre* |  | *Segundo nombre* |
|  |
| Dirección donde vive el estudiante: | *Click or tap here to enter text.* | *Click or tap here to enter text.* |
|   | *Calle* | *Apartamento* |
|  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Ciudad* |  | *Estado* |  | *Código postal* |
|  |  |  |  |  |  |
| NJ Smart ID: | *Click or tap here to enter text.* | Número de seguro social: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |
| Lugar de nacimiento del estudiante: | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Ciudad* |  | *Estado* |  | *País* |
|  |
| ¿El estudiante es hispano o latino?  | [ ] SÍ [ ] NO | ¿Cuál es la raza del estudiante? | [ ]  (I) Indio americano o nativo de Alaska |
|  |  | [ ]  (A) Asiático | [ ]  (P) Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico |
|  |  | [ ]  (W) Blanco | [ ]  (B) Negro o afroamericano |
|  |
| Padre/tutor legal: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |
| Dirección: | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Calle* |  |  | *Apartamento* |
|  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Ciudad* |  | *Estado* |  | *Código postal* |
| Teléfono de casa: | *Click or tap here to enter text.* | Teléfono celular: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |
| Correo electrónico: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |
| Relación con el estudiante:  | [ ]  Madre | [ ]  Padre | [ ]  Tutor |
|  | [ ]  Equipo de estudio del niño | [ ]  Consejero de orientación | [ ]  Personal escolar |
|  | [ ]  DCPP | [ ]  CMO | [ ]  Guardián legal |
|  | [ ]  Trabajador de CASA | [ ]  Padre recurso  | [ ]  Hogar grupal |
|  | [ ]  Sustituto educacional | [ ]  Consejero  | [ ]  Abuela |
|  | [ ]  Abuelo | [ ]  Tía | [ ]  Tío |
|  | [ ]  Otro:  | *Click or tap here to enter text.* |  |
|  |
| Padre/tutor legal: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |
| Dirección: | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Calle* |  | *Apartamento* |
|  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |  |
|  | *Ciudad* |  | *Estado* |  | *Código postal* |  |
| Teléfono de casa: | *Click or tap here to enter text.* | Teléfono celular: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |
| Correo electrónico: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |
| Relación con el estudiante:  | [ ]  Madre | [ ]  Padre | [ ]  Tutor |
| (*marque uno*) | [ ]  Equipo de estudio del niño | [ ]  Consejero de orientación | [ ]  Personal escolar |
|  | [ ]  DCPP | [ ]  CMO | [ ]  Guardián legal |
|  | [ ]  Trabajador de CASA  | [ ]  Padre recurso | [ ]  Hogar grupal |
|  | [ ]  Sustituto educacional  | [ ]  Consejero  | [ ]  Abuela |
|  | [ ]  Abuelo  | [ ]  Tía | [ ]  Tío |
|  | [ ]  Otro:  | *Click or tap here to enter text.* |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Oficina de EducaciónPaquete de admisión de la Escuela Regional |
|  |
| **Registro académico actual** |
|  |
| La escuela más reciente a la que asistió: | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Nombre de la escuela* |
|  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Ciudad* |  | *Estado* |
|  |
| Escuela donde el estudiante está actualmente registrado: | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Nombre de la escuela* |
|  |
| Distrito donde el estudiante está registrado actualmente: | *Click or tap here to enter text.* |
| *\*El distrito escolar debe coincidir con la dirección actual de los padres.* | *Nombre del distrito* |
|  |
|  |
| **Registro académico histórico** |
|  |
| Nombre de la escuela/programa: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |
|  | Desde: | *Click or tap here to enter text.* | A: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |  |  |
| Nombre de la escuela/programa: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |
|  | Desde: | *Click or tap here to enter text.* | A: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |
| Nombre de la escuela/programa: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |
|  | Desde: | *Click or tap here to enter text.* | A: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Gestión de casos** |
|  |
| Distrito escolar principal: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |
