

## **INSCRIPCION GENERAL**

Los niños que se convertirá en 5 años de edad en o antes del 31 de octubre de 2015, son elegibles para inscribirse en la guardería en septiembre de 2015. Los niños que se convertirán en 6 años de edad en o antes del 31 de octubre de 2015, son elegibles para inscribirse en primer grado. Todos los estudiantes requieren un registros de salud y tarjeta de transferencia de su escuela anterior.

A partir del año escolar 2015-2016, se implementara el día completo de enseñanza para todos los estudiantes de kindergarten en nuestras tres escuelas primaria. Los niños que cumplan 5 años de edad en o antes del 31 de octubre de 2015, son elegibles para inscribirse en Kínder en septiembre de 2015. Los niños que cumplan 6 años de edad en o antes del 31 de octubre de 2015, son elegibles para inscribirse en primer grado. Todos los estudiantes requieren registro de salud y tarjeta de transferencia de su escuela anterior.

### **FORMULARIOS COMPLETADOS Y MATERIALES REQUERIDOS DEBEN SER TRAJIDOS CON USTED CUANDO SE REGISTRE.**

Por favor traiga siguiente:

- 1. Contenido de este paquete**
- 2. Certificado de nacimiento de su hijo**
- 3. Historial medico y evaluación** física del niño hecho, firmado y fechado por un médico y un formulario de examen dental firmado y fechado por un dentista. El examen físico debe realizarse dentro de los 12 meses previos del primer día de escuela.
- 4. Prueba de vacunas del niño/a (la política de la escuela requiere prueba de las siguientes vacunas en el momento del registro de Kínder):**
  - A. Se requiere que los estudiantes de pre Pre-K sean vacunados anualmente contra la influenza entre Septiembre 1 y Diciembre 31.
  - B. DPT: (edades de 1-6 años) 4 dosis, con 1 dosis recibida en o después del 4<sup>o</sup> año de edad, O 5 dosis.
  - C. Polio administración oral (OPV) o (enhanced IPV): (edades de 1-6 años) 3 dosis, con 1 dosis recibida en o después del 4<sup>o</sup> año de edad, O 4 dosis recibidas con por lo menos 28 días de diferencia.
  - D. Sarampión: 2 dosis, una dosis de la vacuna contra el sarampión administrada después del primer año, and la segunda con un mes de diferencia. O prueba de laboratorio con la evidencia de inmunización.
  - E. Rubéola: 1 dosis de la vacuna contra la rubéola administrada en o después del 1<sup>er</sup> año de edad, O prueba de laboratorio con la evidencia de inmunización.
  - F. Paperas: vacuna contra las paperas: administrada en o después del 1<sup>er</sup> año de edad, O prueba de laboratorio con la evidencia de inmunización.
  - G. Hepatitis B: 3 dosis o pruebas de laboratorio de inmunidad o la certificación por escrito de un médico de la enfermedad en el pasado.
  - H. Varicela (Chicken Pox): Una dosis de la vacuna contra la varicela en o después del 1<sup>er</sup> año de edad, o prueba de laboratorio con la evidencia de inmunización.
  - I. Resultados de prueba válida de la tuberculina.
- 5. Prueba de residencia (todos los documentos deben ser originales, no copias por favor)**
  - A. tarjeta de seguro de auto con dirección de Roselle Park
  - B. 2 de los siguientes documentos: Factura de una tarjeta de crédito / factura de servicios (gas, teléfono, cable etc.) / extracto bancario.
  - C. Dos facturas actuales
  - D. Complete el formulario para la vivienda (disponible en la inscripción)
  - E. Si tiene casa propia: Copia de la escritura, recibo de la hipoteca o la libreta de pagos, o recibo de impuestos.  
Si usted vive en alquiler: Copia del contrato de arrendamiento o carta notariada del propietario nombrando todas las personas que viven en la casa o apartamento... todos los nombres debe figurar

