

DISTRITO ESCOLAR DE CLEMENTON
FORMULARIO DE REGISTRACION
INFORMACION DEL ESTUDIANTE

MONTH / YEAR DATE
MES / AÑO FECHA

GRADE OF ENTRY
DE GRADO DE ENTRADA

STUDENT'S NAME: _____
EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE (LAST/APELLIDO) (FIRST/ PRIMER NOMBRE) (MIDDLE/SEGUNDO)

STUDENT'S ADDRESS: _____
DIRECCION DEL ESTUDIANTE

DATE OF BIRTH: _____ SEX: MALE / FEMALE NICKNAME: _____
FECHA DE NACIMIENTO SEXO: HOMBRE / MUJER APODO

BIRTH CITY: _____ BIRTH STATE: _____
NACIMIENTO DE LA CIUDAD ESTADO DE NACIMIENTO

PERSON ENROLLING STUDENT: _____ RELATIONSHIP TO STUDENT: _____
PERSONA QUE INSCRIBE EL ESTUDIANTE RELACION CON EL ESTUDIANTE

WHO DOES THE CHILD RESIDE WITH: (CHECK ONE) ___ BOTH PARENTS ___ MOTHER ONLY
___ FATHER ONLY ___ GUARDIAN ONLY

CON QUIEN EL NIÑO RESIDE: (MARQUE UNO)
___ AMBOS PADRES ___ MADRE SOLO PADRE ___ ÚNICO GUARDIÁN SOLAMENTE

DO YOU HAVE COURT APPOINTED CUSTODY OF THIS CHILD? YES / NO
TIENE CUSTODIA DESIGNADO POR LA CORTE DE ESTE NIÑO? SI / NO

CUSTODY PAPERS? YES / NO
PAPELES DE LA CUSTODIA? SI / NO

IS YOUR CHILD A U.S. CITIZEN? YES / NO IF NO- BIRTH COUNTRY: _____
ES SU NIÑO CIUDADANO USA. ? SI / NO SI NO- PAIS DE NACIMIENTO

IF NO, HOW MANY YEARS HAS YOUR CHILD BEEN ENROLLED IN THE U.S. SCHOOL SYSTEM? _____
EN CASO NEGATIVO, CUÁNTOS AÑOS SU HIJO HA SIDO INSCRITO EN EL SISTEMA ESCOLAR USA?

NATIVE LANGUAGE OF PARENT/GUARDIAN ENROLLING STUDENT: _____
IDIOMA NATIVO DEL PADRE / TUTOR AGREGADO DE ESTUDIANTE

IF ENGLISH IS NOT THE NATIVE LANGUAGE, PLEASE CHECK HERE IF ENGLISH IS SPOKEN AND UNDERSTOOD BY THE PARENT/ GUARDIAN ENROLLING STUDENT. _____
SI EL INGLÉS NO ES LA LENGUA MATERNA, POR FAVOR MARQUE AQUÍ SI EL INGLÉS ES HABLADO Y ENTENDIDO POR EL PADRE / TUTOR AGREGADO DE ESTUDIANTE

HAS YOUR CHILD EVER BEEN IN AN LEP (LIMITED ENGLISH PROFICIENCY) PROGRAM? _____
ALGUNA VEZ SU HIJO HA ESTADO EN UN PROGRAMA DE LEP (INGLÉS LIMITADO)?

SPECIAL EDUCATION/ EDUCACIÓN ESPECIAL

HAS YOUR CHILD EVER BEEN EVALUATED BY A CHILD STUDY TEAM? _____

ALGUNA VEZ SU HIJO HA SIDO EVALUADO POR UN EQUIPO DE ESTUDIO DEL NIÑOS Y NIÑAS?

IF YES- DOES YOUR CHILD HAVE AN IEP (INDIVIDUAL EDUCATION PROGRAM)? _____

MARQUE SÍ: SI SU HIJO HA ESTADO EN UN IEP (PROGRAMA DE EDUCACIÓN INDIVIDUAL)?

IS YOUR CHILD CURRENTLY RECEIVING SPEECH THERAPY? _____

ACTUALMENTE SU HIJO/A RECIBE TERAPIA DEL HABLA?

DOES YOUR CHILD HAVE A 504 PLAN? _____

SU HIJO TIENE UN PLAN 504?