| Consejero de orientación: | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Nombre* |  | *Teléfono* |
|  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Correo electrónico* |
|  |
|  |
| ¿Es el estudiante elegible para Educación Especial y/o Servicios Relacionados? | [ ]  SÍ [ ]  NO |
|  |
| En caso de que sí, por favor seleccione la categoría de clasificación: | [ ]  Deterioro auditivo | [ ]  Sordo - ciego |
|  | [ ]  Autista | [ ]  Discapacidades ortopédicas |
|  | [ ]  Deterioro cognitivo - leve | [ ]  Otras discapacidades de la salud |
|  | [ ]  Deterioro cognitivo - moderado | [ ]  Niño preescolar con discapacidad |
|  | [ ]  Deterioro cognitivo - severo | [ ]  Discapacidad de aprendizaje específica |
|  | [ ]  Discapacidades de comunicación | [ ]  Daño cerebral traumático |
|  | [ ]  Emocionalmente perturbado | [ ]  Discapacidades visuales |
|  | [ ]  Incapacidades múltiples | [ ]  Elegible para los servicios de habla y de idioma |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Administrador de casos del DCF DCPP: | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Nombre* |  | *Teléfono* |
|  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Correo electrónico* |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Oficina de EducaciónPaquete de admisión de la Escuela Regional |
|  |  | *OOE Póliza #36, Adjunto 2* |
|  |  |  |
| **Formulario de información de contacto para estudiantes e infantes** |
|  |  |  |
| *\*Para ser completado por los padres/tutores/personal residencial.* |
|  |  |  |
| Nombre del estudiante/infante: | *Click or tap here to enter text.* | Fecha de nacimiento: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |  |
| Estudiante/padre: | *Click or tap here to enter text.* | Teléfono: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |  |
| Dirección: | *Click or tap here to enter text.* | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Calle* | *Apartamento* |
|  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Ciudad* |  | *Estado* |  | *Código postal* |
| Reside con: | *Click or tap here to enter text.* | Relación: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |
| Padre/tutor: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |
| Dirección: | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Calle* | *Apartamento* |
|  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Ciudad*  |  | *Estado* |  | *Código postal* |
|  |  |  |  |
| Teléfono de casa: | *Click or tap here to enter text.* | Teléfono del trabajo: | *Click or tap here to enter text.* | Teléfono celular: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |  |  |  |
| Correo electrónico: | *Click or tap here to enter text.* | Idioma natal: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |  |
| **Contactos de emergencia** |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
| Nombre: | *Click or tap here to enter text.* | Relación: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |  |
| Dirección: | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Calle* | *Apartamento* |
|  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Ciudad* |  | *Estado* |  | *Código postal* |
|  |  |  |  |
| Teléfono de casa: | *Click or tap here to enter text.* | Teléfono del trabajo: | *Click or tap here to enter text.* | Teléfono celular: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Nombre: | *Click or tap here to enter text.* | Relación: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |  |
| Dirección: | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Calle* | *Apartamento* |
|  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Ciudad* |  | *Estado* |  | *Código postal* |
|  |  |  |  |
| Teléfono de casa: | *Click or tap here to enter text.* | Teléfono del trabajo: | *Click or tap here to enter text.* | Teléfono celular: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Nombre: | *Click or tap here to enter text.* | Relación: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |  |
| Dirección: | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Calle* | *Apartamento* |
|  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Ciudad*  |  | *Estado* |  | *Código postal* |
