# Distrito Escolar Libre de Westbury

**Pre-K**

Oficina de Registro Central 545 Dryden Street, Westbury, NY 11590
(516) 876-5100

## Lista de verificación de registro

- **Solicitud de registro** (solo un padre o tutor puede registrar a un estudiante, a menos que el estudiante sea un menor emancipado)
- **Formularios de salud**
  - ☐ Formulario de historial de salud del estudiante
  - ☐ Formulario de examen de salud
  - ☐ Formularios de vacunación
  - ☐ Formulario dental
- **Comprobante de edad del estudiante**
  - ☐ Partida de nacimiento o de bautismo; si no está disponible,
  - ☐ Pasaporte (incluido un pasaporte extranjero)

**Cuando termine de llenar la aplicacion, llame a nuestra oficina para hacer auna cita 516-876-5100**

Si ninguno de estos está disponible, el Distrito considerará otra documentación si la ha tenido durante dos años, incluidos entre otros: licencia de conducir válida, identificación estatal u otra emitida por el gobierno, identificación escolar con fotografía y fecha de nacimiento, identificación del consulado, registros hospitalarios o de salud, tarjeta de identificación de dependiente militar, documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales, órdenes judiciales u otros documentos emitidos por tribunales, documentos tribales de nativos americanos, registros de agencias de ayuda internacional sin fines de lucro o agencias voluntarias, u otras pruebas documentales que pueden utilizarse para determinar la edad de un niño.

- **Verificación de padre/tutor**
  - ☐ Licencia de conducir con foto válida, pasaporte, identificación militar, tarjeta de residente u otra identificación emitida por el gobierno; o
  - ☐ Declaración jurada de custodia (si no hay una orden de custodia judicial disponible), si usted no es el padre o la madre del niño; o
  - ☐ Formulario DS-2999 (Notificación del distrito escolar de un niño que ingresa a un hogar de crianza, colocado en una familia de crianza, agencia de internado u hogar grupal)
- **Comprobante de residencia**
  - ☐ Propietarios de vivienda
    - ☐ prueba de propiedad (escritura, declaración de cierre, factura de impuestos, seguro de vivienda o declaración de hipoteca); y
    - ☐ Dos (2) documentos que verifiquen el nombre completo y la dirección
  - ☐ Inquilinos
    - ☐ Contrato de arrendamiento residencial vigente firmado. Si no hay un contrato de arrendamiento disponible, una Declaración jurada del arrendador firmada por el dueño de la propiedad o el arrendador o una Declaración jurada de un tercero; y
    - ☐ Dos (2) documentos que verifiquen el nombre completo y la dirección

El Distrito considerará los siguientes documentos para establecer prueba de residencia, incluidos entre otros: talón de pago, formulario de impuestos sobre la renta, facturas de servicios públicos u otras facturas, documentos de membresía basados en la residencia (es decir, tarjeta de la biblioteca), documentos de registro de votante, licencia de conducir, permiso de aprendizaje para conducir o identificación de no conductor, identificación emitida por el estado u otra entidad gubernamental, documentos emitidos por agencias federales, estatales o locales (por ejemplo, agencia de servicios sociales local, Oficina Federal de Reasentamiento de Refugiados) o evidencia de la custodia del niño, incluyendo pero no limitado a órdenes judiciales de custodia o documentos de tutela.

# Distrito Escolar de Westbury

**Pre-K**

Oficina de Registro Central 545 Dryden Street, Westbury, NY 11590
(516) 876-5100

## Solicitud de registro

Apellido: _____Nombre _____Inicial del segundo nombre_____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Grado: _____

Dirección: _____

Teléfono de casa: _____

El estudiante reside con: ☐ ambos padres ☐ uno de los padres ☐ uno de los padres y otro adulto

☐ padres de crianza ☐ guardián(es) ☐ solo sin adultos

La respuesta que dé a continuación ayudará al distrito a determinar qué servicios usted o su hijo pueden recibir bajo la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que estén protegidos por la Ley McKinney-Vento tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, incluso si no tienen los documentos que normalmente se necesitan, como prueba de residencia, registros escolares, registros de vacunación o certificado de nacimiento. Los estudiantes que estén protegidos por la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y otros servicios.

¿Dónde vive el alumno actualmente? (Por favor, marque **una** caja)

☐ Refugio

☐ Hotel/motel

☐ Coche, parque, autobús, tren o campamento

☐ Con otra familia u otra persona debido a la pérdida de vivienda o como resultado de dificultades económicas (a veces denominado "compartiendo vivienda")

☐ Otra situación de vivienda temporal (por favor describa): _____

☐ Alojamiento permanente

_____

Servicios de apoyo

Marque los servicios que su hijo está recibiendo actualmente (marque todo lo que corresponda):

☐ Apoyo matemático ☐ Apoyo a la lectura ☐ Apoyo en inglés (ELL) ☐ Otro _____

¿Tiene su hijo un Plan de Educación Individualizado (IEP)? ☐ Sí ☐ No

Marque los servicios que su hijo está recibiendo actualmente (marque todo lo que corresponda):

☐ Educación especial ☐ Habla/lenguaje ☐ Terapia física ☐ Terapia ocupacional

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento: _____

Hermanos(as) del estudiante :

| Nombre | Género | Fecha de nacimiento | Escuela | Grado |
|---|---|---|---|---|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Padre/Guardián 1:

Apellido: _____Nombre _____Inicial del segundo nombre_____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular:_____

Relación: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Padres/Guardian 2:

Apellido: _____Nombre _____Inicial del segundo nombre_____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____ Estado civil: _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular:_____

Relación: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Padre de crianza y agencia de cuidado de crianza: complete lo siguiente y proporcione un formulario DSS-2999.

