CIUDAD DE NORTH PROVIDENCE
DEPARTMENTO 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 adjunta***
Lisa Casinelli, ***directora financiera***
Cynthia VanAvery, M. Ed., ***directora de Servicios Estudiantiles***
Matthew Hicks, ***director de Recursos Humano***
David McNally, ***director de datos***

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

Estimado padre/ tutor:

Estos son los documentos que se necesitan para completar el registro de su hijo(a) para **Kindergarten**:

1. **Prueba de residencia**
   - Declaración jurada de residencia notariada
   - Declaración jurada del arrendador
   - Estado de cuenta hipotecario/ contrato de arrendamiento o una carta notarizada por parte del arrendador/ propietario
   - Una factura de servicios públicos
   - Certificado de nacimiento (original)
   - Identificación del padre o tutor
2. **Prueba escrita de las siguientes vacunas**
   a. 5 dosis de la vacuna DTP/DTaP (difteria, tétanos, tos ferina) (4 dosis si la última dosis fue administrada después del cuarto cumpleaños)
   b. 4 dosis de la vacuna contra el polio (3 dosis si la última fue administrada después del cuarto año)
   c. 2 dosis de la vacuna MMR (sarampión, paperas, rubéola)
   d. 3 dosis de la vacuna contra la Hepatitis B
   e. 2 dosis de la vacuna contra la varicela (varicela) *(o una nota firmada por el médico de su hijo afirmando que el niño ha tenido la enfermedad de la varicela)*
3. **Prueba de Monteux (PPD) Tuberculosis – <u>por el Departamento Escolar de North Providence, el PPD se requiere solo si ingresa fuera del país,</u>**
4. **Evidencia de un examen físico de los últimos doce meses antes del inicio de la escuela.**
5. **Examen de la vista (se puede hacer durante el examen físico)**
6. **Prueba de detección de plomo**

Todas las registraciones tienen que llevarse a la oficina principal al 2240 de la Avenida Mineral Spring.

El certificado de nacimiento y otros documentos originales serán devueltos inmediatamente. Los otros documentos se mantendrán en la escuela como parte del expediente de su hijo. Anualmente se realizan clínicas de inmunización gratuita. La enfermera de la escuela tendrá una lista de clínicas disponibles.

Para kindergarten: Los niños tienen que tener 5 años de edad al o antes del primero de Septiembre del año escolar para ingresar a kindergarten ese año.

El Departamento Escolar de North Providence no discrimina por edad, sexo, religión, nacionalidad, color o discapacidad de acuerdo con las leyes y regulaciones aplicadas. Las personas con discapacidades, que requieren asistencia o arreglos especiales para participar en un programa o actividad patrocinada por el Departamento Escolar de North Providence, por favor comuníquese con la oficina del superintendente. Le pedimos que nos provea con una notificación de 48 horas para que se puedan hacer los arreglos apropiados.