|  |  |  |  |
| Teléfono de casa: | *Click or tap here to enter text.* | Teléfono del trabajo: | *Click or tap here to enter text.* | Teléfono celular: | *Click or tap here to enter text.* |
|  |  |  |  |
| \*Si alguna de la información anterior cambia después de presentar este formulario, por favor notifique a la escuela tan pronto como sea posible. |  |
|  |  |
| Persona que completa el formulario: | *Click or tap here to enter text.* | Relación: | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Nombre en letra de imprenta* |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  | *Click or tap here to enter text.* |
|  | *Firma* |  | *Fecha* |



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Oficina de EducaciónPaquete de admisión de la Escuela Regional |
|  |  |  |
| **CONSENTIMIENTO PARA PASEOS DE INSTRUCCIÓN RUTINARIOS BASADOS EN LA COMUNIDAD** |
|  |
| Nuestro programa en la Escuela Regional del DCF (por sus siglas en inglés) incluye una variedad de experiencias instructivas, vocacionales y recreativas que ocurren en la comunidad. Los estudiantes trabajan en sus objetivos educativos mientras están en estos entornos comunitarios. Esto fomenta la generalización de las habilidades aprendidas en la escuela. Nuestro objetivo es que todos los estudiantes participen en experiencias comunitarias como paseos a la biblioteca, parques, tiendas, etc. tan a menudo como sea posible. Estos paseos son locales y se programan sólo durante una parte del día académico. Los estudiantes participan en una variedad de actividades de forma rotativa. Si usted firma este formulario de consentimiento, nos dará permiso para llevar a su hijo a este tipo de paseos. |
|  |  |  |
| Le notificaremos y pediremos su permiso específico cuando hayamos programado un paseo especial que sea diferente al tipo programado regularmente mencionado anteriormente. Este formulario no se refiere al uso de las instalaciones de la comunidad para las clases de educación física requeridas |
|  |
| Doy permiso para que mi hijo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, participe en los paseos a la comunidad como se describe en esta carta. Entiendo que estos paseos ocurren en varios días a una variedad de lugares.  |
|  |
|  |
|  |
| **CONSENTIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES PARA QUE EL ESTUDIANTE SEA GRABADO, FOTOGRAFIADO Y/O IDENTIFICADO Y PARA QUE PARTICIPE EN VIDEOCONFERENCIAS/APRENDIZAJE A DISTANCIA** |
| * Por la presente, consiento en permitir a las personas, incluidos, entre otros, los representantes del Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) y/o los miembros de los medios de comunicación, como periódicos, revistas, radio y televisión, que tomen fotografías fijas o en movimiento de mi hijo o hija en la escuela o en actividades relacionadas con la escuela, que reproduzcan dichas fotografías fijas o en movimiento, las distribuyan y/o las utilicen en la elaboración y/o publicación de cualquier material escrito o impreso; en actividades educativas, capacitaciones, presentaciones, exhibiciones y/o conferencias; en cualquier emisión de radio y/o televisión; y/o en el sitio web del DCF o de otra entidad.
 |
|  |
| También consiento en permitir que mi hijo participe en actividades de videoconferencia/aprendizaje a distancia que son oportunidades de aprendizaje que implican el uso de equipo de video comunicación. |
|  |
| También consiento en que se permita a las personas, incluidos, entre otros, los representantes del DCF y/o los miembros de los medios de comunicación, identificar a mi hijo por su nombre durante cualquier actividad de videoconferencia/aprendizaje a distancia y/o cuando utilicen las imágenes fijas o en movimiento en la elaboración y/o publicación de cualquier material escrito/impreso; en actividades educativas, capacitaciones, presentaciones, exhibiciones y/o conferencias; en cualquier emisión de radio y/o televisión; y/o en el sitio web del DCF o de otra entidad. |
|  |
| Comprendo que al consentir lo anterior, por la presente libero y eximo al Departamento de Niños y Familias del Estado de Nueva Jersey, y a todos sus agentes y empleados de toda responsabilidad, reclamación o demanda, en derecho o en equidad, que pudiera tener contra cualquiera de ellos por razón de dicha grabación en vídeo, fotografía, identificación y/o videoconferencia/aprendizaje a distancia y su uso posterior. |