Apellido del padre de crianza: _____

Nombre(s): _____ _____

Dirección: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular:_____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre de la agencia: _____ Trabajador social: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento: _____

Contacto de emergencia Nº 1:

Apellido:_____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de emergencia Nº 2:

Apellido:_____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Contacto de emergencia Nº 3:

Apellido:_____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento: _____ Género: _____ Relación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Si no podemos comunicarnos con usted o sus contactos de emergencia, ¿qué desea que haga la escuela en caso de que el estudiante esté enfermo o lesionado?

_____

# Transporte

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Hacia la escuela:
- ☐ El niño tomará el autobús a la escuela desde la dirección de su casa
- ☐ El niño tomará el autobús a la escuela desde la dirección de la guardería*
- ☐ Los padres proporcionarán su propio transporte a la escuela.
- ☐ Caminante/otro arreglo: _____

Desde la escuela:
- ☐ El niño tomará el autobús de la escuela a la dirección de su casa
- ☐ El niño tomará el autobús de la escuela a la dirección de la guardería*
- ☐ Los padres proporcionarán su propio transporte desde la escuela
- ☐ Caminante/otro arreglo: _____

* Información de guardería (si corresponde)

Nombre del proveedor de cuidado de niños: _____

Dirección del proveedor de cuidado de niños: _____

Teléfono del proveedor de cuidado de niños: _____

Las siguientes personas tienen mi permiso para recoger a mi hijo de la escuela o de la parada del autobús:

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Juramento del padre o guardián:

Certifico que no mantengo una residencia fuera de los límites del Distrito Escolar de Westbury (WUFSD). Entiendo que si se determina que el niño mencionado en estos materiales de registro de estudiantes no es residente de WUFSD, puedo ser legalmente responsable de pagar la tasa de matrícula del Distrito por el período de inscripción indebida, retroactivo al primer día de admisión, junto con cualquier costo asociado con la inscripción de dicho niño. Además entiendo que es mi responsabilidad notificar al distrito si cambio mi residencia. Entiendo que el distrito se reserva el derecho de hacer visitas domiciliarias anunciadas y no anunciadas para cualquier propósito legal, incluida la verificación de residencia.

Nombre del padre o tutor legal que llena este formulario:_____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

WESTBURY
UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Office of Central Registration
545 Dryden Street, Westbury, NY 11590
P: (516) 876-5100
F: (516) 874-1695

## SOLO PARA PRE-KINDERGARTEN

**NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** _____

**GÉNERO:** ☐ **MASCULINO** ☐ **FEMENINO** **FEC. NAC.:** _____

**Experiencia previa de pre-escolar**

| **TIPO** | **CUÁNTOS MESES** |
|---|---|
| **Asistencia al Pre-K NYS Experimental a los tres años de edad:** | |
| **Asistencia regular en otros programas Pre-K (tales como Head Start, guardería, jardín maternal, etc.):** | _____ |
| **Participación regular en programas (tales como la escuela dominical, recreación de verano, etc.):** | _____ |

**Educación de la madre:** _____
(Grado más alto que haya cursado; incluya estudios después de bachillerato)

**Ocupación de la madre:** _____
(Proporcione el título del cargo, no del lugar donde trabaja)

**Educación del padre:** _____
(Grado más alto que haya cursado; incluya estudios después de bachillerato)

**Ocupación del padre:** _____
(Proporcione el título del cargo, no del lugar donde trabaja)

**Ingreso familiar bruto (antes de las deducciones: incluya los ingresos de todas las fuentes): $**_____

**Fuentes de ingreso (subraye todos los que apliquen): ocupación del padre, ocupación de la madre, seguro de desempleo, asistencia pública, Seguro Social, incapacidad, otro (especifique):** _____

**¿Cuántos hermanos(as) tiene el niño? (NO INCLUYA A ESTE NIÑO EN EL TOTAL):** _____

**El niño vive actualmente con: (SUBRAYE TODOS LOS QUE APLIQUEN): madre, padre, tío, tía, abuela, abuelo, madre guardiana, padre guardián, otro (especifique):** _____

**¿Cuanto tiempo ha vivido el niño con el grupo de personas indicado arriba?** _____

**En la casa, apartamento, tráiler donde vive el niño, cuántos:**
**#ADULTOS** _____ **#NIÑOS:**_____ **#CUARTOS:** _____

**¿Ha sido diagnosticado el niño con alguna condición severa de discapacidad?** ☐**SÍ** ☐**NO**

**Si es afirmativo, explique:** _____

DRYDEN STREET
ELEMENTARY SCHOOL

**Daniel Wittich**
**UPK Site Supervisor**
545 Dryden Street
Westbury, NY 11590
P: 516-876-5040
Fax: 516-876-5172
E: dwittich@westburyschools.org
**Dr. Tahira A. Dupree Chase**
**Superintendent of Schools**

**Cuestionario para los padres**

Estimadas familias:

Gracias de antemano por completar este cuestionario. La información que nos proporcione sobre su hijo(a) es extremadamente valiosa y muy apreciada. Usaremos esta información para ayudarnos a brindar la mejor experiencia de aprendizaje posible para su hijo(a) en Pre-Kindergarten.

espués de leer cada pregunta a continuación, responda marcando la casilla que mejor corresponda a cada pregunta. Si hay algo más que le gustaría compartir, utilice el espacio adicional al final del cuestionario.