**NUEVA JERSEY ley estatal requiere que todos los archivos médicos deben estar en posesión de la escuela antes de que un niño puede entrar a kindergarten.**

**NINGÚN NIÑO SERÁ ADMITIDO A LA ESCUELA SIN ESTOS DOCUMENTOS COMPLETADOS.**

***Roselle Park Public Schools***  
510 Chestnut Street  
Roselle Park, New Jersey 07204

*“A High-Performing District”*

Pedro Garrido  
Superintendent of Schools  
(908) 245-1197  
FAX (908) 245-1226

Susan M. Guercio  
School Business Administrator/  
Board Secretary  
(908) 245-2103

---

Estimado Padre / Guardian:

Bienvenidos a las escuelas públicas de Roselle Park! Cada niño que se inscribe en nuestras escuelas es aceptado en su propio nivel educativo y sera retado a alcanzar el máximo crecimiento y desarrollo. Nuestro Distrito ofrece una educación de calidad para todos los estudiantes.

Nos esforzamos por inculcar en cada alumno la capacidad de dirigirse constructivamente. Nuestra misión, a través de una asociación comunitaria, es proporcionar experiencias de aprendizaje ejemplares personalizados para el óptimo desarrollo de los alumnos que les permitan convertirse en aprendices de por vida y miembros contribuyentes de una sociedad diversa y cambiante.

El interés de los padres en la vida escolar mejora el aprendizaje de los estudiantes. Por lo tanto, se le invitamos a visitar nuestras escuelas, para unirse a la asociación de padres y maestros, para asistir a las reuniones de la junta de educación, y de participar en las actividades escolares. Apreciamos sus preguntas y sugerencias, su ayuda y cooperación. Todos esperamos trabajar con usted en la educación de sus hijos.

Cordialmente,

Pedro Garrido  
Superintendent of Schools

lb

*“Where Children Come First”*

***Roselle Park Public Schools***  
510 Chestnut Street  
Roselle Park, New Jersey 07204

*“A High-Performing District”*

Pedro Garrido  
Superintendent of Schools  
(908) 245-1197  
FAX (908) 245-1226

Susan M. Guercio  
School Business Administrator/  
Board Secretary  
(908) 245-2103

---

**RESOLUCIÓN**

**TAREA CENTRAL DE LOS ESTUDIANTES DE PRIMARIA**

**Considerando** que, el Consejo de Educación de Roselle Park ha llevado a cabo amplios y exhaustivos estudios sobre la asignación de la Oficina Central de Estudiantes de Primaria y,

**Considerando** que, el Consejo de Educación de Roselle Park ha considerado el impacto de la Asignación de la Oficina Central de Estudiantes de Primaria sobre la seguridad de los estudiantes, y

**Considerando** que, el Consejo de Educación de Roselle Park ha considerado el impacto de la Asignación de la Oficina Central de Estudiantes de Primaria sobre el mantenimiento de la unidad familiar dentro de una escuela primaria específica, así como en el sistema escolar de primaria, y

**Considerando** que, el Consejo de Educación de Roselle Park ha considerado el impacto de la Asignación de la Oficina Central de Estudiantes de Primaria sobre a la capacidad del estudiante para continuar y completar su educación primaria en una o en la mínima cantidad de escuelas primarias como sea posible; y

**Considerando** que, el Consejo de Educación de Roselle Park ha considerado el impacto de la Asignación de la Oficina Central de Estudiantes de Primaria sobre la continuidad de la educación dentro de las limitaciones físicas y presupuestarias de la Junta; Por lo tanto, ya sea

3/8/83

*“Where Children Come First”*

**ROSELLE PARK BOARD OF EDUCATION  
ROSELLE PARK, NJ 07204**

POR FAVOR USE LETRA IMPRENTA

**FORMULARIO DE REGISTRO**

Fecha de registro \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

**NIÑO/A**

Nombre \_\_\_\_\_

Apellido                      Primer Nombre                      Segundo Nombre                      Generación (Sufijo Jr. I. II.etc.)

