

TRENTON BOARD OF EDUCATION

"Children Come First, Los niños son primero"

James Earle
Superintendent of Schools



Monica Carmichael
Director
Early Childhood Department
609.656.4960 • 609.393.0289 fax

ELEGIBILIDAD PARA INSCRIPCIÓN PREESCOLAR

Las escuelas públicas tienen la obligación de proveer educación gratuita a todas las personas mayores de 5 años y menores de 20 años cuyo domicilio está dentro del distrito. Domicilio significa que el estudiante está residiendo con su padre o tutor cuyo hogar permanente está situado dentro de los límites del distrito.

- Un hogar es permanente cuando la intención de la persona es de regresar ahí cuando no está a presente y no tiene ningún plan de mudarse de ahí en la actualidad, a pesar de que él/ella tiene otras casas o residencias en otro lugar.
- Residencia requiere la presencia corporal de un ocupante en un distrito dado.

Si en algún momento, usted o su hijo(a) cambia de domicilio o residencia, usted tiene que reportar esta información a la secretaria de la escuela inmediatamente.

ES LA NORMA DE LA JUNTA QUE SI EL DISTRITO DESCUBRE QUE UN NIÑO(A) ESTÁ ASISTIENDO A LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE TRENTON ILEGALMENTE, EL DISTRITO LE COBRARÁ A LOS PADRES EL COSTE COMPLETO DE LA CUOTA DE ASISTENCIA. QUALQUIER COSTE ADICIONAL POR SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL SE LE AUMENTARÁ AL COSTE REGULAR DE LA EDUCACIÓN.

Padre/Tutor de: _____ Escuela: _____ Grado: _____

Con mi firma, estoy indicando que he leído la información anterior, la entiendo y afirmo que mi hijo (s) y yo somos residentes legales y estamos domiciliados en el Distrito de Escuelas Públicas de Trenton.

Firmado: _____ Fecha: _____

**POR FAVOR, DEVUELVA ESTE FORMULARIO SECRETARIO DE LA ESCUELA.
ESTA COPIA DEBE MANTENERSE EN EL ARCHIVO CUMULATIVO DEL ESTUDIANTE**



Trenton Board of Education
 "Children come first, Los Nino's son primero"

Anexo al paquete de inscripcion

Descargo de responsabilidad: El distrito escolar publico de Trenton solicita la informacion a fin de asegurar de que todo los datos medicos de los alumnos nuevos que ingresan al distrito escolar se documenten en forma oportuna.

Nombre del menor (primero y apellido) _____

1. El menor ingreso recientemente a los Estados Unidos? Marcar con un ciculo solo una: Si No
2. Si respondio? En que fecha llego el menor? Mes _____ Dia _____ Ano _____
3. Ha regresado de Sierra Leona en los ultimos veinte y uno (21) dias? Marcar con un ciculo solo una: Si No
4. Ha regresado de Liberia en los ultimos veinte y uno (21) dias? Marcar con un ciculo solo una: Si No
5. Ha regresado de Guinea en los ultimos veinte y uno (21) dias? Marcar con un ciculo solo una: Si No

Si contest Si a las preguntas tres (3), cuatro (4), o cinco (5), continúe con la pregunta seis (6). Si contest NO, pas a la seccion donde debe firmar su nombre y la fecha de esta declaracion.

6. Ha inscrito a otros menores en otras escuelas del distrito? Marcar con un ciculo solo una: Si No
7. Si contest Si, indique a continuacion el nombre de cada uno de los menores y de las escuelas donde los Inscibio.

Nombre del menor (primero y apellido)	Nombre de la escuela donde lo inscribio o inscribira

Por la presente autorizo al distrito a entregar mis respuestas a las preguntas uno (1), a cinco (5) al personal de las escuela (profesores, profesionales, enfermera, director) que interactuaran con el menor, _____.