Gracias,
Sr. Wittich

| ¿Su niño(a): | Siempre | A veces | Raras veces | Nunca |
|---|---|---|---|---|
| 1. parece tímido(a) o nervioso(a)? | | | | |
| 2. llora o hace berrinche cuando las cosas no resultan como él/ella quiere? | | | | |
| 3. se frustra fácilmente cuando realiza una actividad? | | | | |
| 4. se resiste a las reglas o se niega a hacer lo que se le pide? | | | | |
| 5. tiene dificultad compartiendo juguetes o tomando turnos con sus amigos? | | | | |
| 6. tiene dificultad trabajando en grupo? | | | | |
| 7. tiene dificultad brincando o saltando en un pie? | | | | |
| 8. tiene dificultad lanzando o atajando una bola grande? | | | | |
| 9. se le hace difícil entender conceptos tales como los colores, letras, números y figuras? | | | | |
| 10. tiene dificultad para seguir instrucciones que tengan dos pasos? | | | | |
| 11. tiene dificultad para expresar sus necesidades y deseos? | | | | |

WESTBURY
UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Office of Central Registration
545 Dryden Street, Westbury, NY 11590
P: (516) 876-5100
F: (516) 874-1695

# SISTEMA AUTOMATIZADO DE ALERTA
## (FORMULARIO INFORMATIVO SOBRE BLACKBOARD CONNECT)

**Blackboard Connect** *es un sistema de llamadas de emergencia automatizado de toda la localidad, utilizado para alertar a las familias de una diversidad de* ***EMERGENCIAS*** *y notificaciones* ***de ALCANCE COMUNITARIO*** *(no de emergencia). Los números telefónicos proporcionados en el formulario de contactos de emergencia serán colocados en* ***Blackboard Connect****, a menos de que usted nos notifique de lo contrario.*

*Una* ***EMERGENCIA*** *podría ser una salida temprana de la escuela por mal tiempo, cancelaciones escolares, o una emergencia en toda la ciudad tal como información de un desastre natural. Esta llamada se haría a* ***TODOS*** *los números de teléfono que proporcione.*

*Una llamada de* ***ALCANCE COMUNITARIO*** *que no sea de emergencia podría ser un recordatorio de acontecimientos importantes en la escuela, reuniones ciudadanas, etc. Este tipo de llamada se hará* ***solo*** *al número telefónico que usted designe como su número de contacto principal.*

*Yo notificaré a la escuela de cualquier cambio de números telefónicos y/o cambios de correo electrónico.*

_____ _____

*Student Name* *DOB*

_____ _____

*Firma del padre o persona en relación parental* *Fecha*

Eastern Suffolk BOCES
Educational Services That Transform Lives

NEW YORK STATE MIGRANT EDUCATION PROGRAM

## OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, **sin importar su nacionalidad o estado legal**. Este programa **es gratuito** para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de envolvimiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

***Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.***

**¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?**

- ☐ Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- ☐ Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- ☐ Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.

***Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:***

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: (_____)-_____-_____ Mejor tiempo para ser contactado _____ AM/PM

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad_____ Grado_____

Nombre del estudiante: _____ Edad_____ Grado_____

**Para someter este referido, por favor enviarlo por correo electrónico a migranteducation@esboces.org, o enviar un fax al No. 631-240-8912, o enviarlo por correo al Programa de Educación para Migrantes de Long-Island-METRO, 969 Roanoke Avenue, Riverhead, NY. 11901.**

**Nombre del distrito o de la organización que envía el referido** _____

WESTBURY
UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Office of Central Registration
545 Dryden Street, Westbury, NY 11590
P: (516) 876-5100
F: (516) 874-1695

# POL*ÍTICA Y ACUERDO REVISADO DEL USO ACEPTABLE DE INTERNET*

**Adoptado el 29 de junio de 2012**

## 1. Introducción

El acceso a Internet está disponible para todos los estudiantes y maestros en el Distrito Escolar de Westbury. Nos complace prestar este servicio y creemos que la Internet ofrece grandes recursos, diversos y únicos para los estudiantes y maestros. Nuestro objetivo al prestar este servicio es el de promover la excelencia educativa en las escuelas, facilitando el intercambio de recursos, la innovación y la comunicación.

La Internet es una autopista electrónica que conecta a miles de computadoras en todo el mundo y millones de suscriptores individuales. El concepto clave que subyace en la Internet es la interconectividad, lo cual que permitirá a los administradores, maestros, y lo más importante, a los estudiantes a tener acceso a una gama sin igual de recursos de comunicación e información.

Los estudiantes y maestros tienen acceso a herramientas generales de Internet, incluyendo, pero no limitadas a: correo electrónico (e -mail); Listservs; Usenet News, Protocolo de Transferencia de Archivos (FTP), Telnet, varios motores de búsqueda como Yahoo y Google, y el World Wide Web. Estas herramientas de búsqueda electrónica permiten a los estudiantes y maestros:

- Comunicarse con personas de todo el mundo
- Tener acceso a información y noticias de diversos organismos gubernamentales e instituciones de investigación
- Unirse a grupos de discusión sobre una gran cantidad de temas
- Tener acceso a catálogos de bibliotecas universitarias, la Biblioteca del Congreso, etc.

Con el acceso a las personas de todo el mundo también viene la disponibilidad de material que no podría ser considerado de valor educativo en el contexto de la escuela.

En una red global es imposible controlar todos los materiales y un usuario podría descubrir información controversial. Sin embargo, creemos firmemente que la información valiosa y la interacción disponible en esta red mundial supera en alto grado la posibilidad de que los usuarios puedan adquirir material que no es consistente con las metas educativas del distrito.

## *2. Es la política adoptada por el Distrito Escolar de Westbury:*

- Evitar el acceso del usuario a través de su red informática, a la transmisión o al material inadecuado a través de Internet, correo electrónico u otras formas de comunicación electrónica directa;
- Evitar el acceso no autorizado y otras actividades ilegales en línea;
- Evitar la divulgación no autorizada en línea, el uso o divulgación de identificación personal
- Proporcionar capacitación apropiada con la edad a todos los estudiantes que utilicen los servicios de Internet del Distrito Escolar de Westbury. La formación impartida estará diseñada para promover el compromiso del Distrito Escolar de Westbury con:

- Las normas y el uso aceptable de los servicios de Internet tal como se indica en esta política del Distrito Escolar de Westbury;

- La seguridad de los estudiantes en cuanto a:
  - La seguridad en Internet;
  - El comportamiento apropiado, mientras se permanezca en línea, en sitios web de redes sociales y en salas de chat; y
  - La conciencia y respuesta al acoso cibernético.
    - Cumplimientos con los requisitos de E-rate (tarifa electrónica) de la Ley de Protección de Niños en Internet ("CIPA").