I Speak Statements

- ☐ Unë flas **shqip** (Albanian)
- ☐ **አማርኛ** እናገራለው (Amharic)
- ☐ انا اتكلم اللغة العربية. (Arabic)
- ☐ Ես խոսում եմ **հայերեն** (Armenian)
- ☐ আমি বাংলা ভাষী। (Bengali)
- ☐ Ja govorim **bosanski jezik** (Bosnian)
- ☐ ကျွန်တော်မြန်မာစကားပြောသည်။ (Burmese)
- ☐ 我说中文 (Chinese Simplified)
- ☐ 我說中文 (Chinese Traditional)
- ☐ Ja govorim **hrvatski**. (Croatian)
- ☐ اینجانب به زبان **فارسی** صحبت می کنم (Farsi)
- ☐ Je parle **français**. (French)
- ☐ Je parle le **Français haïtien** (French Creole)
- ☐ Μιλάω **ελληνικά**. (Greek)
- ☐ હું **ગુજરાતી** બોલુ છું (Gujarati)
- ☐ Mwen pale **Kreyòl**. (Haitian Creole)
- ☐ मैं **हिंदी** बोलता हूँ (Hindi)
- ☐ Kuv hais **lus hmoob**. (Hmong)
- ☐ Ana m a sụ **Igbo** (Igbo)
- ☐ Parlo **Italiano** (Italian)
- ☐ 私は日**本語**を話します (Japanese)
- ☐ Mi chat **Jamiekan langwjij** (Jamaican Creole)
- ☐ **ykt tkqtl b** (Karen)
- ☐ ខ្ញុំនិយាយภาสาอีตฮีส (Khmer)
- ☐ 본인의 모국어는 **한국어**입니다 (Korean)
- ☐ ئه ز زمانی **کوردی** ده ئاخفم. (Kurdish)
- ☐ Ṅ a po **Klào** Win. (Kru)
- ☐ ຂ້າພະເจ้าเว้า **ພາສາລາວ**. (Lao)
- ☐ Yie gorngv **Mienh** waac. (Mien)
- ☐ म **नेपाली** बोल्छु (Nepali)
- ☐ Mówię **po polsku**. (Polish)
- ☐ Eu falo **Português**. (Portuguese)
- ☐ ਇਹ ਸ੍ਪੇਅਾਕ ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
- ☐ Cunosc limba **Română.** (Romanian)
- ☐ Я говорю **по-русски**. (Russian)
- ☐ Ou te tautala **faaSamoa**. (Samoan)
- ☐ Govorim **srpski**. (Serbian)
- ☐ Waxaan ku hadlaa **Somali**. (Somali)
- ☐ Yo hablo **español**. (Spanish)
- ☐ أتحدث **السودانية** (لغوي سوداني) (Sudanese)
- ☐ Marunong po akong magsalita ng **Tagalog**. (Tagalog)
- ☐ ข้าพเจ้าพูด **ภาษาไทย** (Thai)
- ☐ ኣነ ትግርኛ ይዛረብ እየ. (Tigrinya)
- ☐ Я розмовляю **українською**. (Ukrainian)
- ☐ میں **اردو** بولتا/ بولتی ہوں . (Urdu)
- ☐ Tôi nói tiếng **Việt**. (Vietnamese)
- ☐ איך רעד **יידיש** (Yiddish)
- ☐ Mo gbọ **Yoruba** (Yoruba)

USDA is an equal opportunity provider and employer.

Departamento Escolar de North Providence
Sección de Servicios Especializados

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

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

**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.npsdspecialed.org/

Angélica Infante-Green
Commissioner

State of Rhode Island and Providence Plantations
DEPARTMENT OF ELEMENTARY AND SECONDARY EDUCATION
Shepard Building
255 Westminster Street
Providence, Rhode Island 02903-3400

Encuesta sobre el idioma en el hogar (HLS)

Estimado padre de familia o tutor:

La información solicitada en este formulario es necesaria para ubicar escolarmente a su niño de la mejor manera, y no se usará para otros propósitos [1].

Gracias por su cooperación.

Esta sección la debe llenar el padre de familia o tutor

Nombre del estudiante:	
Primer nombre *Segundo nombre* *Apellido*	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento[2]:**
Mes *Día* *Año*	_____
Relación del padre de familia o tutor con el estudiante: ☐ *Madre* ☐ *Padre* ☐ *Otra* _____	

Home Language Code:

Información sobre el idioma de la familia y del niño

(Por favor, marque todas las casillas que correspondan.)

1. ¿Cuál es el idioma que se usa principalmente en el hogar, aparte del idioma que habla el estudiante?	☐ Inglés	☐ Otro	_____ *Especifique*	
2. ¿Cuál es el idioma que el estudiante habla más?	☐ Inglés	☐ Otro	_____ *Especifique*	
3. ¿Cuál es el idioma que el estudiante aprendió primero?	☐ Inglés	☐ Otro	_____ *Especifique*	
4. ¿Qué idioma(s) entiende el niño?	☐ Inglés	☐ Otro	_____ *Especifique*	
5. ¿En qué idioma(s) habla el niño?	☐ Inglés	☐ Otro	_____ *Especifique*	☐ No habla
6. ¿En qué idioma(s) lee el niño?	☐ Inglés	☐ Otro	_____ *Especifique*	☐ No lee
7. ¿En qué idioma(s) escribe el niño?	☐ Inglés	☐ Otro	_____ *Especifique*	☐ No escribe

[1] *Conforme a la Ley de Rhode Island (R.I.G.L. § 16-54-2) y la Ley de Igualdad de Oportunidades de Educación (20 U.S.C. §1703(f)).*

[2] *Las familias no están obligadas a proporcionar el lugar de nacimiento, pero proporcionar esta información puede ayudar a las agencias locales de educación (LEA) a desarrollar mayor sensibilidad cultural.*