PLEASE LIST ALL SIBLINGS ESCRIBA LOS NOMBRES DE TODOS LOS HERMANOS/AS	AGE/ AÑOS	EDUCATION / SCHOOL EDUCACION/ ESCUELA

IN ORDER FOR CLEMENTON SCHOOL DISTRICT TO COMPLY WITH NJ STATE REGULATIONS FOR RACIAL/ETHNIC INFORMATION, PLEASE CIRCLE THE APPROPRIATE BOX(ES). THIS INFORMATION IS USED FOR STATISTICAL COMPILATIONS AND REPORTS ONLY.

PARA CUMPLIR CON LAS REGULACIONES ESTATALES EL DISTRITO ESCOLAR DE CLEMENTON NJ INFORMA SOBRE RACIALES / ÉTNICOS, POR FAVOR MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE (ES) ESTA INFORMACIÓN SE UTILIZA PARA LAS COMPILACIONES E INFORMES ESTADÍSTICOS SOLAMENTE.

BLACK (NON-HISPANIC) NEGRO (NO HISPANOS)	ASIAN / ASIÁTICO	CAUCASIAN (NON-HISPANIC) / CAUCÁSICOS (NO HISPANOS)
AMERICAN INDIAN/ALASKAN LOS INDIOS AMERICANOS / ALASKA	HISPANIC OR LATINO	PACIFIC ISLAND/HAWAIIAN PACIFIC ISLAND / HAWAIIANO

CLEMENTON SCHOOL DISTRICT DOES NOT DISCRIMINATE ON THE BASIS OF SEX, RACE OR HANDICAP. FOR FURTHER INFORMATION, CONTACT THE AFFIRMATIVE ACTION OFFICER AT (856) 783-2300.

EL DISTRITO ESCOLAR DE CLEMENTON NJ NO DISCRIMINA EN BASE AL SEXO, RAZA O DISCAPACIDAD. PARA MÁS INFORMACIÓN, PONGANSE EN CONTACTO CON EL OFICIAL DE ACCIÓN POSITIVA AL (856) 783 - 2300.

PARENT/GUARDIAN INFORMATION
INFORMACIÓN DE LOS PADRES / TUTOR

MOTHER / GUARDIAN

MADRE / TUTOR: _____
(LAST NAME/APELLIDO NOMBRE) (FIRST NAME/ NOMBRE DE LA FAMILIA)

ADDRESS (DIRECCIÓN): _____
(STREET/APT -CALLE / APT #) (ADDRESS- DIRECCIÓN)

DO YOU HAVE COURT APPOINTED CUSTODY OF THIS CHILD? YES / NO
LE HAN DESIGNADO POR LA CORTE CUSTODIA DE ESTE NIÑO? SI / NO

CUSTODY PAPERS? YES / NO
PAPELES DE LA CUSTODIA?

HOME PHONE NUMBER: _____ CELL NUMBER: _____
INICIO NÚMERO DE TELÉFONO NÚMERO DE CÉLULAS

PLACE OF EMPLOYMENT: _____ EMPLOYMENT NUMBER: () _____
LUGAR DE TRABAJO EMPLEO NÚMERO

EMAIL ADDRESS / DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

CHECK WHICH APPLIES TO YOUR LIVING SITUATION
MARQUE LA VERIFICACIÓN QUE SE APLICA A SU SITUACIÓN DE VIDA:

___ OWN /PROPIO

___ LIVE WITH FAMILY OR FRIEND / VIVIR CON LA FAMILIA OR AMIGO

___ RENT, IF YOU RENT PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION /RENT

SI ALQUILA POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

LEASE EXPIRATION
FECHA DE EXPIRACION DEL CONTRATO DE RENTA: _____

LANDLORD NAME AND PHONE #
NOMBRE DEL PROPIETARIO Y TELEFONO: _____

___ OTHER (PLEASE EXPLAIN)
OTRO (POR FAVOR EXPLIQUE): _____

PARENT/GUARDIAN INFORMATION
INFORMACIÓN DE LOS PADRES / TUTOR

FATHER / GUARDIAN

PADRE / TUTOR:

_____ (LAST NAME/APELLIDO NOMBRE)

_____ (FIRST NAME/ NOMBRE DE LA FAMILIA)

ADDRESS (DIRECCIÓN):