Tras recibir esta formación, el alumno reconocerá que recibió la capacitación, la entendió, y se ajustará a las disposiciones de las políticas de uso aceptable del Distrito.

- Cumplir con la Ley de Protección de Niños en Internet [Pub. L. No. 106-554 y 47 USC 254 (h)

**3. Definiciones: L**os términos clave son tal como se definen en la Ley de Protección de Niños en Internet.

**a. El acceso a material inapropiado:** Tanto como sea posible, las medidas de protección de tecnología están en su lugar para bloquear el acceso en Internet, u otras formas de comunicación electrónica, a información inapropiada.

En concreto, tal como lo requiere la Ley de Protección de Niños en Internet, el bloqueo se aplicará a las representaciones visuales de material considerado como pornografía obscena y/o pornografía de niños, o cualquier otro material considerado perjudicial para menores.

Afecto a la supervisión del personal, las medidas de protección tecnológica se desactivarán si así lo solicita un patrón adulto o, en el caso de un menor, serán minimizadas para fines de investigación de buena fe y/o por otras razones legales.

**b. Uso inadecuado de la red:** Tanto como sea posible, se han tomado medidas para promover la protección y la seguridad de los usuarios de la red del **Distrito Escolar de Westbury** en línea. **Todo** el correo electrónico **no perteneciente al distrito**, salas de chat, mensajería instantánea, y otras formas de comunicación electrónica directa están bloqueados y no se podrá tener acceso a ellos en el distrito.

Los niños **NO** tendrán cuentas de correo electrónico en el sistema de correo electrónico del distrito. En concreto, tal como lo requiere la Ley de Protección de Niños en Internet, la prevención del uso inapropiado de la red incluye, pero no se limita a: (a) el acceso no autorizado, incluyendo el llamado " hacking" y otras actividades ilegales; y (b) la divulgación no autorizada, el uso y la difusión de la información de identificación personal de menores.

**c. Supervisión y seguimiento:** Será responsabilidad de todos los miembros del personal del **Distrito Escolar de Westbury** supervisar y/o monitorear el uso de la red informática en línea y el acceso a Internet de acuerdo con esta política y con la Ley de Protección de Niños en Internet.

**d. Adopción:** La adopción de los procedimientos de desactivación y/o modificación de

las medidas de protección tecnológica será la exclusiva responsabilidad de la Junta Escolar del Distrito de Westbury y/o sus representantes designados.

4. **Directrices:** El *acceso al Internet se coordina a través de una asociación compleja de agencias gubernamentales y de redes estatales regionales. Además, el buen funcionamiento de la red depende de la conducta apropiada de los usuarios quienes deberán cumplir con las siguientes pautas que se enumeran en los términos y condiciones de Internet. Estas directrices se proporcionan aquí, para que usted esté consciente de la responsabilidad que va a adquirir. En general, esto requiere la utilización eficiente, ética y legal de los recursos de la red. Si un usuario del Distrito Escolar Westbury viola cualquiera de estas disposiciones, se cerrará su cuenta y el futuro acceso podría ser negado. La firma al final de este documento es jurídicamente vinculante e indica que la parte firmante ha leído los términos y condiciones cuidadosamente y entiende su significado.*

**El Distrito Escolar de Westbury exige que todos los padres/tutores, maestros, y estudiantes ejecuten el siguiente acuerdo de liberación de los usuarios con base en las directrices que figuran en los siguientes términos y condiciones del Internet.**

***Internet - Términos y condiciones:***

1. **Uso aceptable -**

   El propósito de la Internet es apoyar la investigación y educación en y entre las instituciones académicas, proporcionando acceso a recursos únicos y la oportunidad de trabajar colaborativamente. El uso de tu cuenta deberá ser para el apoyo de la educación y de la investigación y en conformidad con los objetivos educativos del Distrito Escolar de Westbury. El uso de recursos de la red o informática de otra organización deberá cumplir con las reglas apropiadas para esa red. Está prohibida la transmisión de cualquier material que viole las regulaciones estatales y de Estados Unidos. Esto incluye, pero no está limitado a: material con derechos de autor, material amenazante u obsceno, expresiones de intolerancia, racismo u odio, o material producido por secreto comercial. El uso de actividades comerciales generalmente no es aceptable. También se prohíbe el uso de la publicidad de productos o el cabildeo político.

2. ***Privilegios –***

   El uso del Internet es un privilegio, no un derecho, y el uso inapropiado resultará en la cancelación de esos privilegios. Cada estudiante que reciba una cuenta será responsable de la cuenta y su uso. Por lo tanto, bajo ninguna circunstancia su cuenta será compartida con otra persona que no sea del personal del Departamento de Tecnología. Será necesario que cada estudiante asista a una sesión de orientación con un miembro de la facultad de Westbury en relación a la utilización correcta del Internet. El administrador del edificio decidirá cuál es el uso inapropiado y su decisión será definitiva. Esto podría dar lugar a una revocación o suspensión de cuentas de usuario específicas.