Actualizado al 30 de abril de 2020

Entrevista a la familia – Información sobre la educación del niño

1. **¿Cree usted que su niño tiene dificultades o problemas que afectan su capacidad de entender, hablar, leer o escribir en inglés u otro idioma?**

   Sí* ☐ No ☐ No sabe ☐ *Si respondió que sí, por favor describa: _____

¿Qué tan graves cree usted que son esas dificultades? ☐ No son graves ☐ Son un poco graves ☐ Son muy graves

2a. ¿Se le ha hecho al niño una evaluación para educación especial? ☐ No ☐ Sí*

* Si respondió que se le hizo una evaluación, ¿se le detectó algún problema o discapacidad del aprendizaje? ☐ No ☐ Sí*

* Si respondió que se le detectó un problema o discapacidad del aprendizaje, ¿ha recibido el niño servicios de educación especial?

☐ No ☐ Sí – Especifique el tipo de servicios recibido: _____

2b. Edad a la que recibió los servicios (por favor marque todas las casillas que correspondan):

☐ Antes de los 3 años (intervención temprana) ☐ De los 3 a 5 años (educación especial) ☐ Después de los 6 años (educación especial)

2c. ¿Tiene el niño un Programa de Educación Individualizado (IEP) o plan 504? ☐ No ☐ Sí

2. ¿En qué idioma prefiere que le hablen cuando la escuela o distrito se comunican con usted? ☐ Inglés ☐ Otro _____ *Especifique*

3. ¿En qué idioma prefiere que le escriban cuando la escuela o distrito se comunican con usted? ☐ Inglés ☐ Otro _____ *Especifique*

4. Indique la fecha en que inscribió al niño por primera vez en CUALQUIER escuela en Estados Unidos _____ **(mm/dd/aaaa)**

¿Hay algo más que usted piense que la escuela debe saber sobre su niño? (p. ej., talentos o habilidades especiales, o problemas de salud)

_____

_____

_____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Firma del padre de familia o tutor ***Fecha***

_____

Nombre del padre de familia o tutor (en letra de molde)

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLS	
Name: _____	Position: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLS AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
Name: _____	Position: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____	
Oral Interview Necessary: ☐ YES ☐ NO	**Date of Individual Interview:** _____ *Month Day Year*
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING THE LANGUAGE SCREENING ASSESSMENT	
Name: _____	Position: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REPORTING THE LANGUAGE SCREENING SCORES	
Name: _____	Position: _____
Date of Screener: _____ *Month Day Year*	Name of the Language Screening Assessment: _____ Score achieved: _____

Proficiency Level Achieved: Entering 1 ☐ / Beginning 2 ☐ / Developing 3 ☐ / Expanding 4 ☐ / Bridging 5 ☐ / Reaching 6 ☐

FOR STUDENTS WITH AN IEP OR 504 PLAN, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED:

Departamento Escolar de North Providence
Formulario de autorización para la entrega de registros
Release of Records Form

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)

Dear Sir or Madam,

The above-mentioned student has registered in the North Providence School Department. We are requesting that all academic, attendance, discipline and health records be forwarded to the address listed below.

Thank you in advance for your immediate attention to this request.

Records to be released to:

North Providence School Department
2240 Mineral Spring Avenue
North Providence, RI 02911
Phone: 401-233-1100 Fax: 401-233-1106
Attn: Central Registration

North Providence High School
Phone: 401-233-1150 Fax: 401-349-3320

Birchwood Middle School
Phone: 401-233-1120 Fax: 401-353-6903

Ricci Middle School
Phone: 401-233-1170 Fax: 401-232-5421

Whelan Elementary
Phone: 401-233-1180 Fax: 401-353-1465

Centredale Elementary
Phone: 401-233-1145 Fax: 401-232-5279

Stephen Olney Elementary
Phone: 401-233-1160 Fax: 401-349-3656

McGuire Elementary
Phone: 401-233-1135, Fax: 401-228-8991

Greystone Elementary
Phone: 401-233-1130, Fax: 401-232-5403

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

Escriba en letra de molde.
Información del estudiante:

Fecha: _____

_____ _____ _____ _____ _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Nombre Preferido Edad

_____ M/ F ___/___/___ ___/___/___ _____ IEP o 504 (Elegir)
Grado de ingreso Género Fecha de Nacimiento Fecha de entrada en EE.UU. Lugar de Nacimiento

_____ _____
Dirección Apto

_____ _____ _____ _____
Ciudad Estado Código Postal Teléfono de casa

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

Celular del padre/tutor: _____Relación:_____ Celular del padre/tutor:_____Relación:_____

Correo electrónico _____ Correo electrónico _____

.*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.

