

CIUDAD DE NORTH PROVIDENCE

DEPARTAMENTO ESCOLAR

2240 Mineral Spring Avenue, North Providence, Rhode Island 02911
(401) 233-1100 - FAX (401) 233-1106 - TDD (800) 745-6575

Joseph B. Goho, *Superintendente*
Louise K. Seitsinger, M.Ed., *Superintendente Asistente*
Lisa Casinelli, *Directora de Finanzas*
Cynthia VanAvery, M.Ed, *Directora de Servicios Estudiantiles*
Matthew Hicks, *Director de Recursos Humanos*

COMITÉ ESCOLAR
Frank Pallotta, Ed.D. *Presidente*
Roderick E. DaSilva, *Vicepresidente*
Steven M. Andreozzi
Arthur Corsini
Anthony R. Marciano, Sr., Esq.
Gina M. Picard, M.Ed.
Charles Pollock

Estimados padres/tutor:

A continuación, se enumeran los elementos necesarios para completar la inscripción en el **Kindergarten**:

1. Prueba de residencia

- Declaración jurada de residencia notariada por el padre/tutor legal
- Declaración jurada del arrendador notariada por parte de la compañía administradora/propietario del inmueble
- Declaración hipotecaria/Contrato de arrendamiento
- Factura de servicios públicos principales
- Certificado de nacimiento (original)
- Identificación del padre/tutor

2. Prueba escrita del examen físico y de las siguientes vacunas:

- a. 5 dosis de la vacuna DTP/DTPaP (difteria, tétanos, tos ferina) (4 dosis si la última dosis se administró después de cumplir los 4 años)
- b. 4 dosis de la vacuna contra la poliomielitis (3 dosis si la última dosis se administró después de cumplir los 4 años)
- c. 2 dosis de la vacuna MMR (sarampión, paperas y rubeola)
- d. 3 dosis de la vacuna contra la hepatitis B
- e. 2 dosis de la vacuna contra la varicela (o una nota firmada por el médico de su hijo indicando que el niño ha tenido la enfermedad de la varicela)

3. Prueba de Montoux (PPD) Tuberculosis - por el Departamento Escolar de NP, la PPD se requiere solamente si el ingreso es desde fuera del país.

4. Prueba de un examen físico en los últimos doce meses antes del comienzo de la escuela

5. Examen de la vista (puede hacerse durante el examen físico)

6. Prueba de detección de plomo

7. Todas las inscripciones y documentos pueden enviarse por correo electrónico a registration@npsd.k12.ri.us

El certificado de nacimiento le será devuelto inmediatamente. Los demás documentos se conservarán en la escuela como parte del expediente de su hijo. Cada año se realizan clínicas de vacunación gratuitas. La maestra enfermera de la escuela tendrá una lista de las clínicas disponibles. Se devolverán los documentos originales.

El Departamento Escolar de North Providence no discrimina por motivos de raza, color, religión, origen ancestral, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, edad, discapacidad, estado civil, ciudadanía, información genética o cualquier otra característica protegida por la ley. Las personas con discapacidades pueden ponerse en contacto con la oficina del Superintendente para solicitar adaptaciones razonables para participar en un programa o actividad patrocinada por el Departamento Escolar de North Providence.



Angélica Infante-Green
Comisionada

Estado de Rhode Island y las Plantaciones de Providence
DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA
Shepard Building
255 Westminster Street
Providence, Rhode Island 02903-3400

Encuesta sobre el Idioma en el Hogar (HLS)

A rellenar por los padres/tutor

Estimado padre o tutor,

La información solicitada en este formulario es necesaria para la colocación escolar más adecuada de su hijo, y no se utilizará para ningún otro propósito¹.

Gracias por su colaboración.

Nombre del estudiante:		
Primero	Segundo	Apellido
Fecha de nacimiento:		Lugar de nacimiento²:
Mes	Día	Año
Relación del padre o tutor con el estudiante:		
<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Otro _____		
Código del Idioma en el Hogar:		

Antecedentes lingüísticos

(Marque todas las que correspondan)

1. ¿Cuál es el idioma que se utiliza principalmente en el hogar, sin importar el idioma que hable el estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>Especifique</i>
2. ¿Cuál es el idioma hablado con más frecuencia por el estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>Especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma que el estudiante adquirió primero?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>Especifique</i>
4. ¿Qué idioma(s) entiende su hijo?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>Especifique</i>
5. ¿Qué idioma(s) habla su hijo?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No habla
			<i>Especifique</i>
6. ¿Qué idioma(s) lee su hijo?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No lee
			<i>Especifique</i>
7. ¿Qué idioma(s) escribe su hijo?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <input type="checkbox"/> No escribe
			<i>Especifique</i>

¹ Requerido por la Ley de Rhode Island (R.I.G.L. § 16-54-2) y la Ley de Igualdad de Oportunidades Educativas (20 U.S.C. §1703(ff))

² Las familias no están obligadas a indicar el lugar de nacimiento, pero proporcionar la información puede ayudar a las LEA a prepararse mejor para ser culturalmente receptivas. Última actualización: 30/4/2020

3 Entrevista familiar – Historial educativo

1. ¿Cree que su hijo puede tener alguna dificultad o condición que afecte su capacidad de entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, descríbalos.