1. **Etiqueta de la Red –**

   Se espera que acates las normas generalmente aceptadas de la etiqueta de la red. Estas incluyen, pero no se limitan a lo siguiente:

   - Se cortés. No seas abusivo en tus mensajes a otros.
   - Usa un lenguaje apropiado. No jures, uses vulgaridades o cualquier otro lenguaje inapropiado. Las actividades ilegales están estrictamente prohibidas.
   - No reveles tu dirección personal o número de teléfono.
   - Ten en cuenta que no se garantiza que el correo electrónico (e- mail) sea privado. Las

personas que operan el sistema tienen acceso a todos los correos. Mensajes relacionados o en apoyo de actividades ilegales podrían ser reportados a las autoridades.

- No utilices la red de tal manera que interrumpa el uso de la red por otros usuarios. Se deberá asumir que todas las comunicaciones e información accesibles a través de la red serán propiedad del Distrito Escolar de Westbury.

2. **Seguridad –**
   La seguridad en cualquier sistema de computadoras es de alta prioridad, especialmente cuando el sistema involucra a muchos usuarios. Si tú piensas que podrías identificar un problema de seguridad en el Internet, deberás notificar a un administrador de Westbury o al Departamento de Tecnología. No demuestres el problema a otros usuarios. Los intentos de conectarse a la Internet como un administrador del sistema resultarán en la cancelación de los privilegios del usuario. A cualquier usuario identificado como un riesgo de seguridad o que tenga un historial de problemas con otros sistemas informáticos, se le podría negar el acceso al Internet.

3. **Vandalismo –**
   El vandalismo resultará en la cancelación de los privilegios. El vandalismo se define como cualquier intento malicioso de dañar o destruir datos de otro usuario, Internet, o alguna de las agencias mencionadas anteriormente u otras redes que estén conectadas al Internet. Esto incluye, pero no se limita, a la carga o creación de virus informáticos.

Entiendo y cumpliré con el **Acuerdo de uso de Internet** delineado arriba. También entiendo que cualquier violación de las reglas anteriores no es ética y podría constituir una ofensa criminal. Si cometo una violación, mis privilegios de acceso podrían ser revocados, la escuela podría tomar acciones disciplinarias y/o acción legal apropiada.

**Nombre del estudiante (en letra de molde*)* _____**

**Firma del estudiante_____Fecha:_____**

(Si eres menor de 18 años, un padre o tutor también deberá leer y firmar este acuerdo.)

**PADRE O PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL**

Como padre o tutor de este estudiante, he leído el **Acuerdo de uso de Internet**. Entiendo que este acceso está diseñado para propósitos educativos. Sin embargo, también reconozco que es imposible para el Distrito Escolar de Westbury restringir el acceso a todos los materiales controversiales y no se hará responsable por los materiales que mi hijo pueda adquirir en la red. Además, acepto toda la responsabilidad por la supervisión cuando y en caso de que mi hijo use la red mientras no esté en el ambiente escolar. Por medio de la presente autorizo al Distrito Escolar de Westbury para emitirle una cuenta a mi hijo, y certifico que la información contenida en este formulario es correcta.

**Nombre del padre o guardián (letra de molde): _____**

**Firma del padre o persona en relación parental:_____**

**Fecha: _____**

**DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN DEL ESTADO DE NUEVA YORK**
**Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes para alumnos de preescolar**[i]

*Estimado padre, madre o tutor:*
*Gracias por completar el Perfil de idioma de estudiantes multilingües emergentes. Esta encuesta aportará a su escuela nueva información valiosa sobre la experiencia de su hijo con los idiomas. La información reunida servirá para que los educadores de preescolar puedan brindar un nivel de instrucción relevante desde el punto de vista lingüístico y académico, que afiance el idioma y la alfabetización de todos los alumnos.*

| ESTA SECCIÓN SOLO SERÁ COMPLETADA POR PERSONAL ESCOLAR O A CARGO DE LA INSCRIPCIÓN Y SE ARCHIVARÁ |
|---|
| **Fecha en que se completó el perfil:** |
| **Nombre del estudiante:** |
| **Sexo:** |
| **Fecha de nacimiento:** |
| **Nombre de la organización con base en el distrito o la comunidad:** |
| **Nro. de identificación del estudiante (si corresponde):** |
| **Nombre de la persona que administra el perfil:** |
| **Puesto:** |

## *Información del padre, la madre o la persona que desempeña un rol parental*

Nombre del padre, la madre o la persona que se desempeña un rol parental:

Relación (con el estudiante) de la persona que brinda la información para este perfil: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro

¿En qué idiomas desea recibir información de la escuela? ☐ Inglés ☐ Otro idioma que se habla en el hogar:

## *Idioma que se habla en el hogar*

1. ¿En qué idiomas le hablan ustedes (los padres o tutores) a su hijo en el hogar?

2. ¿Cuáles son los idiomas principales del padre/madre/tutor en su hogar individualmente? (Enumere todos los que correspondan.)

3. ¿Hay un cuidador en el hogar? ☐ Sí ☐ No

   En caso afirmativo, ¿qué idiomas habla el cuidador con más frecuencia?

4. ¿Qué idiomas entiende su hijo?

5. ¿En qué idiomas habla su hijo con otras personas?

6. ¿Su hijo tiene hermanos? ☐ Sí ☐ No

   En caso afirmativo, ¿qué idiomas hablan los niños entre ellos la mayor parte del tiempo?

7a. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones cortas?

¿En qué idioma?

7b. ¿A qué edad comenzó su hijo a hablar con oraciones completas?

¿En qué idioma?

8. ¿Qué idioma utiliza su hijo en los juegos de simulación?

9. ¿Cómo ha aprendido inglés su hijo hasta este momento (programas de televisión, hermanos, personas a cargo del cuidado, etc.)?

## *Idioma fuera del hogar/de la familia*

10. ¿Su hijo ha asistido a algún programa de guardería, Head Start o de cuidado infantil? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué idioma se hablaba en el programa?

