

**HYDE PARK CENTRAL SCHOOL DISTRICT  
STUDENT REGISTRATION**

11 BOICE ROAD, HYDE PARK, NY 12538  
Telephone: 845-229-4000, Extension 1600 or 1601

**LISTA DE CONTROL DE DATOS PARA LA INSCRIPCIÓN**

Apellido del estudiante: \_\_\_\_\_ Primer nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Escuela (Chequee una):  Netherwood  North Park  Ralph R. Smith  Violet Avenue  
 Haviland Middle School  FDR High School

Nombre de la persona que inscribe al estudiante: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

<b>DOCUMENTOS A PRESENTAR POR PADRE/TUTOR PARA COMPLETAR LA INSCRIPCIÓN:</b>	<b>(SOLO PARA USO OFICIAL) INICIALES DEL PERSONAL ↓</b>
<p><b><u>Prueba de domicilio</u></b> – La prueba aceptable de domicilio incluye uno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Factura actualizada de impuestos o título de la casa si el propietario vive en ella</li> <li>• Se acepta un contrato de compra de la casa si la casa se ha comprado recientemente y aún no está disponible la factura del impuesto inmobiliario o el título de la casa</li> <li>• Cuenta de alquiler verificable con adjunto de impuesto inmobiliario del arrendador</li> <li>• Declaración notarizada o carta del arrendador incluyendo su información de contacto y la factura del impuesto. El documento debe incluir los nombres de los ocupantes</li> </ul>	
<p><b><u>Prueba de nacimiento</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Certificado de nacimiento o Pasaporte</li> </ul>	
<p><b><u>Identificación con foto del padre/tutor</u></b> que inscribe al estudiante. Una de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Licencia de conducir</li> <li>• Pasaporte (debe estar actualizado)</li> <li>• Tarjeta de identificación expedida por el gobierno</li> </ul>	
<p><b><u>Prueba de inmunizaciones</u></b></p>	
<p><b><u>Reporte de examen físico</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Una carta de evaluación de salud de la oficina de su médico, o que el médico complete el Formulario de Evaluación de Salud</li> <li>• El examen físico debe haber sido administrado dentro de los 12 meses previos al primer día de entrada en la escuela</li> </ul>	
<p><b>IEP actualizado</b> (Plan Individual Educativo actualizado), si corresponde</p>	
<p><b>DS2999 formulario</b> (para niños en cuidado tutelar/<i>foster care</i>), si corresponde</p>	
<p><b>Documentos de la Corte</b> como Custodia, Orden de Protección, etc., si corresponde</p>	
<p><b>STAC 202</b>, si corresponde</p>	
<p><b>FORMULARIOS ADJUNTOS QUE DEBEN COMPLETARSE:</b></p>	
Formulario de Inscripción	
Formulario de Declaración de Domicilio	
Formulario de Enrolamiento / Cuestionario de Domicilio	
Formulario de Contacto de Emergencia	
FERPA	
Cuestionario de Lenguaje Hablado en el Hogar	

**Página en blanco**



# HYDE PARK CENTRAL SCHOOL DISTRICT

<b>HA ASISTIDO EL NIÑO ALGUNA VEZ A LAS ESCUELAS DE HYDE PARK ?:</b> <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	ESCUELA A QUE ASISTIO: _____	AÑO(S) EN QUE ASISTIO: _____
---	------------------------------	------------------------------

Distrito del cual se transfiere el niño/la niña: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

**CIRCULE LOS SERVICIOS DE APOYO QUE RECIBE SU HIJO(A):**  
 LECTURA MATEMATICA HABLA ENL OT PT EDUCACION ESPECIAL

INFORMACION CENSAL				
LA SIGUIENTE INFORMACION ES NECESARIO PARA MANTENER ACTUALIZADO EL CENSO ESCOLAR.				POR
FAVOR INCLUYA A TODOS SUS HIJOS DESDE EL NACIMIENTO HASTA LOS 18 YEARS, INCLIDO EL INSCRITO.				
NOMBRE DEL NIÑO	LUGAR DE NACIMIENTO	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO	ESCUELA
		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