Sí* No No estoy seguro *En caso afirmativo, explique:

¿Qué nivel de gravedad cree que tienen estas dificultades? Leves Algo graves Muy graves

2a. ¿Su hijo ha sido remitido a una evaluación de educación especial en el pasado? No Sí*

Si ha sido remitido para una evaluación, ¿se ha identificado a su hijo? No Sí

*Si fue referido para una evaluación, e identificado ¿ha recibido su hijo algún servicio de educación especial en el pasado?

No Sí – Tipo de servicios recibidos: _____

2b. Edad a la que recibió los servicios (marque todo lo que corresponda):

Desde el nacimiento hasta los 3 años (Intervención Temprana) De 3 a 5 años (Educación Especial) 6 años o más (Educación Especial)

2c. ¿Tiene su hijo un Programa de Educación Individualizada (IEP), o un plan 504? No Sí

3. ¿En qué idioma prefiere recibir las comunicaciones orales de la escuela o del distrito?

Inglés Otro _____
Especifique

4. ¿En qué idioma prefiere recibir las comunicaciones escritas de la escuela o del distrito?

Inglés Otro _____
Especifique

5. Indique la fecha en que se inscribió por primera vez en CUALQUIER escuela de EE.UU. _____
(mm/dd/aaaa)

¿Hay algo más que considere importante que la escuela deba saber sobre su hijo? (por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

Firma del padre o tutor _____ Fecha _____

Nombre del padre/tutor (letra de imprenta) _____ Fecha _____

SOLO PARA REGISTRO OFICIAL - NOMBRE/PUESTO DEL PERSONAL QUE ADMINISTRA LA HLS

Nombre: _____ Puesto: _____

SI SE PROPORCIONA UN INTÉRPRETE, INDIQUE EL NOMBRE, EL PUESTO Y LAS CREDENCIALES: _____

NOMBRE/PUESTO DEL PERSONAL CUALIFICADO QUE REVISAS LAS HLS Y REALIZA LA ENTREVISTA INDIVIDUAL

Nombre: _____ Puesto: _____

SI SE PROPORCIONA UN INTÉRPRETE, INDIQUE EL NOMBRE, EL PUESTO Y LAS CREDENCIALES: _____

¿Es necesaria la entrevista oral? Sí NO Fecha de la entrevista individual: _____
Mes Día Año

NOMBRE/PUESTO DEL PERSONAL CUALIFICADO QUE ADMINISTRA LA EVALUACIÓN DE DETECCIÓN LINGÜÍSTICA

Nombre: _____ Puesto: _____

SI SE PROPORCIONA UN INTÉRPRETE, INDIQUE EL NOMBRE, EL PUESTO Y LAS CREDENCIALES: _____

NOMBRE/PUESTO DEL PERSONAL CUALIFICADO QUE INFORMA DE LAS PUNTUACIONES DE LA EVALUACIÓN

Nombre: _____ Puesto: _____

Fecha de la evaluación: _____ Nombre de la evaluación de detección del idioma: _____ Puntuación obtenida: _____
Mes Día Año

Nivel de competencia alcanzado: Comenzando 1 / Iniciando 2 / Desarrollando 3 / Ampliando 4 / Superando 5 / Alcanzando 6

PARA LOS ESTUDIANTES CON UN PLAN IEP O UN PLAN 504, ENUMERE LAS ADAPTACIONES, SI LAS HAY, ADMINISTRADAS:

**Departamento Escolar de North Providence
Sección de Servicios Especializados**

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Grado actual: _____

	SÍ	NO
¿Tiene su hijo actualmente un <i>Programa de Educación Individualizada (IEP)</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Entrega una copia del IEP de su hijo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Su hijo se traslada desde otro distrito? *** <i>En caso afirmativo, identifique el distrito</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Se realizó una prueba de detección a su hijo con <i>Child Outreach</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene su hijo un <i>Plan de la Sección 504</i> ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Recibe su hijo algún otro servicio que no se haya mencionado? En caso afirmativo, explique:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