_____ (STREET/APT -CALLE / APT #)

_____ (ADDRESS- DIRECCIÓN)

DO YOU HAVE COURT APPOINTED CUSTODY OF THIS CHILD? YES / NO

LE HAN DESIGNADO POR LA CORTE CUSTODIA DE ESTE NIÑO? SI / NO

CUSTODY PAPERS? YES / NO

PAPELES DE LA CUSTODIA? SI / NO

HOME PHONE NUMBER: _____

NÚMERO DE TELÉFONO DE CASA

CELL NUMBER: _____

NÚMERO DE CÉLULAR

PLACE OF EMPLOYMENT: _____

LUGAR DE TRABAJO

EMPLOYMENT NUMBER: () _____

NÚMERO DEL TRABAJO

EMAIL ADDRESS / **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO:** _____

CHECK WHICH APPLIES TO YOUR LIVING SITUATION:

MARQUE LA VERIFICACIÓN QUE SE APLICA A SU SITUACIÓN DE VIDA

___ OWN /PROPIO

___ LIVE WITH FAMILY/FRIEND / VIVIR CON LA FAMILIA / AMIGO

___ RENT, IF YOU RENT PLEASE PROVIDE THE FOLLOWING INFORMATION /RENT

SI ALQUILA POR FAVOR PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

LEASE EXPIRATION:

FECHA DE EXPIRACION DEL CONTRATO DE RENTA: _____

LANDLORD NAME AND PHONE #

NOMBRE DEL PROPIETARIO Y TELEFONO: _____

___ OTHER (PLEASE EXPLAIN)

OTRO (POR FAVOR EXPLIQUE): _____

**EMERGENCY INFORMATION /
INFORMACIÓN DE EMERGENCIA**

EMERGENCY CONTACT / **CONTACTO DE EMERGENCIA:** _____

RELATIONSHIP TO CHILD / **RELACIÓN CON EL NIÑO:** _____

ADDRESS / **DIRECCIÓN:** _____

PHONE NUMBER / **TELÉFONO:** _____

I DO HEREBY VERIFY THAT THE ABOVE INFORMATION IS CORRECT, THAT I RESIDE AT THE ABOVE ADDRESS, AND THAT SUCH ADDRESS IS WITHIN THE BOROUGH OF CLEMENTON. I UNDERSTAND THAT IN THE EVENT THAT MY CHILD IS NOT A RESIDENT OF THE BOROUGH OF CLEMENTON, THE BOARD OF EDUCATION MAY TAKE ACTION TO REMOVE MY CHILD FROM THE CLEMENTON SCHOOL DISTRICT AND CHARGE TUITION AT THE PER DIEM RATE FOR EACH DAY THAT MY CHILD ATTENDED SCHOOL DURING THIS PERIOD.

POR LA PRESENTE CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES CORRECTA , Y QUE RESIDO EN LA DIRECCIÓN ANTERIOR , Y QUE TAL DIRECCIÓN ES EN EL TÉRMINO MUNICIPAL DE CLEMENTON . YO ENTIENDO QUE EN EL CASO DE QUE MI HIJO NO ES UN RESIDENTE DEL DISTRITO DE CLEMENTON , LA JUNTA DE EDUCACIÓN PUEDE TOMAR ACCIONES PARA ELIMINAR MI HIJO DEL DISTRITO Y LA CARGA DE LA MATRÍCULA DE LA ESCUELA CLEMENTON EN LA TARIFA DIARIA POR CADA DÍA QUE ASISTIÓ A MI HIJO LA ESCUELA DURANTE ESTE PERÍODO .

SIGNATURE / FIRMA _____ DATE / FECHA: _____

SIGNATURE / FIRMA _____ DATE / FECHA: _____

ENROLLMENT RESIDENCY QUESTIONNAIRE
INSCRIPCIÓN Cuestionario de Residencia

STUDENT'S NAME / **NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** _____

ENTERING GRADE / **GRADO EN EL QUE INGRESARA:** _____

IN ACCORDANCE WITH NEW JERSEY STATE LAW (N.J.S.A. 18A:38-1 AND 18A:7B-12), IT IS NECESSARY TO DETERMINE THE RESIDENCE OF STUDENTS ENTERING THE SCHOOL DISTRICT.