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Sexo: Masculino ( ) Femenino ( )

Ciudad de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Ultima escuela a la que asistio \_\_\_\_\_ Curso \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ultima dirección de domicilio \_\_\_\_\_

Idioma hablado más frecuentemente en casa \_\_\_\_\_

***NOMBRE DEL PADRE*** \_\_\_\_\_ *Vive?* \_\_\_\_\_

*Nombres                      Apellido*

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Ciudadanía \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_ Teléfono de la empresa \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio (si es diferente) \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

***NOMBRE DE LA MADRE*** \_\_\_\_\_ *Vive?* \_\_\_\_\_

*Nombres                      Apellido de soltera                      Apellido*

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Lugar de Nacimiento \_\_\_\_\_ Ciudadanía \_\_\_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Empresa \_\_\_\_\_ Teléfono de la empresa \_\_\_\_\_

Dirección de domicilio (si es diferente) \_\_\_\_\_

Teléfono de casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Si los padres son separados/divorciados, proporcione la documentación (preferiblemente en forma de una orden judicial) determinando la custodia legal.

Por favor incluya: **TODOS, los demas** niños viviendo en su casa.

**NOMBRE**

**SEXO**

**FECHA DE NACIMIENTO**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

**TUTOR LEGAL (Proporcione la documentación de la determinación de la custodia legal del estudiante)**

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono de casa \_\_\_\_\_

Observaciones \_\_\_\_\_

Las siguientes preguntas son solo para el uso del Reporte Estatal:

1. El niño es ciudadano de Estados Unidos? \_\_\_\_\_

2. Si niño no es ciudadano de Estados Unidos cual es el país de origen? \_\_\_\_\_

Fecha de llegada a E.U. \_\_\_\_\_ Fecha en que inicio estudios en E.U. \_\_\_\_\_

3.Cuál es el primer idioma hablado por el niño? \_\_\_\_\_

Descendencia hispana: (Responda "Si" o "No"):

\_\_\_\_ Hispano o Latino - *Cubano, Mejicano, Puertorriqueño, Sur o Centro Americano, u otra cultura de origen español sin importar la raza.*

**Raza** (*Marque todos los que apliquen*) Note que un estudiante no hispano ("No" arriba) marcara por lo menos una categoría en este cuadro.

Un estudiante hispano ("Si" arriba) Puede marcar todas las categorías en este cuadro.

\_\_\_\_ Nativo Americano – *Nativo Americano o Nativo de Alaska*\_\_\_\_ Asiático – *Originarios del lejano Oriente, Suroriente Asia o del subcontinente Indio, Cambodia, China, India, Japón Corea, Malaysia, Pakistán, Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam*

\_\_\_\_ Negro o Afro Americano

\_\_\_\_ Islas del Pacifico (Ejemplo., Hawaiano) – *Originario de Hawái, Guam, Samoa, u otras Islas Pacificas*\_\_\_\_ White – *Originarios de Europa, Medio Oriente o Norte de África***INFORMACION RELACIONADA CON LA SALUD**¿Tiene el estudiante seguro médico?(*Marque uno*): \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

Si "Si" – Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Puede dar mi nombre y dirección al programa Family Care de NJ para que me contacten acerca del seguro médico: \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

**DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES CIERTA**

Firma: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño/a: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Incluya otros adultos viviendo en la misma casa y el parentesco con el menor:

Si los padres no viven juntos, a quien se debe dirigir los comunicados? \_\_\_\_\_

---

¿Hay algún problema al respecto que la escuela debe saber?