****Si su hijo tiene un Programa de Educación Individualizada (IEP), por favor, preséntelo al Departamento de Registro del NPSD en el momento de la inscripción. El Departamento de Registro notificará a la Oficina de Educación Especial para que se ocupe de las preguntas de seguimiento, las preocupaciones y la colocación.****

Por favor, consulte la página web de Educación Especial de North Providence para obtener información adicional:

<https://www.npsdspecialled.org/>

Departamento Escolar de North Providence
Formulario de autorización para la entrega de registros

Fecha: _____

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre de la escuela anterior: _____

Ciudad / Pueblo: _____ Estado: _____

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____

Padre/tutor:

Para poder recibir los registros necesarios de la escuela anterior de su hijo, se requiere que firme un formulario de autorización. El siguiente formulario, firmado por los padres o el tutor legal del estudiante antes mencionado, otorgará al Departamento Escolar de North Providence el permiso necesario para solicitar y recibir los registros escolares anteriores.

Por la presente solicito que entregue los registros del estudiante antes mencionado al Departamento Escolar de North Providence.

Firma: _____ Fecha: _____
(Padre / tutor legal / adulto)

Estimado señor o señora,

El estudiante antes mencionado se ha inscrito en el Departamento Escolar de North Providence. Solicitamos que todos los registros académicos, de asistencia, disciplinarios y de salud sean enviados a la dirección que se indica a continuación.

Gracias de antemano por su atención inmediata a esta solicitud.

Los registros se entregarán a:

Departamento Escolar de North Providence
2240 Mineral Spring Avenue
North Providence, RI 02911
Teléfono: 401-233-1100 Fax: 401-233-1106
Atención: Registro Central

Secundaria North Providence
Teléfono: 401-233-1150 Fax: 401-233-1166

Escuela Intermedia Birchwood
Teléfono: 401-233-1120 Fax: 401-353-6903
Escuela Intermedia Ricci
Teléfono: 401-233-1170 Fax: 401-232-5421

Escuela Primaria Whelan
Teléfono: 401-233-1180 Fax: 401-353-1465
Escuela Primaria Centredale
Teléfono: 401-233-1145 Fax: 401-232-5279
Escuela Primaria Stephen Olney
Teléfono: 401-233-1160 Fax: 401-618-5631
Escuela Primaria McGuire
Teléfono: 401-233-1135 Fax: 401-618-5626
Escuela Primaria Greystone
Teléfono: 401-233-1130 Fax: 401-232-5403

Departamento Escolar de North Providence
Formulario de inscripción del estudiante
Rellene un formulario de inscripción del estudiante por cada niño que vaya a inscribirse

(Escriba en letra de molde)
Información del estudiante:

Fecha: _____

Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Nombre preferido	Edad
Grado de ingreso	M / F Género	/ / Fecha de nacimiento	/ / Fecha de entrada en EE.UU.	Lugar de nacimiento IEP O 504 (ELEGIR)

Dirección actual:

_____ APT#: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono de casa: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del padre/tutor: _____ Nombre del padre/tutor: _____

Celular del padre/tutor: _____ Relación: _____ Celular del padre/tutor: _____ Relación: _____

****La inscripción se basa en la disponibilidad de plazas. La asignación de la escuela del estudiante puede estar sujeta a cambios.****

Origen étnico

Con el fin de identificar correctamente a los estudiantes (como lo exige la ley federal y estatal), y como la familia lo prefiera, por favor marque o encierre en un círculo el grupo más apropiado con el que usted elige que su hijo sea identificado. Esta información se utilizará para informar sobre el recuento total de alumnos y no se divulgará en forma de identificación personal sin su permiso. Seleccione de la lista de abajo. **** Por favor, tenga en cuenta que, según las directrices del Estado de RI, si se elige (Sí) para hispano/latino, usted DEBE elegir también una raza. Muchas gracias.**

** ¿Es usted hispano o latino (elijá solo una)

¿Cuál es su raza? (Elijá todas las que correspondan)

No hispano/latino

Negro o afroamericano

Sí hispano/latino

Indio americano o nativo de Alaska

Dos o más razas

Asiático

País de origen de la familia _____

Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico

Blanco

Información sobre la escuela anterior

Nombre de la escuela: _____ Último grado cursado: _____

Dirección de la calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fax: _____

Firma de los padres/tutor legal _____ Fecha: _____

Departamento Escolar de North Providence
 Información de emergencia del estudiante
 (Solo con fines informativos y en caso de emergencia)

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

Apellido del estudiante: _____ Nombre: _____ Grado: ____ Maestra(o): _____

Información de la dirección de residencia:

Dirección	Unidad #	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Acceso a Internet en casa? S / N		¿Hay alguna orden de NO contacto/problemas de custodia? S / N		
¿Familia militar? S / N		¿Están ambos padres en el hogar? S / N		

(Contacto 1)

Relación	Fecha de nacimiento	Apellido	Nombre	Estado civil
	(H/C/T)	(H/C/T)		(H/C/T)
M / F				
Género	Idioma	Teléfono preferido #	Segundo teléfono # (Hogar/Celular/Trabajo)	Tercer teléfono #

Correo electrónico _____

Nombre del empleador: _____ Número de trabajo _____ EXT _____

Militar: SÍ / NO Activo: SÍ / NO Rama del servicio: _____

(Contacto 2)

Relación	Fecha de nacimiento	Apellido	Nombre	Estado civil
	(H/C/T)	(H/C/T)		(H/C/T)
M / F				
Género	Idioma	Teléfono preferido #	Segundo teléfono #	Tercer teléfono #

Dirección _____

Correo electrónico _____

Nombre del empleador: _____ Número de trabajo _____ EXT _____

Militar: SÍ / NO Activo: SÍ / NO Rama del servicio: _____

(Contacto 3)

(Emergencia - solo se llamará si no es posible contactar con alguno de los anteriores)

Relación	Fecha de nacimiento	Apellido	Nombre	Teléfono preferido #	Segundo teléfono #
				(H/C/T)	(H/C/T)

Por favor, indique los nombres de otros niños en el hogar, que están en el Sistema Escolar de North Providence o niños en edad preescolar que eventualmente entrarán en el Kindergarten en North Providence. Por favor, utilice el reverso de este formulario si necesita espacio adicional. Muchas gracias.

Apellido _____ Nombre _____ MI _____ Fecha de nacimiento _____
 Escuela _____ Grado _____

Apellido _____ Nombre _____ MI _____ Fecha de nacimiento _____
 Escuela _____ Grado _____

Departamento Escolar de North Providence
Formulario de información para los medios de comunicación
Rev. 12.07.2021

Estimados padres/tutores:

Por favor, rellene el siguiente formulario y devuélvalo a la maestra(o) (de su hijo).

Entiendo que en ocasiones los fotógrafos de prensa y los camarógrafos de televisión pueden estar en la escuela para fotografiar/grabar historias de noticias y hablar con los estudiantes con respecto a los eventos en la escuela o sobre las escuelas en general. Además, el NPSD puede fotografiar y grabar videos con fines educativos. Del mismo modo, los maestros y administradores pueden utilizar los teléfonos y otros dispositivos para publicar fotografías y/o videos de los estudiantes para las tareas de clase, actividades extracurriculares o actividades, programas y demostraciones escolares de los estudiantes o presentaciones en las páginas web de la escuela y los medios de comunicación social apropiados. Esto es con el entendimiento de que ni el NPSD ni sus representantes reproducirán dicha fotografía, entrevista o apariencia por un valor comercial o recibir ganancias monetarias. Mientras estemos participando en el aprendizaje a distancia, si un padre nos envía una foto, deberá darnos su consentimiento por escrito para publicarla en los medios sociales/sitios web de la escuela.

Por favor, indique su rechazo o permiso para que esto ocurra en relación con (su hijo) el estudiante que aparece a continuación.

ESTE PERMISO SE EXTENDERÁ DURANTE EL CURSO ESCOLAR 2021-2022.

_____ Doy permiso para que se tomen fotografías, grabaciones y videograbaciones de mi hijo por los medios de comunicación y los educadores en situaciones educativas o escolares. Para ser utilizado en las cuentas de medios sociales de la escuela/distrito.

_____ No doy permiso para que se tomen fotografías, grabaciones y videograbaciones de mi hijo por los medios de comunicación y los educadores en situaciones educativas o escolares.

_____ (Mi hijo) puede ser entrevistado por los medios de comunicación y los educadores con respecto a la escuela o situaciones educativas o situaciones de la escuela, para ser utilizado en las cuentas de medios sociales del Distrito Escolar.

_____ (Mi hijo) no puede ser entrevistado por los medios de comunicación y los educadores en relación con situaciones escolares o educativas.

Por favor, comprenda que si no devuelve este formulario de autorización en un plazo de diez (10) días escolares a partir de la fecha de distribución, se considerará aprobada la solicitud anterior.

Por favor, firme y devuelva este formulario

Firma de los padres/tutor _____

Nombre del estudiante _____

Fecha _____ Grado _____ Clase _____

RESIDENCIA

Se requiere la residencia para todas las inscripciones

La siguiente documentación debe entregarse para la inscripción de todos los estudiantes.