¿En qué idiomas interactúa su hijo con otras personas en el entorno de guardería o cuidado infantil?

11. ¿Cómo describiría el uso del idioma que hace su hijo con los amigos?

## *Objetivos de idioma*

12. ¿Cuáles son sus objetivos de idioma para su hijo? Por ejemplo, ¿quiere que su hijo aprenda a hablar bien más de un idioma?

13. ¿Ha expuesto a su hijo a más de un idioma para asegurarse de que sea bilingüe o multilingüe? ☐ Sí ☐ No

14. ¿Su hijo necesita hablar un idioma distinto del inglés para comunicarse con sus parientes o familia extendida?
☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué idioma?

## *Alfabetización emergente*

15. ¿Su hijo tiene libros en el hogar, o lee libros de la biblioteca?

¿En qué idioma le leen estos libros?

16a. ¿Su hijo puede decir algunas letras o sonidos en inglés? ☐ Sí ☐ No

16b. ¿Su hijo puede reconocer letras o símbolos en otro idioma? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17a. ¿Su hijo simula leer? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

17b. ¿Su hijo simula escribir? ☐ Sí ☐ No ☐ No está seguro

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

18. ¿Su hijo cuenta historias de sus libros o videos favoritos? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿en qué idioma?

19. ¿El programa de cuidado infantil o guardería de su hijo describe objetivos para su aprendizaje? ☐ Sí ☐ No

De ser así, ¿qué objetivos describe?

20. Describa algo especial que haya hecho para preparar a su hijo para comenzar el preescolar.

[i] Para más información, comuníquese con la Oficina de Educación Infantil del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-5807, o por correo electrónico a OEL@nysed.gov, o la Oficina de Educación Bilingüe e Idiomas del Mundo del Departamento de Educación del Estado de Nueva York al (518) 474-8775 o (718) 722-2445, o por correo electrónico a OBEWL@nysed.gov.

WESTBURY
UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Office of Central Registration
545 Dryden Street, Westbury, NY 11590
P: (516) 876-5100
F: (516) 874-1695

# FORMULARIO DE HISTORIAL DE SALUD (PRE-K – 12)

**(DEBE COMPLETARLO Y LLENARLO EL PADRE/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL)**

Proveer la información contenida en este formulario no es un requisito para la inscripción de su(s) hijo(s). Si no puede proporcionar dicha información antes de la inscripción de su(s) hijo(s), haga el favor de enviar este formulario tan pronto como sea posible.

NOMBRE DEL NIÑO: _____ Fec Nac: _____

## FAVOR DE CONTESTAR LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿Está su hijo bajo cuidado médico ahora?_____Si es sí, explique_____Alergias _____

¿ Toma el estudiante algún medicamento?_____Si es sí, explique_____¿Durante las horas regulares de escuela? _____

Nombre _____ Dosis_____Frecuencia_____

¿Alguna vez ha tenido su hijo episodios de sibilancia, dificultad para respirar o tos frecuente de día o de noche? ❑ YES ❑ NO

¿Ha escuchado a su hijo con respiración sibilante o tosiendo después de jugar activamente? ❑ YES ❑ NO

## ¿HA TENIDO SU HIJO ALGUNO DE ESTOS?

| | SÍ | NO | | SÍ | NO |
|---|---|---|---|---|---|
| **SANGRE** | | | **SISTEMA NERVIOSO** | | |
| Anemia | | | Lesiones en la cabeza/Dolores de cabeza | | |
| Problemas por plomo | | | Hiperactividad | | |
| Anemia falciforme | | | Convulsiones | | |
| Otro | | | Otro | | |
| **CONTAGIOSOS** | | | **PULMONES** | | |
| Varicela | | | Alergias/Rinitis alérgica | | |
| Hepatitis | | | Asma | | |
| Fiebre reumática | | | Tos crónica/Neumonía/Bronquitis | | |
| Tuberculosis | | | Tuberculosis | | |
| Otro | | | Otro | | |
| **ESTRUCTURA DE GARGANTA, NARIZ, OÍDO** | | | **BOCA** | | |
| Infecciones frecuentes del oído/Tubos | | | Problemas dentales | | |
| Infecciones sinusales frecuentes/Sangrado de la nariz | | | Problemas de lenguaje | | |
| Problemas de audición | | | Otro | | |
| Otro | | | **MÚSCULOS/HUESOS** | | |
| **PROBLEMAS EMOCIONALES/SOCIALES** | | | Problemas óseos/Huesos partidos | | |
| Problemas de comportamiento | | | Problemas musculares | | |
| Problemas emocionales | | | Escoliosis/Problemas de espalda | | |
| Pruebas psicológicas | | | Otro | | |
| Otro | | | **PIEL** | | |
| **SISTEMA ENDOCRINO** | | | Alergias/Eczema | | |
| Diabetes/Hipoglucemia | | | Erupciones/Problemas | | |
| Problemas de crecimiento | | | **ESTÓMAGO/INTESTINOS** | | |
| Tiroides | | | Problemas intestinales | | |
| Otro | | | Dolores estomacales frecuentes | | |
| **VISTA** | | | Otro | | |
| Ojo vago/Cruzado/Cirugía | | | **CIRUGÍAS** | | |
| Problemas de visión/Gafas/Lentes de contacto | | | **Lesiones graves** | | |
| Otro | | | **Vías urinarias/Sistema reproductor** | | |
| **CORAZÓN** | | | Problemas Renales o del tracto urinario | | |
| Murmullo del corazón/Enfermedad/Cirugía | | | Testículos: Lesión/Cirugía/Hernia | | |
| Hipertensión arterial | | | Orinarse/Orinar con frecuencia | | |
| Otro | | | Otro | | |

**¿Tiene su hijo alguna condición física o emocional que requiera restricciones de su participación en educación física o en cualquier otra actividad escolar?**

**☐ SI ☐ No En caso afirmativo, comuníquese con el director o la enfermera de la escuela inmediatamente.**

**Firma del padre/Persona en relación parental**: _____ **Fecha:** _____

# REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM

(Debe ser llenado por un proveedor de salud privado o por el director médico de la escuela.)