NOMBRE DEL MEDICO (EN CASO DE EMERGENCIA): \_\_\_\_\_

NUMERO DE TELEFONO DEL MEDICO: \_\_\_\_\_

PREFERENCIA DE HOSPITAL: \_\_\_\_\_

TELEFONO DEL HOSPITAL: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Firma del Padre/Tutor** **Fecha**

**HYDE PARK CENTRAL SCHOOL DISTRICT**  
Administration Offices: P.O. Box 2033, Hyde Park, New York 12538-8033  
Telephone: (845) 229-4000  
[www.hpcsd.org](http://www.hpcsd.org)

**Aviva Kafka**  
Superintendent of Schools

**Gregory S. Brown, Ed.D.**  
Deputy Superintendent  
Phone: 845-229-4008

**Linda Steinberg**  
Assistant Superintendent for Finance & Operations  
Phone: 845-229-4009

---

## **DECLARACION DE DOMICILIO**

**Para recibir una educación pública gratuita, es necesario tener domicilio en el Hyde Park Central School District (Distrito central de las escuelas de Hyde Park). Si usted no vive en al Hyde Park Central School District, es la responsabilidad del distrito en el cual usted vive proveerle a su(s) hijo(s) un programa educativo.**

*Los alumnos sin hogar ("homeless") pueden, pero NO TIENEN OBLIGACION DE completar este formulario. Estos alumnos están protegidos bajo la ley McKinney-Vento, y tienen derecho a la inscripción inmediata o continua. Si usted piensa que es sin hogar ("homeless"), o en una vivienda compartida por dificultades económicas ("doubled-up"), por favor llame al intermediado LEA lo más pronto posible, en el 845-229-4050.*

Afirmo por la presente, bajo pena de perjurio, que la información aquí presentada es verdadera y correcta. Entiendo que si se descubre que alguna información relevante presentada no es verdadera, se le notificará al fiscal de la escuela para otras acciones legales.

Entiendo que si más adelante se determina que el niño(a) que asiste a la escuela del *Hyde Park Central School District* no tiene derecho a una educación gratuita, yo voy a reembolsar al *Hyde Park Central School District* el importe de cualquier matrícula o cuota de registro.

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre de Padre/Tutor (POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA CLARA):  
\_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

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

**Página en blanco**



**Página en blanco**



# INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA

NOMBRE DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_

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

DIRECCION: \_\_\_\_\_

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

MAESTRO: \_\_\_\_\_ SALON HOGAR: \_\_\_\_\_

Ruta de autobús: \_\_\_\_\_ (determinada por el departamento de Transporte)

## INFORMACION DE PADRES/TUTORES:

El estudiante vive con (Marque todos que correspondan): \_\_\_ Madre \_\_\_ Padre \_\_\_ Otro

(Si marcó "otro," explique): \_\_\_\_\_

### Padre/Tutor Número 1 (PERSONA A CONTACTAR PRIMERO)

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono para llamar 1° : \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono para llamar 2° : \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono para llamar 3° : \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Hogar \_\_\_ Trabajo \_\_\_

### Padre/Tutor Número 2 (PERSONA A CONTACTAR SEGUNDO)

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_ Relación con el estudiante \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono para llamar 1° : \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono para llamar 2° : \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono para llamar 3° : \_\_\_\_\_ Tipo de teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_ Hogar \_\_\_ Trabajo \_\_\_

## PERSONAS A LLAMAR SI LOS PADRES/TUTORES NO ESTAN DISPONIBLES:

1. NOMBRE: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA: \_\_\_\_\_

TELEFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

(CONTINUA AL DORSO)

2. NOMBRE: \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante: \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA: \_\_\_\_\_

TELEFONO CELULAR: \_\_\_\_\_

**INFORMACION MEDICA**

Nombre de médico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Su preferencia del Hospital: \_\_\_\_\_

CUALQUIER PROBLEMA ESPECIAL DE SALUD (por ej., alergias, etc.)?    Sí     No

Si marcó Sí, por favor expliquen:

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

Lista de medicamentos actuales:

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_
- 4. \_\_\_\_\_

**SALIDA TEMPRANA POR EMERGENCIA**

En caso de una salida temprana por emergencia durante el día escolar, ¿Adónde se debe llevar a su hijo(a)?    \_\_\_\_\_ A CASA    \_\_\_\_\_ A UN LUGAR ALTERNATIVO

NOTA: el lugar alternativo *tiene que* estar dentro de la zona de asistencia de su escuela.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_    Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Nombre de Padre o Madre en letra clara: \_\_\_\_\_

Firma de Padre, Madre o Tutor Legal

Fecha

C: Main Office / Transportation / Guidance Office / School Nurse

**HYDE PARK CENTRAL SCHOOL DISTRICT**

Administration Offices: P.O. Box 2033, Hyde Park, New York 12538-8033  
Telephone: (845) 229-4000  
[www.hpcsd.org](http://www.hpcsd.org)

**Aviva Kafka**  
Superintendent of Schools

**Gregory S. Brown, Ed.D**  
Deputy Superintendent  
Phone: 845-229-4008

**Linda Steinberg**  
Assistant Superintendent for  
Finance & Operations Phone:  
Phone: 845-229-4009

**FERPA – REVELACIÓN DE INFORMACIÓN**

El propósito de la ley de Derechos Educativos y Privados de la Familia, FERPA (por sus siglas en inglés) es proteger la privacidad de la información concerniente a los estudiantes individuales, estableciendo ciertas restricciones a la revelación y divulgación de "información fuera de directorio", contenida en los récords educativos de los estudiantes. Yo entiendo que tengo el derecho de no consentir a la revelación de mis récords educativos y que tengo el derecho de recibir una copia de esos récords si los solicito.

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**(en letra de imprenta)**

Yo, el abajo firmante, por la presente autorizo al Distrito Escolar Central Hyde Park ("Distrito") a solicitar los siguientes récords educativos:

Récords educativos

Récords de salud

IEP

Evaluación psicológica

Todos los reportes de evaluación

\_\_\_\_\_

A la siguiente Persona y/o Agencia:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Enviar FAX récords a:

**RR Smith Elementary School**

Phone: 845-229-4060

**Fax: 845-229-2828**

**Violet Avenue School**

Phone: 845-486-4499

**Fax: 845-486-7796**

**Netherwood Elementary School**

Phone: 845-229-4055

**Fax: 845-229-2797**

**North Park Elementary School**

Phone: 845-229-4060

**Fax: 845-229-5655**

**Haviland Middle School**

Phone: 845-229-4030

**Fax: 845-229-4038**

**FDR High School**

Phone: 845-229-4020

**Fax: 845-229-2181**

**Special Education Dept.**

Phone: 845-486-4499

**Fax: 845-229-2933**

Entiendo que esta autorización permanecerá vigente desde hoy hasta \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

También entiendo que será necesario enviar una solicitud escrita al Distrito para revocar esta autorización; pero que dicha revocación no afectará revelaciones anteriores hechas por el Distrito previas a la revocación de esta autorización.

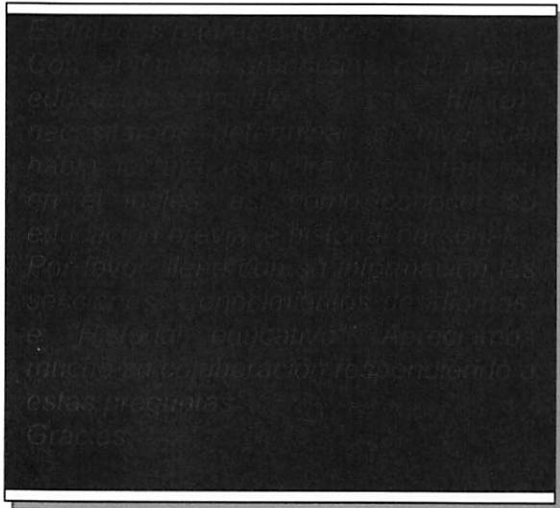
Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma del Estudiante Elegible: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Página en blanco**