SI ES DUEÑO DE SU RESIDENCIA

- Declaración jurada de residencia notariada de los padres,
- Declaración hipotecaria,
- Factura de servicios públicos principales.

SI ALQUILA SU RESIDENCIA

- Declaración jurada de residencia notariada de los padres,
- Declaración jurada de residencia notariada por parte del arrendador o propietario del inmueble,
- Contrato de arrendamiento o carta notariada del arrendador (propietario de la vivienda) con el nombre de los padres, el nombre de los estudiantes, la fecha de nacimiento de los estudiantes y la dirección en la que se indica que usted vive allí,
- Factura de servicios públicos principales.

Si los servicios públicos están incluidos en el alquiler, debe constar en el contrato de arrendamiento o en la carta notaria del arrendador (propietario del inmueble).

SI VIVE CON UN FAMILIAR

- Declaración jurada de residencia notariada de los padres,
- Declaración jurada de residencia notariada del arrendador (familiar/propietario del inmueble),
- Contrato de arrendamiento o carta notariada de un familiar con el nombre de los padres, el nombre del estudiante, la fecha de nacimiento del estudiante y la dirección en la que se indica que usted vive allí,
- El propietario/familiar debe entregar la declaración de su hipoteca y una factura de un servicio público principal.

No se aceptan declaraciones juradas de otras partes

DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA DE LOS PADRES

ESCUELAS PÚBLICAS DE NORTH PROVIDENCE
2240 Mineral Spring Avenue
North Providence, RI 02911

En referencia a: _____

Nombre del estudiante

DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENCIA DE LOS PADRES

_____ compareció ante mí el día ____ de _____ de 20____ y, tras haber prestado el debido juramento, declaró, juró y afirmó los siguientes hechos:

- (1) Soy la madre o el padre biológico o adoptivo de _____ de quien tengo la custodia física y la guarda.
- (2) Actualmente, tengo mi residencia en _____, que se encuentra en la ciudad de North Providence, Estado de Rhode Island.
- (3) _____ efectivamente, reside y vive conmigo en esa dirección.
- (4) Reconozco que un funcionario de asistencia o una persona designada por el Departamento Escolar puede realizar una visita con el fin de verificar dicha residencia.
- (5) Reconozco que esta Declaración Jurada se presenta bajo juramento al Departamento Escolar de North Providence con el propósito de determinar si _____ es elegible para asistir a la escuela en el Sistema Escolar de North Providence.
- (6) En apoyo de esta Declaración Jurada, he adjuntado algunas pruebas que son verdaderas, exactas y correctas.
- (7) Toda la información contenida en este documento es verdadera y exacta.

Firma del padre

**ESTADO DE RHODE ISLAND
CONDADO DE PROVIDENCE
JURAMENTO NOTARIAL**

En _____, en este día ____ de _____ de 20____, ante mí compareció personalmente _____ y después de leer la Declaración Jurada arriba mencionada y después de prestar el debido juramento, juró la veracidad y exactitud de dicha Declaración Jurada.

Firma del notario público

La Comisión del notario expira: _____

(FORMULARIO A)

AVISO: SI PROPORCIONA INFORMACIÓN FALSA BAJO JURAMENTO, SE LE ACUSARÁ DE PERJURIO. LA PERSONA QUE SEA DECLARADA CULPABLE DE PERJURIO PUEDE RECIBIR HASTA VEINTE AÑOS DE CÁRCEL.

SI PROPORCIONA INFORMACIÓN FALSA, EL DISTRITO ESCOLAR INICIARÁ LAS ACCIONES LEGALES PERTINENTES PARA COBRAR EL VALOR DE LOS SERVICIOS EDUCATIVOS QUE RECIBE EL ESTUDIANTE. ESTOS ESFUERZOS DE COBRANZA INCLUYEN EL EMBARGO Y LA EXACCIÓN DE BIENES INMUEBLES, SALARIOS Y BIENES PERSONALES.

No se aceptan declaraciones juradas de otras partes

Declaración Jurada de Residencia – Arrendador/Arrendamiento Compartido/Propietario

Mi nombre es _____ y por la presente declaro y certifico lo siguiente:
Arrendador/Propietario/Compañía de Administración de la residencia

Por favor, complete todos los tres puntos y firme abajo.

1. Soy el propietario/arrendador/compañía de administración de un inmueble situado en _____.
(Dirección donde vive el padre)
2. _____, quien es el padre o tutor legal de
Padre/tutor o estudiante mayor de 18 años
_____, me alquila a mí el inmueble como residencia principal, en un arrendamiento a
Nombre del estudiante voluntad mes a mes
3. Declaro que la parte nombrada anteriormente reside conmigo y/o en la dirección arriba indicada.