|  |
|  |  |
| Padre/tutor: |  |  |  |
|  | *Nombre en letra de imprenta* |  | *Fecha* |
|  |  |  |  |
|  | *Firma* |  | *Fecha* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Oficina de EducaciónPaquete de admisión de la Escuela Regional |
|  |  | *OOE Póliza #33, Adjunto 3* |
|  |  |  |
| **Aviso sobre el uso de técnicas de control físico aprobadas** |
|  |
| Con el fin de proporcionar un entorno de aprendizaje seguro y productivo para todos los estudiantes y el personal de la escuela, el personal utiliza una variedad de técnicas de gestión de la conducta para fomentar un comportamiento apropiado y prosocial y, según sea necesario, para responder y reducir una serie de conductas disruptivas de los estudiantes para evitar una crisis. Siempre que es posible, se implementan intervenciones de manejo de la conducta menos restrictivos antes de que se empleen métodos más restrictivos. Sin embargo, si el comportamiento de un estudiante presenta un peligro inminente para sí mismo o para otros y el estudiante no ha respondido a las alternativas de manejo del comportamiento, el personal de nuestra escuela puede necesitar usar una técnica de control físico como medida de emergencia temporal para ayudar al estudiante a recuperar el control de su comportamiento y para proteger al estudiante de hacerse daño a sí mismo o a otras personas.  |
| Sólo el personal que haya participado en un programa de capacitación especializado que enseñe las prácticas y normas aceptadas en relación con el manejo del comportamiento y el uso de técnicas de intervención física, como el sistema *"Handle with Care"* (Manipular con cuidado), utilizará un método de control/retención física con un estudiante. Cuando las intervenciones físicas sean necesarias, se implementarán utilizando técnicas diseñadas para proteger la salud, el bienestar y la seguridad del estudiante y de los demás, y usted, como padre/tutor legal del estudiante, será notificado si tal incidente ocurre con su hijo. Para asegurarnos de que su hijo no tiene ninguna condición que impida el uso de una técnica de control físico, le pedimos que por favor complete el siguiente formulario y lo devuelva a la escuela de su hijo lo antes posible. |
| Nombre del estudiante: |  | Fecha de nacimiento: |  |
|  |  |  |  |
|  |
| * No tengo conocimiento de ningún problema médico o psicológico relacionado con mi hijo que prohíba el uso de técnicas de control físico por parte de personal capacitado, si y cuando sea necesario, para proteger a mi hijo y/o a un miembro de la comunidad escolar de daños físicos, inminentes y graves.
 |
| * No se deben utilizar técnicas de control físico para mi hijo debido a una condición médica o psicológica conocida.
 |
|  |  |
| Condición médica/psicológica: |  |
|  |  |
| Nombre en letra imprenta del padre/tutor legal: |  |
|  |  |
| Firma del padre/tutor legal: |  |
|  |  |
| Nombre del proveedor residencial: |  |
|  |  |
| Firma del proveedor residencial: |  |
|  |  |
| Fecha: |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Oficina de EducaciónPaquete de admisión de la Escuela Regional |
|  |  |  |  | *Póliza #36, Adjunto 1* |
| **FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD DEL DEPARTAMENTO DE NIÑOS Y FAMILIAS DE** **NUEVA JERSEY (DCF) OFICINA DE EDUCACIÓN** |
|  |
| **A SER COMPLETADO POR LOS PADRES/TUTORES/PERSONAL RESIDENCIAL** |
|  |
| Nombre del estudiante: |  | Fecha de nacimiento: |  | # de seguro social: |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Persona de contacto: |  |  | Relación: |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| # de teléfono: |  | Correo electrónico: |  |
|  |  |  |  |
| Segunda persona de contacto: |  | Relación: |  |
|  |  |  |  |
| # de teléfono: |  | Correo electrónico: |  |
|  |  |  |  |
| # de seguro médico y de suscripción: |  |
|  |  |  |  |
| Registro de vacunas adjunto: | ¨SÍ ¨NO | Registro de vacunas actualizado: | ¨SÍ ¨NO |
|  |  |  |  |
| **Historial familiar - a ser completado por el padre/tutor** |
|  |