Eliminación ( )    Juegos ( )    Lenguaje ( )    Actitudes ( )    Somnolencia ( )

Habilidades e intereses especiales – Por favor Especifique \_\_\_\_\_

¿Tiene el menor miedos o tensiones?    No ( )    Si ( ) Explique: \_\_\_\_\_

---

¿Parece el niño estar feliz?    No ( )    Yes ( )

Alguna otra información que debamos tener para ayudar a su niño? \_\_\_\_\_

---

**DECLARO QUE LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA ES CIERTA**

Firma: \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño/a: \_\_\_\_\_

---

---

**PARA SER COMPLETADO POR EL PERSONAL DE LA ESCUELA**

VERIFICACIÓN DE LA FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA: \_\_\_\_\_

OTRO: \_\_\_\_\_

APROBADO POR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_

# Roselle Park School District

Roselle Park, NJ 07204

---

## **FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN DE PARTICIPACIÓN**

Estimados Padres / Guardianes:

Durante el año escolar, la Junta de educación de Roselle Park utilizará imágenes de estudiantes que participan en ciertos programas educativos y recreativos.

La imagen de su hijo/hija puede usarse como parte de su participación en diversas actividades de la escuela. Las imágenes pueden ser usadas para varios propósitos, incluyendo, pero sin limitarse a, la enseñanza, formación docente y la información pública. Los propósitos para los cuales las imágenes pueden utilizarse son sin ánimo de lucro. Dichas imágenes podrán ser también transmitidas por el canal 34 de televisión por cable.

Por favor, marque la casilla apropiada y enviar este formulario a la escuela. Por favor, entienda que su objeción a la utilización de la imagen de su hijo/hija podría resultar su exclusión en algunas de las actividades. (Ejemplo: “Asamblea de premiación” – los estudiantes recibirían los premios en sus aulas en vez de frente a la cámara en la Asamblea.)

*Este permiso será en efecto para el resto de sus años aquí en el distrito escolar de Roselle Park.*

---

### **Permiso de Participación**

Yo doy permiso para utilizar la imagen de mi hijo/hija.

No quiero que la imagen de mi hijo/hija sea usada

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Curso: \_\_\_\_\_

Parentesco con el estudiante: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre o Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Roselle Park Public Schools  
510 Chestnut Street  
Roselle Park, New Jersey 07204

*"A High-Performing District"*

Pedro Garrido  
Superintendent of Schools  
(908) 245-1197  
FAX (908) 245-1226

Susan M. Guercio  
School Business Administrator/  
Board Secretary  
(908) 245-2103

---

PARA: Los padres/tutores

DE: Pedro Garrido  
Superintendente de escuelas

ASUNTO: Encuesta de Lenguaje - estudiantes de Roselle Park

Pido su colaboración para ayudarnos a completar un informe muy importante que debemos presentar ante el Departamento de Educación de Nueva Jersey todos los años. Estamos obligados a obtener la siguiente información:

- **Lengua hablada en el hogar**
- **Primer idioma que el niño(a) aprendió a hablar**
- **Número de niño años que el niño ha residido en los Estados Unidos**

FECHA: \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante: (por favor escriba su nombre)

: Primaria: \_\_\_\_\_

¿Lenguaje que el niño primero aprendió a hablar? \_\_\_\_\_

¿Idioma más hablado en su hogar? \_\_\_\_\_

¿Número de años niño ha residido en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

Mes / año en el que el estudiante entró en Estados Unidos: \_\_\_\_\_

Fecha empezado la escuela en Estados Unidos: \_\_\_\_\_

**Por favor devuelva esta encuesta en el momento de la inscripción.  
Gracias por tu ayuda.**

**Formulario para el uso de Internet, estudiantes de escuela elemental**

El Internet es una herramienta especial que me pueda ayudar aprender, comunicarme y resolver problemas. Antes de usar el Internet en mi escuela, hay algunas promesas que necesito hacer para mi profesora, mis compañeros, mis padres y yo. Estas promesas se hacen para ayudar a mantenerme a seguro y que mi tiempo en el Internet sea divertido, interesante y educativo.

Cuando yo, \_\_\_\_\_ use el Internet,  
(nombre en imprenta)

Me comprometo a...