¿Es usted hispano o latino?(Elija solo una)

____No hispano/[atino

____Sí hispano/latino

____Dos o más razas

País de origen de la familia _____

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

____ Negro o afroamericano

___ Indio americano o nativo de Alaska

___ Asiático

___ 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 _____

País (si es aplicable) _____ Teléfono _____ Fax: _____

Firmo de los padres/ tutor legal _____ Fecha: _____

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

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

_____ _____ _____ _____ _____
Dirección # de apto Ciudad Estado Código Postal

¿Acceso a Internet en casa? S/ N ¿Hay alguna orden de NO contacto/ problemas de custodia? S/ N
¿Familia military? S/ N ¿Están ambos padres en el hogar? S/ N

(CONTACTO 1) En caso de emergencia

_____ _____ _____ _____ S/ C/ V/ D
Relación al estudiante Fecha de Nacimiento Apellido Nombre Estado Civil

M/ F _____ (H/ C/ T) _____ (H/ C/ T) _____ (H/ C/ T) _____
Género Idioma Teléfono preferido #1 (Hogar/ Celular/ Trabajo) Segundo teléfono Tercer teléfono

Correo elctrónico _____
Nombre del empleado: _____ Número de trabajo _____ Ext. _____

Militar: S/ N Activo: S/ N Rama del servicio _____

(CONTACTO 2) En caso de emergencia

_____ _____ _____ _____ S/ C/ V/ D
Relación al estudiante Fecha de Nacimiento Apellido Nombre Estado Civil

M/ F _____ (H/ C/ T) _____ (H/ C/ T) _____ (H/ C/ T) _____
Género Idioma Teléfono preferido #1 (Hogar/ Celular/ Trabajo) Segundo teléfono Tercer teléfono

Correo elctrónico _____
Nombre del empleado: _____ Número de trabajo _____ Ext. _____

Militar: S/ N Activo: S/ N Rama del servicio _____

(CONTACTO 3) Solamente si no es possible comunicarnos con Contacto 1 o Contacto 2

_____ _____ _____ _____ _____ _____
Relación F. de Nac.. Apellido Nombre Teléfono #1 Teléfono #2

Por favor, indique los nombres de otros niños en el hogar que estan en el Sistema Escolar de North Providence o niños en edad pre-escolar que eventualmente entrarán en el Kindergartea en North Providence. Por favor, utilice el reverso de este formulario si necesita espacio adicional

_____ _____ _____ _____ _____
Apellido Nombre F. de Nac. Escuela Grado

_____ _____ _____ _____ _____
Apellido Nombre F. de Nac. Escuela Grado

_____ _____ _____ _____ _____
Apellido Nombre F. de Nac. Escuela Grado

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, ***superintendente adjunta***
Lisa Casinelli, ***directora financiera***
Cynthia VanAvery, ***directora de Servicios Estudiantiles***
Matthew Hicks, ***director de Recursos Humanos***
David McNally, *director de datos*

COMITÉ ESCOLAR
Frank Pallotta, *presidente*
Roderick E. DaSilva, *vicepresidente*
Steven M. Andreozzi
Arthur Corsini
Anthony R. Marciano
Gina M. Picard
Charles F. Pollock Jr.

Departamento Escolar de North Providence
Formulario de divulgación de información/medios de comunicación
2023/ 2024

Estimado padre/tutor:

Complete el siguiente formulario y devuélvalo al Departamento Escolar de North Providence.

Entiendo que, en ocasiones, fotógrafos de prensa y camarógrafos de televisión pueden visitar la escuela para capturar imágenes y grabar noticias, además de interactuar con los estudiantes acerca de eventos escolares o temas relacionados con la educación. Asimismo, el Departamento Escolar North Providence (NPSD, por sus siglas en inglés) puede realizar fotografías y grabaciones con fines educativos. De la misma manera, los profesores y administradores pueden utilizar teléfonos u otros dispositivos para compartir fotografías y/o videos de los estudiantes en relación con tareas escolares, actividades extracurriculares, programas escolares, exhibiciones estudiantiles o presentaciones en las páginas web y redes sociales escolares apropiadas. Queda entendido que ni el NPSD ni sus representantes utilizarán dichas fotografías, entrevistas o imágenes con fines comerciales o para obtener beneficios económicos.
Indíquenos si desea negar o autorizar la inscripción de (su hijo) o del estudiante mencionado a continuación.