**Note:** NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

## STUDENT INFORMATION

| Name: | Sex: ☐ M ☐ F | DOB: |
|---|---|---|
| School: | Grade: | Exam Date: |

## HEALTH HISTORY

**Allergies** ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Anaphylaxis Care Plan Attached

☐ **Yes, indicate** ☐ Food ☐ Insects ☐ Latex ☐ Medication ☐ Environmental

**Asthma** ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Asthma Care Plan Attached

☐ Yes, indicate type ☐ Intermittent ☐ Persistent ☐ Other : _____

**Seizures** ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Seizure Care Plan Attached

☐ Yes, indicate type ☐ Type:_____ Date of last seizure: _____

**Diabetes** ☐ No ☐ Medication/Treatment Order Attached ☐ Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached

☐ Yes, indicate type ☐Type 1 ☐ Type 2 ☐ HgbA1c results:_____Date Drawn: _____

**Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes:**

*Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother; and/or pre-diabetes.*

**BMI**_____kg/m2 **Percentile (Weight Status Category):** ☐ <5th ☐ 5th-49th ☐ 50th-84th ☐ 85th-94th ☐ 95th-98th ☐ 99th and<

**Hyperlipidemia:** ☐ No ☐ Yes **Hypertension:** ☐ No ☐ Yes

## PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

**Height:** **Weight:** **BP:** **Pulse:** **Respirations:**

| TESTS | Positive | Negative | Date |
|---|---|---|---|
| PPD/ PRN | ☐ | ☐ | |
| Sickle Cell Screen/PRN | ☐ | ☐ | |
| **Lead Level Required Grades Pre- K & K** | | | **Date** |
| ☐ Test Done ☐ Lead Elevated ≥10 µg/dL | | | |

**Other Pertinent Medical Concerns**

One Functioning: ☐ Eye ☐ Kidney ☐ Testicle

☐ Concussion – Last Occurrence: _____

☐ Mental Health: _____

☐ Other:

☐ **System Review and Exam Entirely Normal**

**Check Any Assessment Boxes *Outside* Normal Limits And Note Below Under Abnormalities**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ HEENT | ☐ Lymph nodes | ☐ Abdomen | ☐ Extremities | ☐ Speech |
| ☐ Dental | ☐ Cardiovascular | ☐ Back/Spine | ☐ Skin | ☐ Social Emotional |
| ☐ Neck | ☐ Lungs | ☐ Genitourinary | ☐ Neurological | ☐ Musculoskeletal |

☐ Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:

☐ Additional Information Attached

| Diagnoses/Problems (list) | ICD-10 Code |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Name: | DOB: |
|---|---|

**SCREENINGS**

| **Vision** | **Right** | **Left** | **Referral** | **Notes** |
|---|---|---|---|---|
| Distance Acuity | 20/ | 20/ | ☐ Yes ☐ No | |
| Distance Acuity With Lenses | 20/ | 20/ | | |
| Vision – Near Vision | 20/ | 20/ | | |
| Vision – Color ☐ Pass ☐ Fail | | | | |
| **Hearing** | **Right** dB | **Left** dB | **Referral** | |
| Pure Tone Screening | | | ☐ Yes ☐ No | |
| **Scoliosis** Required for boys grade 9 | **Negative** | **Positive** | **Referral** | |
| And girls grades 5 & 7 | ☐ | ☐ | ☐ Yes ☐ No | |
| Deviation Degree: | | Trunk Rotation Angle: | | |

**Recommendations:**

**RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK**

☐ **Full Activity** without restrictions including Physical Education and Athletics.

☐ **Restrictions/Adaptations** Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications

- ☐ **No Contact Sports** **Includes:** baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling
- ☐ **No Non-Contact Sports** **Includes:** archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, Skiing, swimming and diving, tennis, and track & field
- ☐ **Other Restrictions:**

☐ **Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY**

Grades 7 & 8 to play at high school level **OR** Grades 9-12 to play middle school level sports

Student is at **Tanner Stage:** ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ V

☐ **Accommodations:** Use additional space below to explain

| | | |
|---|---|---|
| ☐ Brace*/Orthotic | ☐ Colostomy Appliance* | ☐ Hearing Aids |
| ☐ Insulin Pump/Insulin Sensor* | ☐ Medical/Prosthetic Device* | ☐ Pacemaker/Defibrillator* |
| ☐ Protective Equipment | ☐ Sport Safety Goggles | ☐ Other: |

*Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.

Explain: _____

**MEDICATIONS**

☐ **Order Form for Medication(s) Needed at School attached**

| **List medications taken at home:** | | |
|---|---|---|
| | | |

**IMMUNIZATIONS**

☐ Record Attached ☐ Reported in NYSIIS Received Today: ☐ Yes ☐ No

**HEALTH CARE PROVIDER**

| Medical Provider Signature: | **Date:** |
|---|---|
| Provider Name: *(please print)* | Stamp: |
| Provider Address: | |
| Phone: | |
| Fax: | |

**Please Return This Form To Your Child's School When Entirely Completed.**

# NYS Dental Health Certificate (Form D-2)

**Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request a dental examination in the following grades: school entry, K, 2, 4, 7, & 10. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your dentist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.**

## Section 1 ~ To be completed by Parent or Guardian (Please Print)

Child's Name: Last First Middle

Birth Date _____/_____/_____ | Sex: ☐ Male ☐ Female | Will this be your child's first visit to a dentist? ☐ Yes ☐No

School Name: | Grade:

Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities? ☐ Yes ☐No

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.