Firmado bajo pena y sanciones de perjurio este día _____ de _____ de 20 _____.

Firma del Arrendador/Propietario/Compañía de Administración

Nombre (letra de molde): _____

Dirección (letra de molde): _____

Número de teléfono (letra de molde): _____

Como solicitante que presenta esta Declaración Jurada de residencia/arrendamiento, juro, bajo pena y sanciones de perjurio, que la información anterior es exacta y entiendo que la información contenida en esta declaración jurada legal está sujeta a verificación por un investigador de residencia.

Firma del padre/tutor o del estudiante mayor de 18 años

Nombre (letra de molde): _____

Dirección (letra de molde): _____

Número de teléfono (letra de molde): _____

**ESTADO DE RHODE ISLAND
CONDADO DE PROVIDENCE
JURAMENTO NOTARIAL**

En _____, en este día ____ de _____ de 20____, ante mí compareció personalmente _____ y después de leer la Declaración Jurada arriba mencionada y después de prestar el debido juramento, juró la veracidad y exactitud de dicha Declaración Jurada.

Firma del notario público

La Comisión del notario expira: _____

(FORMULARIO A)

AVISO: SI PROPORCIONA INFORMACIÓN FALSA BAJO JURAMENTO, SE LE ACUSARÁ DE PERJURIO. LA PERSONA QUE SEA DECLARADA CULPABLE DE PERJURIO PUEDE RECIBIR HASTA VEINTE AÑOS DE CÁRCEL.

SOLO PARA LOS ESTUDIANTES QUE ENTRAN EN EL KINDERGARTEN
DEPARTAMENTO ESCOLAR DE NORTH PROVIDENCE
CUESTIONARIO PARA EL KINDERGARTEN

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: M _____ F _____

1. ¿Hubo algún retraso en los hitos del desarrollo (sentarse, gatear, caminar, hablar, etc.)? ___ sí ___ no
2. ¿Su hijo está completamente preparado para ir solo al baño? ___ sí ___ no
3. ¿Su hijo está preparado para lavarse las manos cuando es necesario? ___ sí ___ no
4. ¿Su hijo asistió a la guardería? ___ sí ___ no En caso afirmativo, ¿dónde? _____ ¿Cuánto tiempo? _____
5. ¿Su hijo asistió a Child Outreach? ___ sí ___ no Fecha de la evaluación: _____
6. ¿Puede su hijo ponerse un abrigo o un suéter? ___ sí/no ¿Usar una cremallera? ___ sí/no ¿Atarse o abrocharse los zapatos? ___ sí/no
7. ¿Su hijo se suena la nariz sin ayuda cuando lo necesita? ___ sí ___ no
8. ¿El niño tiene hermanos? ¿___ Mayores ___ Menores? ¿El niño tiene hermanas? ¿___ Mayores ___ Menores?
9. ¿Su hijo se lleva bien con otros niños? ___ sí ___ no
10. ¿Cómo describiría el comportamiento general o la personalidad de su hijo? _____
11. ¿Su hijo usa gafas? ___ sí/no ¿Su hijo tiene dificultades auditivas? ___ sí/no
12. ¿Su hijo tiene alergias? ___ sí ___ no En caso afirmativo, especifique el tipo de alergias _____
13. ¿Necesita su hijo una Epi-pen (auto inyección de epinefrina) en caso de anafilaxia? ___ sí ___ no
14. ¿Su hijo ha tenido alguna vez ataques, convulsiones o “espasmos”? ___ sí ___ no ¿Es su hijo diabético? ___ sí ___ no
15. ¿Su hijo está bajo el cuidado de un médico por una enfermedad o dolencia aguda o crónica? ___ sí ___ no
Si respondió “sí”, describa la condición en el reverso de este formulario.
16. ¿Su hijo está medicado? ___ sí ___ no Si respondió “sí”, ¿cuál es la medicación? _____
17. ¿Debe prohibirse al niño alguna actividad? ___ sí ___ no ¿Tipo de actividad? _____
18. Enumere un breve historial médico (enfermedades preescolares, operaciones, defectos del habla o de nacimiento, accidentes u otros datos importantes) en el reverso de este formulario.
19. ¿Su hijo desayuna? ___ sí ___ no ¿Almuerza? ___ sí ___ no
20. ¿Sabe su hijo y es capaz de decir?
Su nombre y apellidos ___ sí ___ no Su dirección ___ sí ___ no El nombre de sus padres ___ sí ___ no
Su número de teléfono ___ sí ___ no Su número de teléfono no listado ___ sí ___ no
21. ¿Su hijo es ___ diestro? ¿Es ___ zurdo? ___ ambidiestro ¿Puede escribir su nombre en letra de molde? ___ sí ___ no
22. ¿Reconoce los colores? ___ sí ___ no ¿Las formas? ___ sí ___ no ¿Los números? ___ sí ___ no ¿Las letras? ___ sí ___ no
23. ¿Su hijo puede utilizar lápices de colores? ___ sí/no ¿tijeras? ___ sí/no ¿pasta? ___ sí/no ¿pintura? ___ sí/no