| Por favor, verifique si los miembros de su familia inmediata tienen un historial de: |
|  | ¨ Presión arterial alta | ¨ Diabetes | ¨ Cáncer |
|  | ¨ Colesterol alto | ¨ Convulsiones | ¨ Tuberculosis |
|  | ¨ Enfermedad psiquiátrica | ¨ Enfermedad cardíaca | ¨ Asma |
|  |  |  |  |
| **HISTORIAL MÉDICO/QUIRÚRGICO DEL ESTUDIANTE** |
|  |
| Verifique si el estudiante ha tenido alguno de los siguientes: |  |
|  | ¨ Hospitalización | Si es así, la fecha: |  | ¨ Cuidados intensivos | ¨ Rehabilitación | ¨ Cirugía | ¨ Lesiones |
|  | ¨ Enfermedad psiquiátrica | ¨ Diabetes | ¨ Convulsiones |
|  | ¨ Enfermedad cardíaca | ¨ Presión arterial alta | ¨ Tuberculosis |
|  | ¨ Cáncer | ¨ Colesterol alto |  |
|  | ¨ Asma | Si es así, ¿está el plan de acción adjunto?: | ¨SÍ ¨NO |
|  |  |  |  |
|  | Alergias: ¨SÍ ¨NO | En caso de que sí, por favor proceda a la siguiente tabla: |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **Tipo de alergia** | **Nombre** | **Reacción** | **Tratamiento** |
|  | Alimentos |  |  |  |
|  | Medicamentos |  |  |  |
|  | Picaduras de abejas |  |  |  |
|  | Otro |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ¿Prescripción válida para un EpiPen?  |  ¨SÍ ¨NO | ¿Prescripción válida para los antihistamínicos orales? |  ¨SÍ ¨NO |
|  |  |  |  |  |
| **ESTADO DE SALUD ACTUAL:** |  |
|  |  |
| Estatura: |  | Peso: |  | Presión arterial: |  | Respiraciones: |  | Temperatura: |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ¿El estudiante …  |  |  |  |
|  | … fuma/usa tabaco? | ¨SÍ ¨NO | ¿Cuántos paquetes por día? |  |  |
|  | … bebe alcohol? | ¨SÍ ¨NO | ¿Con qué frecuencia? |  ¨ Diario ¨ Semanal ¨ Mensual |
|  | … usa otras sustancias? | ¨SÍ ¨NO | ¿Qué sustancia(s)? |  |
|  | … come una... ¨ dieta regular? … ¨ dieta especial? | Restricciones alimenticias: |  |
|  | … tienen limitaciones/restricciones con respecto a la actividad física? ¨SÍ ¨NO | Describa: |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ¿Es el estudiante abusivo con: … consigo mismo? ¨SÍ ¨NO | …otros? ¨SÍ ¨NO |  |  |  |
| Si es así, describa: |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  | Oficina de EducaciónPaquete de admisión de la Escuela Regional |
| **MEDICAMENTOS:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| ¿Toma el estudiante medicamentos?  |  ¨SÍ ¨NO | Si es así, vea a continuación: |  |
|  |  |  |  |
| Todos los medicamentos de venta sin prescripción requieren que los padres completen el formulario de administración de medicamentos en la escuela para que la enfermera pueda administrar cualquier medicamento durante el horario escolar y una receta médica válida con validez de un año a partir de la fecha en que se escribió. Existen órdenes permanentes por parte de los médicos para ciertos medicamentos de venta sin prescripción. |
|  |  |  |  |
| **Nombre del medicamento** | **Dosis** | **Frecuencia** | **Método** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **ATENCIÓN MÉDICA:** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | Nombre del médico o la práctica | Dirección | Número de teléfono |
| Médico |  |  |  |
| Clínica |  |  |  |
| GINECÓLOGO |  |  |  |
| Otro |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Problemas de salud actuales y cualquier información que crea importante que la escuela conozca sobre este estudiante:** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |  |  |  |
| Persona que completa el formulario: |  |  |  |  |  |
|  | *Nombre en letra de imprenta* |  | *Firma* |  | *Fecha* |
|  |  |
| Relación con el estudiante: |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Oficina de EducaciónPaquete de admisión de la Escuela Regional |
|  |  |  |
| **Encuesta sobre el idioma que se habla en casa:** El Código Administrativo de Nueva Jersey requiere que se haga una determinación con respecto a la lengua natal de todos los estudiantes matriculados en nuestra escuela. Esto es para ayudar a identificar a los estudiantes cuya lengua natal puede no ser el inglés y, si es apropiado, para proporcionar los servicios necesarios. |
| Nombre del estudiante: |  | Fecha de nacimiento: |  |
|  |  |  |  |
| **Pregunta 1:** ¿Cuál es el primer idioma del estudiante? |  |
| * Si el idioma no es el inglés, vaya a la pregunta 2.