**HYDE PARK CENTRAL SCHOOL DISTRICT**

**Cuestionario de Idioma del Hogar (“HLQ” por sus siglas en inglés)**



<b>Por favor escriba con claridad al completar esta sección.</b>		
<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>		
<i>Nombre</i>	<i>Segundo nombre</i>	<i>Apellido</i>
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>GÉNERO:</b>
		<input type="checkbox"/> Masculino
<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>
		<input type="checkbox"/> Femenino
<b>INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL</b>		
<i>Apellido</i>	<i>Primer Nombre</i>	<i>Relación con el estudiante</i>

CÓDIGO DEL  
IDIOMA DEL HOGAR

--

**Conocimientos de idiomas**

*(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)*

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Padre	_____
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)		_____
			<i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____
			<i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe hablar
			<i>especifique</i>
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe leer
			<i>especifique</i>
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> No sabe escribir
			<i>especifique</i>

<b>SCHOOL DISTRICT INFORMATION:</b>	<b>STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:</b>
<i>District Name (Number) &amp; School</i>	<i>Address</i>

## Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

### Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: \_\_\_\_\_

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Sí\*  No  No se sabe  \* En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales?  Poca gravedad  Algo grave  Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial?  No  Sí\* \* Por favor, llene 10b.

10b. **\*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación.** ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

No  Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió:

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana)  3 a 5 años (Educación Especial)  6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)?  No  Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?

(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? \_\_\_\_\_

Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

*Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal*

*Date*

Relación con el estudiante:  Madre  Padre  Otra: \_\_\_\_\_

#### OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: \_\_\_\_\_ POSITION: \_\_\_\_\_

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

#### NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: \_\_\_\_\_ POSITION: \_\_\_\_\_

ORAL INTERVIEW NECESSARY:  No  Yes

\*\*DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

Mo. DAY YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

- ADMINISTER NYSITELL  
 ENGLISH PROFICIENT  
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

#### NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: \_\_\_\_\_ POSITION: \_\_\_\_\_

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

Mo. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

- ENTERING  EMERGING  TRANSITIONING  EXPANDING  COMMANDING

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

**HYDE PARK CENTRAL SCHOOL DISTRICT**  
Administration Offices: P.O. Box 2033, Hyde Park, New York 12538-8033  
Telephone: (845) 229-4000– FAX: (845) 229-4056  
[www.hpcsd.org](http://www.hpcsd.org)

**Aviva Kafka**  
Superintendent of Schools

**Gregory S. Brown, Ed.D.**  
Deputy Superintendent  
Phone: 845-229-4008

**Linda Steinberg**  
Assistant Superintendent for  
Finance & Operations  
Phone: 845-229-4009

### **Derechos Parentales en la Derivación y Evaluación para Programas de Servicios de Educación Especial**

El Distrito Escolar Central Hyde Park ofrece apoyo a los estudiantes que reciben educación general, como por ejemplo: servicios psicológicos, modificaciones de instrucción y curriculares y Servicios de Intervención Académica (AIS por su sigla en inglés). Si las intervenciones no resultaran exitosas, el equipo de Respuesta a la Intervención de la escuela de su niño podría referirlo al Comité de Educación Especial (CSE por su sigla en inglés). En adición, los padres y tutores tienen el derecho de referir a sus niños al Comité de Educación Especial (CSE).

Una derivación (*referral*) es una declaración escrita en la que se solicita al distrito escolar la evaluación de su niño(a) para determinar si él o ella necesitan servicios de educación especial. Esta declaración escrita debe dirigirse a:

Heather Dennis  
Director of Special Education  
(Directora de Educación Especial)  
PO Box 2033  
Hyde Park, NY 12538

Es un requisito que el principal de la escuela se ofrezca a discutir con usted otras maneras de ayudar a su niño. Como resultado de esa discusión, usted tiene la posibilidad de retirar su derivación o pedir que el proceso de derivación continúe.

Información adicional está disponible on line, en inglés y español, en un documento llamado *A Parent's Guide to Special Education* en [www.nysed.gov](http://www.nysed.gov).

**DECLARACIÓN DE NUESTRA MISIÓN:** El Distrito Escolar Central Hyde Park empodera a nuestra comunidad para que aspire a la excelencia y abrace las oportunidades de un mundo globalmente interconectado.