Departamento Escolar de North Providence
Evaluación de Child Outreach - Consentimiento de los padres
401-349-4732

Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento _____

Child Outreach es un sistema de evaluación del desarrollo diseñado para evaluar anualmente a todos los niños de 3 a 5 años antes de su ingreso al kindergarten. Los niños se evalúan en las áreas de visión, audición, desarrollo general, habla/lenguaje y desarrollo social/emocional. Child Outreach es un primer paso importante en la identificación de los niños que pueden requerir una evaluación o intervención adicional. En consecuencia, el Departamento Escolar de North Providence lleva a cabo un programa de evaluación de Child Outreach. Los padres recibirán por correo un resumen de los resultados de la evaluación de Child Outreach. Toda la información personal y los resultados de la evaluación recogidos durante el proceso de evaluación son tratados con la más estricta confidencialidad.

El Departamento de Educación es responsable de la supervisión general del programa de evaluación de Child Outreach. El Departamento de Salud mantiene el sistema de datos KIDSNET, que alberga los datos de Child Outreach en nombre del sistema de escuelas públicas de Rhode Island. KIDSNET, una base de datos segura, también incluye las vacunas de los niños, las pruebas de detección de plomo, los servicios de salud preventiva y otras evaluaciones de desarrollo. La información en KIDSNET puede utilizarse para coordinar la atención, garantizar que se presten servicios de salud preventiva e identificar a los niños que puedan necesitar apoyo médico y/o de desarrollo. Sin embargo, no se divulgará ninguna información personal ni los resultados de las pruebas de detección sin su consentimiento por escrito a nadie que no sea el personal de la primera infancia del distrito escolar público en el que reside y el Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Rhode Island y el Departamento de Salud de Rhode Island para fines normativos.

1. He leído las declaraciones anteriores y doy permiso para que mi hijo sea **evaluado** por el programa Child Outreach del Departamento Escolar de North Providence y para que los resultados y recomendaciones de la evaluación, incluyendo cualquier referencia de educación especial necesaria y la determinación de elegibilidad, se incluyan en la base de datos de Child Outreach dentro de KIDSNET.

Firma de los padres/tutor _____ **Fecha** _____

2. He leído las declaraciones anteriores y doy permiso a Child Outreach y al Departamento de Salud/KIDSNET para que compartan los resultados y las recomendaciones de la evaluación de mi hijo, incluyendo cualquier referencia de educación especial necesaria y la determinación de elegibilidad, con su **proveedor de atención primaria (médico)** con el fin de coordinar la atención, asegurar la prestación de servicios de salud preventiva e identificar a los niños que puedan necesitar apoyo médico y/o de desarrollo.

Firma de los padres/tutor _____ **Fecha** _____

Doctor: _____ **Nombre del consultorio/práctica:** _____

Dirección: _____

3. He leído las declaraciones anteriores y doy permiso a Child Outreach y al Departamento de Salud/KIDSNET para que compartan los resultados y las recomendaciones de la evaluación de mi hijo, incluyendo cualquier referencia de educación especial necesaria y la determinación de elegibilidad, con su **programa de preescolar/cuidado de niños** para los fines de la planificación educativa.

Firma de los padres/tutor _____ **Fecha** _____

Nombre del programa de preescolar/guardería: _____

Dirección: _____

Consentimiento en vigor desde agosto de 2021 hasta septiembre de 2022

Usted tiene derecho a revocar el consentimiento en cualquier momento poniéndose en contacto con su distrito escolar local. También tiene derecho a inspeccionar los registros educativos de su hijo y a solicitar que KIDSNET corrija cualquier información que considere inexacta.

El formulario modelo de notificación de garantías procesales de educación especial de RI, que explica los derechos de los padres en virtud de la

Parte B de la Ley de Educación para Personas con Discapacidades, puede encontrarse en

<http://www.ride.ri.gov/Portals/0/Uploads/Documents/Students-and-Families-Great-Schools/Special-Education/Special-Education-Regulations/RI-Special-Education-Procedural-Safeguards-Notice-Model-Form.pdf>.

Si tiene alguna pregunta sobre los derechos de los padres, incluyendo el consentimiento para la evaluación, por favor, póngase en contacto con el Centro de Llamadas de Educación Especial de RIDE en el 401-222-8999.