Firma de la persona que complete este formulario _____ Relacion con el menor _____

Nombre (en-letra de imprenta) _____ Fecha _____

SOLO para el personal del distrito de escuelas publicas de Trenton Iniciales del secretario de admisiones: _____ Fecha: _____
 Instrucciones al secretario de admisiones: Comuniquese con la enfermera si se respondio Si a las preguntas tres (3), cuatro (4), o cinco (5)

- Copia al paquete de inscripcion
- Copia a la enfermera
- Copia al director solo en caso de respuestas afirmativas (respuesta Si a las preguntas tres (3), cuatro (4), o cinco (5))

TRENTON BOARD OF EDUCATION

"Children come first, Los Nino's son primero"



ENCUESTA SOBRE EL IDIOMA DEL HOGAR

PARTE A: INFORMACION DE HOGAR

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre de los Padres o Guardian Legal: _____

Direccion: _____
(Ciudad/Estado/Codigo Postal)

Lugar de Nacimiento: _____ Escuela: _____

Maestro/a: _____ Grado Academico: _____

PARTE B: INFORMACION SOBRE EL IDIOMA

1. Que idioma hablo su nino/a primero?
 Ingles Espanol Otro _____
(Idioma)

2. Que idioma le habla usted a su nino/a corrientemente ensu casa?
 Ingles Espanol Otro _____
(Idioma)

3. Que idioma usa su nino/a corrientemente cuando le habla a usted en el hogar?
 Ingles Espanol Otro _____
(Idioma)

4. Que idioma usa su nino/a mas corrientemente cuando le habla a sus hermanos/as?
 Ingles Espanol Otro _____
(Idioma)

5. Que idioma usa su nino/a mas corrientemente con otros miembros de la familia?
 Ingles Espanol Otro _____
(Idioma)

PARTE C: SELECCION DE IDIOMA

En que idioma usted desea recibir comunicaciones de la escuela? (Favor de indicar el idioma a continuacion)

Indique el idioma _____

Firma de Padre o Guardian _____

Fecha _____

TRENTON PUBLIC SCHOOLS
Trenton, New Jersey
Office of School Health Services

SH 2

HISTORIAL DE SALUD

Nombre del estudiante: _____ Escuela: _____ Grado: _____
 Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____
 Direccion: _____ Telefono: _____
 Nombre del padre o encargado: _____ Numero de trabajo: _____
 Cuidado medico: (check) Doctor privado ___ HMO ___ Centro de Salud ___
 Nombre del doctor: _____ Telefono: _____

Historial de Salud y de Desarrollo:

- Meses de embarazo _____ months Parto (circule uno) Normal, Caesarian, Prematuro
 Birth weight _____ lbs _____ oz
 Problemas al nacer o estadia en el hospital. No _____ Si _____
 Explicacion _____
- Total de embarazo _____ Estudiante es el numero _____
- A que edad el nino(a) camina? _____ Hablo? _____ uso el isodoro? _____
- Tiene su hijo (a) problema con lo siguiente??
 Vision _____ Oir _____ Hablar _____
- Tomas u hijo (a) aigm medicamento? Si _____ No _____
- Tiene su hijo alguna alergia a alguna comida, plantas, animals, insectos u otro? Si _____ No _____
 Explique _____
- Ha tenido au hijo (a) alguns lesion o golpe aereo? Si _____ Year _____ No _____
 Cuando? Explique _____
- Tiene el nino (a) alguna operacion o procedimiento medico que haya requerido hospitalizacion o servicios de paciente
 exterpo? Si _____ No _____
- Le ban hocho is prueba del plomo a su nino (a)? Si _____ No _____ Resultado _____

Historia de la enfermedad (Anos)

Sarampion _____	Sarampion aleman _____	Paperas _____
Fiebre eacariato _____	Tosferina _____	Asma _____
Pulmonia _____	Infecciones del oido _____	Tuberculosis _____
Convulsiones _____	Tubos en los oidos _____	Varicelas _____
Polio _____	Sickle Cell _____	Epilepaia _____
Corazon _____	Fracturad _____	Dolor de gargania _____
Anemia _____	Higado _____	Diabetes _____
Frecuente dolor de cabeza _____	Lyme Disease _____	Amigdalitis _____
Frecuente sangra por la nuriz _____		

Hay alguna restriccion o limitacion para la actividal fiaics? _____
 Tiene alguna informacion acerca de la salud de su hijo que no se la mencionado? _____

Fecha _____

Firma del Padre _____

CONFIDNETIAL INFORMATION

ESCUELAS PUBLICAS DE TRENTON
OFICINA DE SERVICIOS DE SALUD ESCOLAR
Trenton, New Jersey

SH 1-S

CONSENTIMIENTO DE MATRICULA PARA SALUD/HOJA DE NOTIFICACION

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
Escuela: _____ Grado: _____

SU FIRMA ES EL CONSENTIMIENTO PARA LOS SERVICIOS DE SALUD MANDATORIOS:

EXAMEN MEDICO

Un examen medico es **REQUERIDO** al entrar a la escuela:

- Estudiantes nuevos al distrito, y estudiantes en PRE-escolar o Kindergarten

El estado requiere que dicho examen sea realizado por el proveedor de cuidado de salud del estudiante, con un reporte complete enviado a la escuela.