_____ Autorizo el uso de fotografías, grabaciones de video, videos y entrevistas de mi hijo por parte de los medios de comunicación y educadores en situaciones educativas o escolares. Estoy de acuerdo en que dichos materiales se utilicen en las cuentas de redes sociales de la escuela o el distrito.

_____ No autorizo el uso de fotografías, grabaciones de video, videos y entrevistas de mi hijo por parte de los medios de comunicación y educadores en situaciones educativas o escolares.

A través de este documento, otorgo mi consentimiento oficial al Departamento Escolar de North Providence para divulgar la información demográfica de mi hijo(a) a la(s) persona(s), organización(es) o agencia(s) indicada(s) a continuación. Reconozco que este formulario autoriza de manera oficial al Departamento Escolar de North Providence a compartir información de identificación personal de mi registro educativo con esta tercera parte, y eximo a dicha persona o entidad de cualquier responsabilidad por actuar de acuerdo con lo establecido en este documento.

Fuerzas Armadas de Estados Unidos
_____ No lo autorizo

Educación Superior
_____ Lo autorizo
_____ No lo autorizo

Público
____ Lo autorizo
____ No lo autorizo

Distrito
____ Lo autorizo
____ No lo autorizo

Le informamos que si no devuelve este formulario de autorización dentro de los próximos diez (10) días escolares a partir de la fecha de distribución, se considerará que ha sido aprobada la solicitud anteriormente mencionada.

Sírvase firmar y devolver este formulario.

Firma del padre/madre/tutor_____

Nombre del estudiante _____

Fecha _____ Grado _____ Clase _____

RESIDENCIA

Se requiere verificación de residencia para todos los registros.

**** Cada padre / tutor DEBE completar y notarizar la Declaración Jurada de Residencia de los Padres, independientemente de su situación de vida.**

Además de la Declaración Jurada de Residencia de los Padres, por favor proporcione lo siguiente basado en su residencia:

SI USTED ES DUEÑO DE SU RESIDENCIA

1. Estado de cuenta hipotecario
2. Una factura de servicios públicos (agua, electricidad o gas)
3.

SI ALQUILAS LA RESIDENCIA

1. Declaración jurada de residencia notarizada por parte del arrendador o propietario de la propiedad
2. Contrato de arrendamiento o carta notarizada por parte del arrendador o propietario de la propiedad con el nombre de los padres, el nombre del estudiante, la fecha de nacimiento del estudiante y la dirección que indique que usted vive allí
3. Una factura de servicios públicos (agua, electricidad o gas)

Si los servicios públicos están incluidos en su contrato de arrendamiento, debe indicarse en el contrato o en la carta escrita notarizada del arrendador o propietario

SI VIVES CON UN FAMILIAR QUE ES DUEÑO DE SU RESIDENCIA

1. Declaración jurada notarizada de residencia del propietario (entre el padre y el familiar que posee la propiedad)
2. Una carta notarizada del familiar que posee la propiedad con el nombre de los padres, el nombre del estudiante, la fecha de nacimiento del estudiante, la dirección que indique que usted está residiendo allí
3. El propietario/ miembro de la familia debe proporcionar su estado de cuenta hipotecario y una factura de servicios públicos (agua, electricidad o gas)
4. Una confirmación de cambio de dirección con la oficina de correos (U.S. Postal Service) o una carta confirmando la dirección (una factura de tarjeta de credito, banco o teléfono)
5.

SI VIVES CON UN FAMILIAR QUE ALQUILA LA RESIDENCIA

1. Declaración jurada notarizada de residencia por el propietario (el familiar/ propietario o arrendador de la propiedad)
2. Contrato de arrendamiento (el familiar/ propietario o arrendador de la propiedad)
3. Carta notarizada del propietario o arrendador con el nombre de los padres, el nombre del estudiante, la fecha de nacimiento del estudiante, y la dirección que indique que usted está residiendo allí
4. Una confirmación de cambio de dirección con la oficina de correos (U.S. Postal Service) o una carta confirmando la dirección (una factura de tarjeta de credito, banco o teléfono)

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

_____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 fisica 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)
A VISO: SI PROPORCIONA INFORMACIÓN FALSA BAJO JURAMENTO, SE LE ACUSAR4 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 Residéncia — Arrendador/ Arrendamiento Compartido/ Propietario

Como solicitante que presenta esta Declaración Jurada de residencia/arrendamiento, yo _____ 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): _____

Padres/ Tutores: El arrendador/ propietario debe completar lo siguiente y certificar la firma ante notario.