CIUDAD DE NORTH PROVIDENCE DEPARTAMENTO ESCOLAR

2240 Mineral Spring Avenue, North Providence, Rhode Island 02911
(401) 233-1100 - FAX (401) 233-1106 - TDD (800) 745-6575

Joseph B. Goho, *Superintendente*
Louise K. Seitsinger, M.Ed., *Superintendente Asistente*
Lisa Casinelli, *Directora de Finanzas*
Cynthia VanAvery, M.Ed, *Directora de Servicios Estudiantiles*
Matthew Hicks, *Director de Recursos Humanos*

COMITÉ ESCOLAR
Frank Pallotta, Ed.D. *Presidente*
Roderick E. DaSilva, *Vicepresidente*
Steven M. Andreozzi
Arthur Corsini
Anthony R. Marciano, Sr., Esq.
Gina M. Picard, M.Ed.
Charles Pollock

Estimados padres/tutor:

La ley exige que los exámenes de salud se realicen periódicamente durante la experiencia escolar del niño. Los exámenes dentales deben realizarse anualmente en los grados K-5 y 7. Son importantes para la educación del niño porque son un medio para descubrir defectos que podrían corregirse.

Dado que los reglamentos establecen que todos los estudiantes de los grados K-5 y 7 tienen un examen dental anual y que los alumnos que ingresan al kindergarten y al séptimo grado, deben tener un examen físico, le pedimos que su hijo sea examinado por el médico de la familia y el dentista durante el verano. El departamento escolar también solicita que se realice un examen físico intermedio periódicamente a los estudiantes.

Por favor, pida a su médico y a su dentista que rellenen el formulario médico adjunto y la tarjeta dental amarilla y que su hijo lo devuelva a la escuela en septiembre.

El médico y el dentista del Departamento Escolar estarán disponibles durante el año escolar para examinar a aquellos niños que no hayan sido examinados por su médico familiar.

Muchas gracias por su cooperación en este asunto.

Atentamente,

Maestra/Enfermera escolar certificada
Departamento Escolar de North Providence

El Departamento Escolar de North Providence no discrimina por motivos de raza, color, religión, origen ancestral, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, edad, discapacidad, estado civil, ciudadanía, información genética o cualquier otra característica protegida por la ley. Las personas con discapacidades pueden ponerse en contacto con la oficina del Superintendente para solicitar adaptaciones razonables para participar en un programa o actividad patrocinada por el Departamento Escolar de North Providence.

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LA HISTORIA MÉDICA

TENGA EN CUENTA: La información de este formulario se utilizará para actualizar los registros de salud de su hijo.

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ Grado: _____ Maestra(o): _____

Pediatra: _____ Teléfono: _____

Dentista: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DE SALUD

Si su hijo tiene un diagnóstico o una afección preexistente, indíquelo: _____

Lista de alergias: _____

Si es alérgico a las picaduras de abeja y/o a los alimentos, ¿necesita un EpiPen? Sí No

Enumere las cirugías: _____

Enumere las enfermedades o lesiones graves: _____

Enumere las condiciones de salud que el CSNT debe conocer: _____

Por favor, indique si tiene alguno de los siguientes problemas de salud:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Infecciones de garganta (frecuentes) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad ósea o articular | <input type="checkbox"/> Eczema |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Problemas dentales |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Infecciones del oído/conductos: Izquierdo Derecho Ambos |
| <input type="checkbox"/> Problemas de corazón | <input type="checkbox"/> Problemas menstruales |
| <input type="checkbox"/> Problemas renales | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza/migrañas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de visión (¿necesita gafas/lentes de contacto? Sí/No) | |

En caso afirmativo, a alguna de las preguntas anteriores, explique por qué: _____

Por favor, enumere los medicamentos que su hijo está tomando actualmente y el motivo:

Medicación: _____ Motivo: _____

Medicación: _____ Motivo: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

******Por favor, tenga en cuenta la siguiente información sobre los exámenes de salud en la escuela******

Visión- Los niños son examinados al ingresar y en los grados 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 7° y 9°;

Audición- Pre-K, K, 1°, 2° y 3° y cualquier estudiante nuevo sin examen auditivo previo

Dental- Todos los estudiantes de Pre-K a 5° y 7° grado

Escoliosis, en los grados 6°, 7° y 8°

Estos exámenes son administrados por personal capacitado. Si usted elige que no se haga ninguno de estos exámenes en la escuela, debe proporcionar evidencia satisfactoria a la enfermera de la escuela que indique que el mismo examen/prueba ha sido completado dentro de los 6 meses anteriores por el proveedor de atención médica del estudiante.