- Utilizar la información que encontré en Internet en mi aprendizaje;
- Seguir todas las instrucciones que mi maestro me diga y solamente entrar en las áreas que sugieren para mí;
- Decirle a mi maestro u otro adulto inmediatamente si veo algo inapropiado o que me haga sentir incómodo;
- Utilizar un lenguaje apropiado cuando uso en Internet y tratar las máquinas que utilizo con respeto;
- Nunca dar información personal como mi dirección o número de teléfono;
- Tengo en cuenta que hay consecuencias por elegir no seguir las reglas de Internet.

Entiendo que mi maestro sabe cómo mantenerme a seguro en Internet, así que es importante seguir las instrucciones. Entiendo que hay algunas areas en Internet que no son apropiadas paralos niños. Si encuentro algo en Internet que me hace sentir incómodo, sé que es importante compartir con mi profesor de inmediato.

***Este permiso estará en vigor durante el resto de sus años en el distrito escolar de Roselle Park.*** Por favor firmar abajo y devuelva a la escuela. Si usted tiene alguna pregunta, por favor de n comunicarse con la oficina de la escuela.

Firma de alumno \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Clase actual \_\_\_\_\_

Firma de los padres \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Roselle Park Public Schools  
510 Chestnut Street  
Roselle Park, New Jersey 07204

*"A High-Performing District"*

Pedro Garrido  
Superintendent of Schools  
(908) 245-1197  
FAX (908) 245-1226

Susan M. Guercio  
School Business Administrator/  
Board Secretary  
(908) 245-2103

---

## FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE PROPIETARIO

**Este formulario se completará en la ausencia de un contrato de arrendamiento.**

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

A LA JUNTA DE EDUCACION DE ROSELLE PARK:

Esto es para indicar que \_\_\_\_, soy el propietario y dueño de la propiedad ubicada  
en \_\_\_\_\_

Ademas, enumero \_\_\_\_\_

(Lista de todos los miembros de mi familia)

que son los inquilinos en la dirección arriba indicada.

Atentamente,

\_\_\_\_\_  
(Nombre y firma del propietario)

\_\_\_\_\_  
(Número de teléfono del propietario)

\_\_\_\_\_  
(Dirección del propietario)

JURADO Y SUSCRITO ANTE  
ME ESTE \_\_\_\_\_ DIA \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Un notario público de New Jersey)

**Atención nuevos inscritos:**

**Lea la ordenanza abajo pertenecientes a inscribir a un niño en el distrito escolar de Roselle Park y firmar en la parte inferior de la página que lo leíste.**

**ORDENANZA N° 2315**

**UNA ORDENANZA QUE MODIFICA EL CAPÍTULO XL, ARTÍCULO XVI DEL CÓDIGO DEL MUNICIPIO DE ROSELLE PARK RELACIONADA CON EL REGISTRO EN LAS ESCUELAS PÚBLICAS**

**Sección 40-1604 inscripción en las escuelas públicas**

**A. Registro de residentes ilegales.**

- a. Será ilegal que cualquier padre o tutor ayudar, ayuda, permitir, o alentar a un menor de edad para registrarse o inscribirse en el municipio de Roselle Park sistema escolar donde el menor es inelegible para asistir como resultado de estatus residente de la menor.
- b. Será ilegal para cualquier persona a sabiendas permitir su nombre, dirección u otra residencia designando la documentación para ser utilizados en el registro o inscripción de cualquier estudiante no residente en el barrio de Roselle Park sistema escolar a menos que se haya concedido previa aprobación infracciones y sanciones.

**B. Infracciones y sanciones.**

Cualquier persona que viole o no cumpla con cualquiera de las disposiciones de este capítulo, sobre la misma convicción, será reprimido con las penas establecidas en el capítulo XL, artículo XVI, sección 1604-B.