 |
| * Si es inglés, vaya a la pregunta 3.
 |
|  |  |
| **Pregunta 2:** En casa, ¿el estudiante escucha o usa un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo??¨SÍ ¨NO |
| * Si es así, indique el idioma o idiomas.

Luego vaya a la pregunta 3. |  |
| * Si no, vaya a la pregunta 4.
 |  |
|  |
| **Pregunta 3:** ¿Entiende el estudiante otro idioma que no sea el inglés?¨SÍ ¨NO |
| * Si es así, vaya a la pregunta 4.
 |
| * Si no, vaya a la pregunta 6.
 |
|  |
| **Pregunta 4:** Al interactuar con sus padres o tutores, ¿usa el estudiante un idioma distinto al inglés más de la mitad del tiempo? ¨SÍ ¨NO |
| * Si es así, vaya a la pregunta 5.
 |
| * Si no, vaya a la pregunta 6.
 |
| **Pregunta 5:** Cuando interactúa con otras personas que no son sus padres o tutores, ¿usa el estudiante un idioma distinto del inglés más de la mitad del tiempo?¨SÍ ¨NO |
| * Si es así, vaya a la pregunta 6.
 |
| * Si no, vaya a la pregunta 6.
 |
| **Pregunta 6:** ¿Se ha mudado el estudiante recientemente de otro distrito escolar/escuela chárter donde fue identificado como un estudiante que esta aprendiendo inglés? ¨SÍ ¨NO  |
|  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | Oficina de EducaciónPaquete de admisión de la Escuela Regional |
|  |
| **OFICINA DE EDUCACIÓN** |
| **SOLICITUD DE INSTRUCCIÓN REMOTA A TIEMPO COMPLETO** |
|  |  |  |
| Los padres que elijan esta opción también pueden cambiar su elección y optar por reintegrar a su estudiante a la instrucción en clase/híbrida que ofrece la escuela, si lo solicitan. Todas las solicitudes de cambios en el horario de un estudiante serán documentadas y deberán ser solicitadas por escrito a la administración de la escuela. Según el Departamento de Educación de Nueva Jersey, los padres tienen la opción de que su hijo asista a la escuela virtualmente. |
|  |  |  |
| Por favor, presente esta solicitud al administrador de la escuela tan pronto como sea posible. |
|  |  |  |
| Nombre del estudiante: |  | Fecha: |  |
|  |  |  |  |
| ¨ | Opto por la instrucción a distancia para mi estudiante en septiembre de 2020. |  |
| ¨ | Opto por que mi estudiante asista a la clase/instrucción híbrida según se ofrezca. |  |
|  |  |  |
| Padre/Tutor: |  | Fecha: |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ¨ solicitud hecha por correo electrónico |  |  |  |
| ¨ solicitud recibida a través de una llamada telefónica |  |  |  |
| ¨ solicitud recibida por correo |  |  |  |