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 _____.

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 voluntad mes a mes
Nombre del estudiante

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): _____

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.

Residency Affidavit – Landlord/Shared Tenancies/Owner

I, _____, as the applicant submitting this Residency/ Landlord Affidavit, swear, under pains and penalties of perjury, that the information below is accurate and I understand that the information contained in this legal affidavit is subject to verification by a residency investigator.

_____
Parent/Guardian or Student over 18 Signature

Print Name: _____

Print Address: _____

Print Telephone Number: _____

Parent/ Guardian: ***The landlord/ property owner must complete the information below.*** ***Their signature must be notarized.***

My name is _____ and I hereby depose and certify as follows:
Landlord/Owner/Management Company of residence

Please complete all three items and sign below.

1. I am the owner/landlord/management company of property located at _____.
(Address where parent lives)

2. _____, who is the parent or legal guardian of
Parent/Guardian or Student over 18

_____, leases property as the primary residence from me, in a tenancy at will from month to month
Student Name

3. I hereby state that the party named above resides with me and/or at the address above.

Signed under the pains and penalties of perjury this _____ *day of* _____, *20* _____.

_____
Landlord/ Owner/ Management Company Signature

Print Name: _____

Print Address: _____

Print Telephone Number: _____

STATE OF RHODE ISLAND
COUNTY OF PROVIDENCE
OATH NOTARY

In _____ on this ____day of _____, 20_____, before me personally appeared _____ and after reading the above Affidavit and after first being placed under oath, did swear to the truth and accuracy of said Affidavit.

_____
Signature of Notary Public
Notary Commission Expires: _____

(FORM A)

NOTICE: IF YOU PROVIDE FALSE INFORMATION UNDER OATH YOU WILL BE REFERRED FOR PROSECUTION FOR PERJURY. A PERSON WHO IS FOUND GUILTY OF PERJURY MAY RECEIVE UP TO TWENTY YEARS IN JAIL.

SOLO PARA ESTUDIANTES ENTRANDO AL KINDERGARTEN
DEPARTAMENTO ESCOLAR DE NORTH PROVIDENCE

CUESTIONARIO PARA KINDERGARTEN

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento _____Sexo: M _____ F _____

1 . ¿Hubo algún retraso significativo en el desarrollo (sentarse, gatear, caminar, hablar, etc.)? ___Sí ___No

2. ¿Su hijo (a) está completamente entrenado para usar el baño? ___Sí ___No

3. ¿Ha sido entrenado su hijo (a) para lavarse las manos según sea necesario? ___Sí ___No

4. ¿Ha estado su hijo matriculado en un pre-escolar o en una guardería? ___Sí ___No En caso afirmativo, ¿Dónde?_____¿Cuánto tiempo?_____

5. ¿Ha asistido su hijo a un Child Outreach? ___Sí ___No Fecha de evaluación: _____

6. ¿Puede su hijo ponerse un abrigo o un suéter ___Sí ___No ¿Usar una cremallera? ___Sí ___No ¿Amarrar o abrochar los zapatos? ___Sí ___No

7. ¿Puede su hijo soplar su nariz sin ayuda cuando es necesario? ___Sí ___No

8. ¿El niño tiene hermanos? ¿Mayores? ____ ¿Menores?____ ¿El niño tiene hermanas? ¿Mayores? ____ ¿Menores? ____

9. ¿Se lleva bien su hijo con otros niños? ___Sí ___No

10. ¿Cómo describiría el comportamiento general o la personalidad de su hijo? _____

11. ¿Usa su hijo gafas? ___Sí ___No ¿Tiene su hijo dificultad de audición? ___Sí ___No

12. ¿Tiene su hijo alergias? ___Sí ___No En caso afirmativo, especifique el tipo de alergias _____

13. ¿Requiere su hijo un EpiPen (auto inyección de epinefrina) en caso de anafilaxia? ___Sí ___No

14. ¿Ha tenido su hijo ataques epilépticos, convulsiones o "episodios"? ___Sí ___No ¿Es su hijo diabético? ___Sí ___No

15. ¿Esta su hijo bajo el cuidado de un médico por una enfermedad aguda o enfermedad crónica? ___Sí ___No
En caso afirmativo, describa la condición en el reverso de este formulario.