- a. Será ilegal que cualquier propietario o entidad permitir a un niño, que no es el guardián legal para utilizar su dirección para inscribirse en el sistema escolar de Roselle Park. Si el niño ya ha sido inscrito utilizando la dirección de ilegal, entonces una multa adicional será evaluada según la lista.
- b. Además de la multa en **40-1604**, párrafo 1B (a) anterior, cualquier propietario, persona, empresa o entidad que viole cualquier porción de ordenanza **40-1604** será reprimido por los gastos incurridos por la Junta de Educación de la ciudad de Roselle Park por un período no superior a tres 3 años previos a la determinación del Tribunal de la violación a. La multa será compensada por el municipio de Roselle Park por sumarios conforme a la ley de aplicación de la pena. El procedimiento deberá iniciarse por corte el municipio de Roselle Park Municipal para la ejecución de la pena en este documento.

**He leído ordenanza 40-1604.**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Roselle Park Public Schools  
510 Chestnut Street  
Roselle Park, NJ 07204

*"A High Performing District"*

Pedro Garrido  
Superintendent  
(908) 245-1197  
FAX (908) 245-1226

Marie Mormelo  
Director of Special Services  
(908) 241-3944  
FAX (908) 241-4812

---

**Roselle Park Distrito Escolar**

**Consentimiento de los padres *Special Education Medicaid Initiative* (SEMI)**

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. **Debemos tener el 100% de estas formas completado y devuelto con el fin de estar en compliance.** Por favor tómese unos minutos para completar y devolver lo antes posible ya sea la escuela de su hijo o servicios especiales.

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 personal 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).

*Por favor devuelva este formulario a la escuela del estudiante.*

**Roselle Park Board of Education  
Special Services Department  
510 Chestnut Street, 3<sup>rd</sup> Floor  
Roselle Park, NJ 07204  
or  
enviar a la escuela de su hijo**

*(Teachers/Secretaries, please put in interoffice mail to Mary Ann Hrubic, Special Services.)*

## Roselle Park 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

# History and Physical Assessment

## Board of Education

ROSELLE PARK \* NEW JERSEY \* 07204

Aldene School	245-1521
Sherman School	245-1886
Robert Gordon School	245-2285
Middle School	245-1634
High School	241-4550
ECC	298-6835

Name of CHILD (Last, First, Middle Initial)	Date of Exam
Street Address	Date of Birth
City	Zip Code
Phone	Name of Parent

CHILD STUDY TEAM EVALUATION

### → TO BE FILLED IN BY EXAMINING PHYSICIAN

NJ Immunization Registry ID #

#### DATES OF IMMUNIZATIONS:

*Fill out completely for students entering school for first time.  
For students already attending, list only recent immunizations.*

D.P.T.	POLIO	MANTOUX TEST	MMR	MEASLES	MUMPS	RUBELLA
1. _____	1. _____	Date _____	1. _____	1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____		2. _____	2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	Result _____	INFLUENZA _____		MENINGOCOCCAL _____	
4. _____	4. _____		HEP. B 1. _____ 2. _____ 3. _____	VARICELLA _____ TYPE _____		
5. _____	5. _____		HiB. _____			
Tdap _____			OTHER VACCINES: _____			

#### DISEASE HISTORY

	Yes No		Date of Diagnosis		Yes No		Date of Diagnosis		Yes No		Date of Diagnosis
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Convulsive Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Rheumatic Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chicken Pox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Strep Infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kidney Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Scarlet Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otitis Media	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Heart Disease	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Other	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

#### KNOWN VISUAL PROBLEMS

Wears Glasses	Wears Contacts	Visual Acuity
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes	_____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	_____

#### KNOWN HEARING LOSS

Hearing Aide:  Yes  No

#### LEAD SCREENING:

DATE: \_\_\_\_\_ RESULTS: \_\_\_\_\_

#### GENERAL CONDITION

#### PRESCRIBED MEDICATION

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
<i>Name of Drug</i>	<i>Dosage</i>	<i>Time(s) Taken</i>