PLEASE INDICATE (CIRCLE) IF THE STUDENT RESIDES IN ANY OF THE FOLLOWING FACILITIES:

DE ACUERDO CON LA LEY DEL ESTADO DE NEW JERSEY (N.J.S.A. 18A: 38-1 Y 18A: 7B -12), ES NECESARIO DETERMINAR LA RESIDENCIA DE LOS ESTUDIANTES QUE INGRESAN AL DISTRITO ESCOLAR. POR FAVOR INDICAR (CÍRCULO) SI RESIDE EL ESTUDIANTE EN CUALQUIERA DE LAS SIGUIENTES INSTALACIONES:

- FAMILY'S HOME OUT OF NECESSITY (GRANDPARENT, AUNT, UNCLE, BROTHER, SISTER, COUSIN, ETC.) / **CASA POR NECESIDAD (ABUELO, TÍA, TÍO, HERMANO, HERMANA, PRIMO, ETC.)**
- FRIEND'S HOME OUT OF NECESSITY / **CASA FUERA O AMIGO DE NECESIDAD**
- **HOTEL/MOTEL**
- HOMELESS SHELTER / **ABRIGO SIN HOGAR**
- TRANSITIONAL HOUSING FACILITY / **TRANSITORIA INSTALACIÓN DE VIVIENDA**
- DOMESTIC VIOLENCE SHELTER / **DOMESTICA REFUGIO DE VIOLENCIA**
- RUNAWAY YOUTH SHELTER / **REFUGIO O FUGA DE LA JUVENTUD**
- NONE OF THE ABOVE SITUATION APPLY / **NINGUNO DE LA SITUACIÓN ANTERIORMENTE SI APLICAN**

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

PADRE / TUTOR FIRMA: _____ DATE / FECHA: _____

SURVEY (PLEASE FILL OUT COMPLETELY) –ENCUESTA (POR FAVOR LLENE POR COMPLETO)

WHAT LANGUAGE DID YOUR CHILD FIRST LEARN?

QUÉ IDIOMA APRENDIÓ PRIMERO? _____

WHAT LANGUAGE IS MOST OFTEN SPOKEN IN YOUR HOME?

QUÉ IDIOMA HABLAN CON MÁS FRECUENCIA EN SU CASA? _____

WHAT LANGUAGE IS MOST OFTEN SPOKEN BY YOUR CHILD?

QUÉ IDIOMA SE HABLAN CON MÁS FRECUENCIA SU HIJO? _____

WAS YOUR CHILD BORN IN ANOTHER COUNTRY

SU NIÑO O NIÑA NACIÓ EN OTRO PAÍS? _____

IF YES, WHAT COUNTRY?

EN CASO AFIRMATIVO, QUÉ PAÍS? _____

DOES YOUR CHILD HAVE UNITED STATES CITIZENSHIP?

SU HIJO TIENE LA CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE? _____

DO YOU REQUIRE A TRANSLATOR AND/OR DOCUMENTS TRANSLATED? YES / NO

NECESITA UN TRADUCTOR Y / O DE DOCUMENTOS TRADUCIDOS? SI O NO

**CUSTODY INFORMATION / INFORMACIÓN SOBRE LA CUSTODIA
PLEASE READ CAREFULLY / POR FAVOR LEA CUIDADOSAMENTE**

PLEASE READ THE PARAGRAPHS BELOW, CHECK THE APPROPRIATE BOX AND SIGN YOUR NAME
POR FAVOR LEA LOS PÁRRAFOS SIGUIENTES, MARQUE LA CASILLA CORRESPONDIENTE Y FIRMAR SU
NOMBRE

:

_____ THERE ARE **NO** CUSTODY ISSUES REGARDING MY CHILD. IF AT ANY TIME THIS STATUS
CHANGES, I UNDERSTAND I AM RESPONSIBLE FOR PROVIDING A COPY OF CUSTODY PAPERS TO
CLEMENTON ELEMENTARY SCHOOL. IF CUSTODY PAPERS ARE NOT ON FILE AT SCHOOL, I
UNDERSTAND THAT MY CHILD MAY BE RELEASED TO EITHER PARENT AND/OR GUARDIAN OR ANY
OTHER PERSON LISTED ON THE EMERGENCY CARD.

**NO HAY ASUNTOS DE CUSTODIA RELACIONADOS CON MI HIJO. SI EN CUALQUIER MOMENTO ESTE
ESTADO CAMBIA, YO ENTIENDO QUE SOY RESPONSABLE DE PROPORCIONAR UNA COPIA DE LOS
DOCUMENTOS DE CUSTODIA PARA CLEMENTON PRIMARIA. SI ESTOS PAPELES DE CUSTODIA NO SE
ENCUENTRAN ARCHIVADOS EN LA ESCUELA, ENTIENDO QUE MI NIÑO PUEDE SER ENTREGADO A
AMBOS PADRES Y / O TUTORES O CUALQUIER OTRA PERSONA QUE APARECE EN LA TARJETA DE
EMERGENCIA.**

_____ THERE **ARE** CUSTODY ISSUES REGARDING MY CHILD AND THE LATEST COURT ORDERS HAVE
BEEN GIVEN TO CLEMENTON ELEMENTARY SCHOOL. I AM AWARE OF MY RESPONSIBILITY TO FURNISH
THE SCHOOL WITH COPIES OF ANY UPDATED CUSTODY PAPERS. IF I FAIL TO DO SO, I UNDERSTAND
THAT THE LATEST PAPERS ON FILE WILL BE ENFORCED.