I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.

Parent's Signature_____ Date _____

## Section 2 ~ To be completed by the Dentist

**I. The Dental Health condition of _____ on _____ (date of exam) The date of the exam needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:**

☐ Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

☐ No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

| Dentist's Name and Address (pls print or stamp) | Dentist's Signature |
|---|---|
| | |

***Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.***

### Oral Health Status (check all that apply).

☐ Yes ☐ No **Caries Experience/Restoration History –** Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].

☐ Yes ☐ No **Untreated Caries –** Does this child have an open cavity? [At least ½ mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].

☐ Yes ☐ No **Dental Sealants Present**

Other problems (Specify):_____

### III. Treatment Needs (check all that apply)

☐ No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.

☐ May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.

☐ Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.

WESTBURY
UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Office of Central Registration
545 Dryden Street, Westbury, NY 11590
P: (516) 876-5100
F: (516) 874-1695

# DECLARACIÓN JURADA DEL ARRENDADOR

## DECLARACIÓN JURADA DEL ARRENDADOR PARA CONFIRMAR LA RESIDENCIA

**Instrucciones**

**Este es un documento legal.** Cualquier persona que proporcione **información falsa** podría ser objeto de enjuiciamiento por los delitos de perjurio y/u ofrecimiento de materiales falsos.

**Por favor, responda a todas las preguntas.**

ESTADO DE NUEVA YORK )

*ss*:

CONDADO DE NASSAU )

Yo, _____,

[Marque el recuadro que corresponda]

□ soy el propietario registrado (o arrendatario principal/arrendatario autorizado) de la propiedad

□ soy un agente debidamente designado por el dueño de la propiedad

□ soy un pariente, miembro de la familia o amigo de la familia que alquila mi casa

en: _____que se encuentra dentro de los límites territoriales del Distrito Escolar de Westbury.

Este acuerdo de alquiler/arreglo de vivienda comenzó el _____y finalizará el _____

□ hay un contrato de arrendamiento por escrito para las instalaciones.

Estoy alquilando/ofreciendo una habitación/apartamento a las siguientes personas

Padre/tutor _____

Padre/tutor _____

Niño(s) que desean inscribirse _____

_____

_____

□ Esta declaración se presenta sin juramento

**o**

□ Esta declaración es bajo juramento bajo pena de perjurio. La información anterior proporcionada por mí es verdadera y entiendo que si las declaraciones que he hecho son falsas, el Distrito Escolar de Westbury tomará medidas legales para cobrar los cargos de matrícula si el/los estudiante/s está/n registrado/s ilegalmente. Cualquier persona o personas, además de los padres o tutores, que proporcionen prueba falsa de residencia, serán enjuiciados. La información anterior proporcionada por mí es verdadera y sé que el perjurio es un delito menor de Clase A de conformidad con la sección 210.45 del Código Penal.

_____

*Firma*

_____

*Nombre en letra de imprenta*

Jurado ante mí a los _____
días de _____de 20___.

_____

Notario público

WESTBURY
UNION FREE SCHOOL DISTRICT

Office of Central Registration
545 Dryden Street, Westbury, NY 11590
P: (516) 876-5100
F: (516) 874-1695

# DECLARACIÓN JURADA DE TERCEROS

## DECLARACIÓN JURADA DE UN TERCERO PARA CONFIRMAR LA RESIDENCIA

**Instrucciones**

**Este es un documento legal.** Cualquier persona que de **información falsa** podría ser objeto de enjuiciamiento por los delitos de perjurio y/o ofrecimiento de materiales falsos. Además, si hace declaraciones falsas sabiendo que el estudiante no cumple con los estándares legales para la inscripción, **usted podría ser responsable del pago de los costos de matrícula estudiantil**. La información proporcionada por usted será utilizada por el Distrito Escolar de Westbury para determinar si un niño tiene derecho a una educación pública gratuita en las Escuelas del Distrito.

**Por favor, responda a todas las preguntas.**

**EN EL ASUNTO SOBRE LA RESIDENCIA DE:**

_____
*Nombre del estudiante*

**ESTADO DE NUEVA YORK )**
**}: ss.:**
**CONDADO DE NASSAU )**

La persona abajo firmante, debidamente juramentada, declara y dice, bajo pena de perjurio, lo siguiente:

1. Mi nombre es: _____.

2. Mi número de teléfono es: _____.

3. Mi domicilio actual es: _____.

4. Mi relación con la familia del estudiante es: _____.

5. El(los) nombre(s) del(los) padre(s) natural(es) del estudiante es(son):
_____.

6. El(Los) nombre(s) del(de los) tutor(es) legal(es) o custodio(s) del estudiante es(son) [*responda solo si corresponde*]:_____

7. El estudiante vive en:
_____ en Westbury
*(Dirección de residencia) (ciudad, estado, código postal)*

con _____.
( *Escriba los nombres del (los) padre(s)/tutor(es) legal(es)/custodio(s))*

8. _____ vive en esta residencia con las siguientes personas:
*(Nombre del estudiante)*

| *Nombre* | *Relación con el estudiante* |
|---|---|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

9. Sé que el estudiante vive en esta residencia con las siguientes personas enumeradas en la pregunta 8 porque:

_____
*Explique*
_____

_____.

10. El estudiante ha vivido en esta residencia desde _____.

11. Espero que el estudiante viva en esta residencia hasta: _____.
*Fecha (si no lo sabe escriba "Indefinidamente".)*

12. Entiendo que el Distrito Escolar de Westbury se basará en la veracidad de las declaraciones hechas en este documento para decidir si matricular o no al estudiante en las escuelas públicas del Distrito Escolar.

_____
*Firma*

_____
*Nombre en letra de imprenta*

Jurado ante mí a los _____
días de _____de 20___.

_____
Notario público