#### ALLERGIES

*Type*

#### INJURIES

_____	_____
_____	_____
<i>Type</i>	<i>Date</i>

#### SURGERY

_____	_____
_____	_____
<i>Type</i>	<i>Date</i>

#### NEED FOR LIMITED PHYSICAL ACTIVITY

No  Yes (Please Explain)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### RESTRICTIONS / CONSIDERATIONS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

→ ( Please Complete Both Sides ) →

# Physical Examination Form

→ TO BE SIGNED BY EXAMINING PHYSICIAN							
Name of Child (Last)		(First)		(MI)	Sex	Grade	Date of Birth
Weight	Height		Blood Pressure		Pulse		
					Normal	Abnormal	Not Examined
<b>EARS</b>	*Infection	*Gross Hearing Loss	*Eardrum Perforation				
<b>EYES</b>	Assess for Jaundice		Contacts_____	Glasses_____			
<b>LYMPH NODES</b>							
<b>NECK</b>	Assessment To Determine:	*Range of Motion	*Pain	*Thyroid			
<b>NOSE</b>	Deformity Affecting Endurance						
<b>MOUTH</b>	*Pharynx	*Condition Of Teeth					
<b>HEART</b>	*Murmurs	*Note Rate/Rhythm					
<b>LUNGS</b>	*Percussion	*Auscultation					
<b>ABDOMEN</b>	Presence of: *Scars *Heptamegaly *Splenomegaly *Abnormal Masses						
<b>TESTES</b>	Determination of: *Hernia *Presence/Descent of Both Testes *Masses *Configurations						
<b>BACK</b>	Assessment Determining: *Range of Motion *Abnormal Curve of Spine						
<b>CHEST</b>	Contour Assessment						
<b>EXTREMITIES</b>	Determine: *Abnormal Mobility/Immobility *Muscle Weakness *Deformity *Instability *Scars *Atrophy *Varicosities						
<b>SKIN</b>	*Purpura *Scars *Trauma *Jaundice *Presence of Infection						
<b>PHYSICAL MATURATION ASSESSMENT</b>							
<b>NEUROLOGICAL EXAM</b>	Presence of: *Balance/Coordination *Abnormal Reflexes						
<b>SPEECH</b>							
<i>Comments</i> _____							
<i>Comments</i> _____							
<b>→ THIS IS TO CERTIFY THAT THE ABOVE CHILD HAD BEEN EXAMINED AND IS PHYSICALLY ABLE TO PARTICIPATE IN ALL SCHOOL ACTIVITIES.</b>							
Physician's Signature				Date of Exam		Telephone No. ( )	
Physician's Name (Please Print)				Street Address			
City				State		Zip Code	
SCHOOL PHYSICIAN'S COUNTER-SIGNATURE						Date	

Roselle Park Public Schools  
510 Chestnut Street  
Roselle Park, New Jersey 07204

*"A High-Performing District"*

Pedro Garrido  
Superintendent of Schools  
(908) 245-1197  
FAX (908) 245-1226

Susan M. Guercio  
School Business Administrator/  
Board Secretary  
(908) 245-2103

---

Tenga esta forma llenada por el **odontólogo** en su luego visita.

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

ESCUELA: \_\_\_\_\_

El niño nombrado anteriormente ha recibido el cuidado dental necesario.

\_\_\_\_\_  
Nombre del dentista

\_\_\_\_\_  
Fecha Firma del dentista

# VACUNAS GRATIS Y EXÁMENES FÍSICOS



WESTFIELD Departamento de salud REGIONAL  
425 East Broad Street  
Westfield, NJ 07090

Cualquier niño que vive en Roselle Park que no está cubierto por un plan de seguro médico o que tiene un plan que no pagará para las inmunizaciones o bien cuidado es elegible para servicios proporcionado por el

**Westfield Consejería de salud**

Por favor llame al

**Enfermera de salud pública  
(908) 789-4070 ext. 4073**

Para hacer una cita