**HAY ASUNTOS DE CUSTODIA CON RESPECTO A MI NIÑO Y LA CORTE ORDENA QUE SE HAN DADO AL
DISTRITO ESCOLAR DE CLEMENTON. YO SOY CONSCIENTE DE MI RESPONSABILIDAD PROPORCIONAR
A LA ESCUELA COPIAS DE TODOS LOS DOCUMENTOS DE CUSTODIA ACTUALIZADOS. SI NO LO HACEN,
ENTIENDO QUE LOS ÚLTIMOS DOCUMENTOS EN EL ARCHIVO SE HACE CUMPLIR.**

*PLEASE NOTE IF CUSTODY PAPERS ARE NOT PROVIDED TO CLEMENTON ELEMENTARY SCHOOL, YOUR
CHILD WILL NOT BE ABLE TO BE ENROLLED AND BEGIN ATTENDING SCHOOL AT CLEMENTON
ELEMENTARY SCHOOL.*

**TENGA EN CUENTA QUE SI LOS PAPELES DE LA CUSTODIA NO SE OFRECEN AL DISTRITO ESCOLAR
DE CLEMENTON, SU HIJO NO VA PODER SER INSCRITO Y COMENZAR LA ESCUELA ATENDIENDO EN
CLEMENTON PRIMARIA.**

YES, MY SIGNATURE BELOW CONFIRMS THAT THE ABOVE CHECKED BOX IS ACCURATE:
SÍ, MI FIRMA ABAJO CONFIRMA QUE EL CUADRO DE ARRIBA ES VERDADERO:

CHILD'S NAME/ **NOMBRE DEL MENOR**

GRADE/**GRADO**

PARENT SIGNATURE /**FIRMA DE LOS PADRES**

DATE / **FECHA**

DISTRITO ESCOLAR DE CLEMENTON
PRUEBA DE DOMICILIO

Estimado padre / tutor:

CLEMENTON Junta de educación tiene políticas y procedimientos relacionados con el "Comprobante de domicilio" para los estudiantes que asisten a nuestras escuelas. EL DISTRITO SÓLO DEBERÁ PROPORCIONAR UNA EDUCACIÓN GRATUITA A LOS ESTUDIANTES QUE TIENEN SU DOMICILIO DENTRO DEL DISTRITO O QUE OTRA MANERA CALIFICAR PARA UNA EDUCACIÓN CONFORME A LOS LINEAMIENTOS LEGALES Y REGLAMENTARIOS ESTABLECIDOS EN N.J.S.A. 18A:38-1 Y SS. Y N.J.A.C. 6A:22-1.1 ET SEQ. UN ESTUDIANTE SERÁ DOMICILIADO EN EL BARRIO "CUANDO ÉL O ELLA VIVE CON UN PADRE O TUTOR LEGAL CUYO DOMICILIO PERMANENTE SE ENCUENTRA DENTRO DEL DISTRITO." N.J.A.C. 6A:22-3.1. EL HOGAR ES PERMANENTE IF "EL PADRE O TUTOR TIENE LA INTENCIÓN DE VOLVER A ÉL CUANDO AUSENTE Y NO TIENE PRESENTE INTENCIÓN DE PASAR DE ÉL..." ID. SI EL DISTRITO DESCUBRE QUE UN ESTUDIANTE ESTÁ ASISTIENDO A LA ESCUELA CUYOS PADRES NO TIENEN SU DOMICILIO DENTRO DEL DISTRITO Y QUE DE LO CONTRARIO NO ES ELEGIBLE PARA UNA EDUCACIÓN GRATUITA, EL DISTRITO PUEDE SOLICITAR EL RETIRO DEL ESTUDIANTE Y SOLICITAR REEMBOLSO DE MATRÍCULA PARA EL PERÍODO DE ASISTENCIA ELEGIBLE CON ARREGLO A LAS DISPOSICIONES DE N.J.S.A. 18A:38-1 (B) (2). Los solicitantes de

que fraudulentamente permita que A un niño de otro uso su residencia o que fraudulentamente afirman tener la custodia de un niño, puede cargarse con una ofensiva desordenada de personas. N.J.S.A. 18A:38-1 (C). SI EL SOLICITANTE ES DECLARADO CULPABLE DE DICHO DELITO, EL SOLICITANTE PUEDE SER MULTADO HASTA \$1.000,00 O SER ENCARCELADO POR HASTA 6 MESES.