16. ¿Esta su hijo tomando medicamentos? ___Sí ___No En caso afirmativo, ¿Cuál es el medicamento? _____

17. ¿Se debería prohibir a su hijo de alguna actividad? ___Sí ___No ¿Qué tipo de actividad? _____

18. Enumere un breve historial médico (enfermedades pre-escolares, operaciones, defectos de nacimiento o de habla, accidentes o otros datos importantes) en el reverso de este formulario.

19. ¿Desayuna su hijo (a)? ___Sí ___No ¿Almuerza?___Sí ___No

20. ¿Sabe su hijo (a) y es capaz de decir:

Su nombre y apellido? ___Sí ___No Su dirección? ___Sí ___No El nombre de sus padres? ___Sí ___No

Su número de teléfono? ___Sí ___NoSu número de teléfono privado? ___Sí ___No

21. ¿Es su hijo diestro? ___Sí ___No ¿Zurdo? ___Sí ___No ¿Ambidiestro? ___Sí ___No ¿Puede imprimir su nombre? ___ Sí ___No

22. ¿Reconoce los colores? ___Sí ___No ¿Las formas? ___Sí ___No ¿Números? ___Sí ___No ¿Letras? ___Sí ___No

23. ¿Su hijo puede usar crayones? ___Sí ___No ¿Las tijeras? ___Sí ___No ¿Usar pegamento? ___Sí ___No ¿Pintar? ___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 embmgo, 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 nonnativos.

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/KIDSNBT para que compartan los resultados y [as recomendaciones de la evaluación de mi hijo, incluyendo cualquier referencia de educación especial necesaria y la detenninación 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:_____ Nombro 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 recolnendaciones 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 hüo 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.

Formulario actualizado en febrero de 2021

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*
David McNally, *Director de Datos*

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 F. Pollock, Jr.

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, haga que su médico y dentista completen un examen físico y un formulario dental y que su hijo lo devuelva a la escuela.

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:_____

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: AsmaInfecciones de garganta (frecuentes)

___Enfermedad ósea o articular

___Diabetes

___Convulsiones

___Problemas de corazón

___Problemas renales

___Eczema

___Problemas dentales

___Infecciones del oído/conductos: Izquierdo Derecho Ambos

___Problemas menstruales

___Dolores de cabeza/migrañas

___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 º, 2 º, 3 º, 4 º, 5 º, 7º y 9º;
Audición- Pre-K, K, 1 º 2º y 3 º y cualquier estudiante nuevo sin examen auditivo Pltvio
Dental- Todos los estudiantes de Pre-K a 5 º y 7 ªgrado
Escoliosis, en los grados 6 º 7º y 8 º

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 provcedor de atención médica del estudiante.

DEPARTAMENTO ESCOLAR DE NORTH PROVIDENCE

Oficina de salud

Hoja de autorización de medicamentos

Nombre del estudiante: _____

Grado: _____ Profesor:_____

La enfermera de la escuela suministrará los siguientes medicamentos según se considere necesario:

- Tylenol (Acetaminofén) en la dosis apropiada para la edad
- Motrin (Ibuprofeno) en la dosis apropiada para la edad
- Tums, 1-2 tabletas
- Gotas para la tos, SOLO ESTUDIANTES DE ESCUELA MEDIA Y SECUNDARIA

De acuerdo con las políticas, estos medicamentos se suministran según sea necesario. Si su hijo continúa requiriendo estos medicamentos de manera rutinaria, será imprescindible que proporcione un formulario de autorización y consentimiento de medicamentos de North Providence completado y firmado por el proveedor de atención primaria del estudiante. Estos medicamentos deben ser transportados a la escuela por un adulto en un envase original, etiquetado con el nombre del estudiante.

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES O TUTORES

He leído y comprendido la Política de medicación de North Providence. Solicito que a mi hijo se le administre la medicación descrita anteriormente de acuerdo con dicha política. Entiendo que la escuela está prestando un servicio y mantengo plena responsabilidad por cualquier efecto resultante de la administración de dichos medicamentos.

NOTA: Su hijo no recibirá ninguno de los medicamentos anteriores hasta que la hoja de autorización de medicamentos esté registrada en nuestros expedientes.

Sírvase indicar las alergias que pueda padecer su hijo:_____

_____ _____

Firma del padre/ tutor Fecha