Por favor, haga que su proveedor de cuidado de salud complete la forma de CUIDADO DE SALUD UNIVERSAL DEL NINO/A (UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD).

Si su hijo/a no tiene un medico privado o proveedor de cuidado de salud privado, favor de entender que su hijo/a sera enlistado para un examen medico en la escuela para entrada inicial.

ESTA FORMA TAMBIEN SIRVE DE NOTIFICACION PARA OTROS PROGRAMS MANDATORIOS:

PRUEBA DE TUBERCULOSIS (MANTOUX)

La prueba en la piel para la tuberculosis es realizada a todos los estudiantes que entran a la escuela de otros paises o areas designadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de NJ.

ESCOLIOSIS

Un desnudo de la cintura hacia arriba es realizado por la enfermera escolar, y/o el medico escolar para determinar si la columna vertebral de sus hijo/a se esta desarrollando derecho. Este examen se realiza cada otro ano de 10 a 18 anos de edad.

PRUEBAS DE SALUD

Como requisito del Estado de New Jersey, la enfermera de la escuela llevara a cabo examenes que incluyen: medir, pesar, dental, vision, audicion, y presion arterial. Le notificaremos si su hijo/a necesita seguimiento por un profesional de la salud luego de las pruebas realizadas en la escuela.

Firma del padre o guardian

Fecha

TRENTON BOARD OF EDUCATION

"Children come first, Los Ninos son primero"



Nuestro distrito escolar esta participando en un programa por el cual el gobierno federal le pagara a distritos escolares con dolares del "Medicaid" parte de los gastos de salud relacionados con la educaton especial a estudiantes elegibles para el "Medicaid". Bajo este programa, su nino continuara recibiendo estos servicios sin costo alguno a Usted. Este program simplente nos ayudara a aumentar los fondos federales que apoyan la education. La information que Usted proveera en esta autorizacion sera empleda solo para este proposito.

Por favor, escribe la informacion requerida, firme el formulario, y devuelvalo a la direccion indicada.

AUTORIZACION PARA REVELER INFORMACION PARA OBTENER PAGO DEL MEDICAID PARA SERVICIOS DE SALUD

Nombre del Estudiante: _____
(Nombre) (Segundo Nombre) (Apellido)

Fecha de Nacimiento del Estudiante: _____
(Mes) (Dia) (Ano)

Como padre/turto del estudiante aqui nombrado, doy mi permiso para reveler la informacion de los archivos escolares de mi hijo/a los representates de agencias locales, estatales, y federales con el proposito unico de obtener pago de Medicaid para los servicios de salud del Programa de Educacion Individualizado (IEP) de mi hijo/a.

Firma: _____
(Nombre y apellido de padre/tutor del estudiante)

Date: _____
(Mes/Dia/Ano)

Por favor devuelva este formulario a:

ESCUELAS PUBLICAS DE TRENTON
Trenton, New Jersey
Servicion de Salud Escolar

MH-02

FORMA DE INFORMACION DE HOGAR MEDICO

Estimados Padres/Encargados:

Para poder determinar cuantos estudiantes tienen medicos primaries, es necesario que usted complete la Forma de Informacion de Hogar medico. For de regresar la forma a la enfermera escolar.

Nombre del Estudiante: _____ Escuela: _____

Direccion: _____ Grado: _____

Numero de Telefono: _____

Nombre del Proveedor de Cuidado de Salud: _____
(Doctor o Clinica)

Numero de Telefono: _____

Tiene su hijo(a) seguro medico? Si _____ No _____

De ser cierto, nombre de la compania de seguro: _____

.....
(NJ Family Care ofrece seguro de salud GRADUTITO o de bajo costo para ninos sin seguro, padres de bajos ingresos. Puede divulgar mi nombre y direccion al Programa NJ Family Care para contactarme sobre el seguro de salud.)

Nombre Impreso: _____

Firma: _____

Fecha: _____



La Oficina de la Primera Infancia ha desarrollado la siguiente encuesta en un esfuerzo para beneficiar las necesidades de las familias pre-escolar. La información recibida de esta encuesta nos ayudara a desinar programas de involucración para las familias que puedan llenar las necesidades que tengan. La información de la encuesta será mantenida confidencial. Reconocemos que su tiempo es limitado y le agradecemos por completar esta encuesta. Por favor comuníquese con Sheree Dublin, Especialista en la Involucración de Familias y la Comunidad al (609) 656-4900 ext. 5669.