Cualquier declaración falsa, respuestas o declaraciones contenidas en la declaración jurada o en una solicitud de admisión puede someter al solicitante a persecución penal por el delito de falso juramento, en violación de N.J.S.A. 2:43-3. SI ES DECLARADO CULPABLE DE UN CRIMEN, EL SOLICITANTE PUEDE SER CASTIGADO CON UNA MULTA DE \$10.000,00 O SER ENCARCELADO POR HASTA 18 MESES.

Sí, el abajo firmante, afirmo que he leído y entendido el contenido de esta notificación.

Fecha: _____ nombre de estudiante: _____

Nombre del padre o tutor: _____

Firma del padre o tutor: _____

Formulario de consentimiento de los padres
Special Education Medicaid Initiative (SEMI)

_____ Distrito Escolar

Nuestro distrito escolar 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 (FERPA, por sus siglas en inglés), 34CFR§99.30 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.

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).

Nombre del niño(a): _____

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

Padre/Tutor: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Doy mi consentimiento para facturar al SEMI: Sí
No

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, poniéndose en contacto con el administrador de la escuela de su hijo(a).

Muestra de Notificación Anual de Medicaid 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.

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

- Evaluaciones
- Terapia del lenguaje
- Terapia ocupacional
- Terapia física
- Consejería psicológica
- Audiología
- Enfermería
- 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.

¿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

DISTRITO ESCOLAR DE CLEMENTON

ACUERDO CON LOS PADRES DE PREESCOLAR

1. LOS ESTUDIANTES DEBERÁN PRESENTAR UNA NOTA DE SU PADRE O TUTOR EXPLICANDO POR QUÉ ESTABAN AUSENTES DE LA ESCUELA DURANTE LOS CUATRO DÍAS DE LA AUSENCIA O LOS DÍAS SE CONVIERTEN EN SIN EXCUSA. DEBEMOS TENER LA NOTA DEL PADRE O TUTOR EN ARCHIVO PARA LAS AUSENCIAS QUE SE CONTARÁ COMO EXCUSA.

Cualquier niño que ha estado ausente por un período de cinco o más días consecutivos de escuela debe proporcionar una nota del médico antes de regresar a las aulas. RECORDATORIO, LOS ALUMNOS NO SON EXCUSA PARA UNAS VACACIONES QUE NO FIGURAN EN EL CALENDARIO ESCOLAR. PREESCOLAR NO ES UN PROGRAMA POR MANDATO ESTATAL. LOS ESTUDIANTES CON AUSENCIAS INJUSTIFICADAS 20 DESAPARECERÁ DE NUESTRO PROGRAMA DE PREESCOLAR. ENTIENDO QUE SI MI HIJO ACUMULA 20 AUSENCIAS, ÉSTE SE ELIMINARÁ DEL PROGRAMA PREESCOLAR.

2. YO O UN ADULTO DESIGNADO, ESTAMOS DE ACUERDO DE DEJAR Y RECOGER A MI NIÑO EN EDAD PREESCOLAR EN EL TIEMPO REQUERIDO. ENTIENDO QUE MI NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ CAMINAR CON UN HERMANO DEBIDO A SU / SU EDAD. SI PUEDO YA NO ADHERIRSE A ESTE ACUERDO, ENTIENDO QUE MI HIJO NO PODRÁ PARTICIPAR EN EL PROGRAMA PREESCOLAR.

3. LOS ESTUDIANTES DE PREESCOLAR DEBE IR COMPLETAMENTE IR AL BAÑO ANTES DEL PRIMER DÍA DE ESCUELA PARA PODER SER ELEGIBLE PARA PARTICIPAR EN EL PROGRAMA. ENTIENDO QUE MI HIJO DEBE ESTAR COMPLETAMENTE IR AL BAÑO ANTES DEL PRIMER DÍA DE CLASES.

SÍ, YO ENTIENDO LAS POLÍTICAS CLEMENTON DE PREESCOLAR LO HA INDICADO ANTERIORMENTE.

PADRE / TUTOR: _____ FECHA FIRMA _____