Por favor complete la siguiente encuesta

1. ¿Cuál es su relación al estudiante pre-escolar matriculado?
 Madre Padre
 Guardián Legal (Individual criando a un niño)

2. ¿Cuál de los siguientes temas le gustaria saber más en este ano? (Marque todos los que aplica)
 Disciplina/Comportamiento Etapas del Desarrollo de Niños
 Nutrición Currículo Pre-escolar
 Salud y Seguridad Rivalidad entre Hermanos
 Estrategias para la hora de dormir Maneras de criar a un Lector
 Apoyando habilidades de matemática en el hogar Preparando para Kindergarten
 Plan de Ahorros para el Colegio
 La Ciencia puede ser divertido
 Otro: _____

3. ¿Cuál es el horario mejor para usted participar en talleres o actividades?
 Mañanas (entre 8:30am y 12 de la tarde)
 Tardes (entre 12 de la tarde y 4pm)
 Anochecer (entre 4pm y 7pm)

4. ¿Cómo se enteró del Programa Pre-escolar? (Marque todos los que le aplican)
 Boletín enviado a su hogar Boletín en una escuela o negocio
 Cuidado Infantil De un amigo o familiar
 Periódico Canal local del Distrito
 Otro: _____

5. ¿Cuál es la manera más efectiva en informarle de talleres/actividades/reuniones?
 Boletín Llamadas Telefónicas
 Correo electrónico Por medio de Empleados
 Otro: _____

6. ¿Tienes acceso a internet en casa? (Por favor marque todos los que apliquen)
 Teléfono Computadora en casa
 Computadora en el trabajo
 Otro: _____

7. ¿Estaria interesado en obtener información sobre alguno de los siguientes servicios? Si su repuesta es si, por favor escribe su información de contacto:
Nombre: _____ Nombre del Estudiante: _____
Número de Teléfono: _____
 Clases de Crianza Clases de Ingles
 Oportunidades para Entrenamiento de Trabajo Clases de manejo de dinero
 Servicios Sociales Seguro Médico/NJ Familia Care
 Servicios Legales Programa de Nutrición de WIC
 Clases de Educación para Adultos
 Grupos de Apoyo para Padres
 Otro: _____

8. ¿Tiene su familia algún talento especial que usted podría compartir con nuestros estudiantes pre-escolares? (ej.: talentos musicales, talentos de concina, talentos artísticos, etc.)

Nombre: _____ Número de Teléfono: _____

9. ¿Qué piensa usted que es la mejor manera para que las escuelas y familias trabajen juntos para apoyar a los estudiantes?

TRENTON PUBLIC SCHOOLS

"Children come First, Los niños son primero"

James Earle
Superintendent of Schools



State of New Jersey

County of Mercer

Declaracion jurada de residentes

Yo, _____, certificación de lo siguiente:
(Nombre del propietario/administrador de la propiedad)

1. Soy el inquilino/propietario de la propiedad ubicada en: _____, la ciudad de Trenton, Mercer County, New Jersey.

2. Esta residencia o unidad residencial se encuentra actualmente alquilada o está siendo ocupada por la(s) siguiente(s) persona(s) además de nuestros propios miembros de la familia:

3. La(s) persona(s) en respuesta a #2 anteriormente ha ocupado los locales anteriores como su residencia única o principal, o domicilio desde la siguiente fecha: _____

4. Esta Declaracion Jurado se presenta con el propósito de inducir a la Junta de Educacion de Trenton a aceptar al niño como estudiante en el Distrito Escolar Publico de Trenton con matricula gratuita. Si alguna de las declaraciones contenidas en esta declarcion jurada son intencionalmente falsas, soy consciente de que estoy sujeto a las sanciones previstas por la ley por hacer tal declarcion falsa. (N.J.S.A. 18:38-1 ©, N.J.A.C. 6:22-3. N.J.S.A. 2C:28-2)

Propietario (Nombre en letra de molde)

Propietario (Nombre en letra de molde)

Propietario (Firma)

Propietario (Firma)

NOTARY USE ONLY

Juro y suscribió ante mi este _____ día de _____, 20____

(Sello publico de Notario Aqui)