

Internet Aplicación

Distrito Escolar de la Ciudad de Unión City

4405 Avenida Palisade, Ciudad de Unión City, Nueva Jersey 07087

Tel: 201-392-3629 o 3639 Fax: 201-863-5565

A toda persona que registra a un niño/a. El paquete de registro deberá ser escrito con **PLUMA** (bolígrafo)

En el momento de matrícula, *deben de presentar los originales de los documentos siguientes*

En momento de registración todo ALUMNO DE 5 AÑOS a ADOLOCENTE DEBEN ESTAR PRESENTE

"PRUEBA DE RESIDENCIA" LOS ARTICULOS DEBEN SER PROPORCIONADOS PARA PROCESAR LA INSCRIPCION
Es necesario para establecer la residencia de los padres o tutor legal con su nombré y dirección en el documento.

SELECCIONE DOS (2) PRUEBAS

Ordenes judiciales, acuerdos de agencias estatales, las colocaciones de la agencia judicial o directivas.

- O-** Beneficios estatal de empleo o reclamos de desempleo, incluyendo la tarjeta de beneficios de salud o documentos estatal de asistencia social
- O-** Utilidad: PSE&G, Agua o Cable
- O- Propietario de la PROPIEDAD:** Proyecto de impuestos de la propiedad, o título de propiedad, o los contratos de compraventa, la hipoteca, o otras evidencias de propiedad a nombre del dueño. Incluyendo: PSE&G, Agua o Cable
- O- Inquilino de apartamento:** El arrendamiento o carta notariada del acuerdo escrito por el propietario de la propiedad incluyendo el recibo del alquiler y comprobante del depósito demostrando la dirección de propiedad alquiler
- O-** Evidencia de las circunstancias que demuestran la familia con dificultades económica, o que demuestre la residencia temporal, tales como informes médicos, consejero o evaluaciones de asistencia social, Beneficios Estatal de empleo o reclamos de desempleo, incluyendo la tarjeta de beneficios de salud o documentos estatal del Welfare.
- O-** Declaraciones juradas, certificaciones o certificados de juramentados relativos a criterios establecidos por ley para la enseñanza escolar de los padres, tutor, persona que guarde un "estudiante declaración jurada," el estudiante adulto, persona (s) con quien la familia está viviendo, o otros, según corresponda.
- O-** Tarjeta de votante
- O-** Los documentos militares del estado y asignación

Nota: Si el apellido del alumno difiere del apellido del padre(s), prueba de la familia se requiere. Cambio de nombre de los padres debe ser documentado. (Por ejemplo, Certificado de Matrimonio o Divorcio.)

"Certificados del alumno" Certificado de Nacimiento, 0 Bautismo

- Y - Registro de Vacunas** mostrando todas las vacunaciones estén al día.
(Prueba cutánea de tuberculina Prueba Mantoux método de PPD). Los alumnos no podrán inscribirse hasta después del examen de la tuberculina se ha leído y que el médico o clínica ha proporcionado los resultados escritos.
- Y - Si la prueba tuberculina es positivo, el estudiante deberá proporcionar prueba del tórax normal y los rayos X o prueba de el tratamiento con medicamentos incluyendo la dosis, fecha de inicio y la fecha cuando completó tratamiento.**
- Y - Resultado del examen físico "State of New Jersey Physician Form for Unión City"**
- Y - Tarjeta de Traslado y Transcripción.** Además de los archivos escolares de escuela de verano, Primarias o Intermedia.
(Para el éxito académico tanto la tarjeta de Traslado y la transcripción incluyendo el formulario de retiro de la escuela anterior ayudar a nuestros consejeros colocar a su hijo (a) en la clase más apropiado.)

Acomodación Especiales

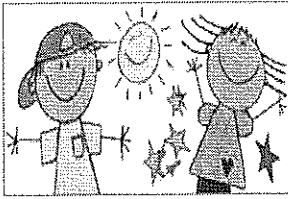
Si el alumno recibe Acomodación especiales y tiene un IEP traiga los documentos actuales que describen lo servicios que el alumno requiere.

La totalidad de la información y la documentación que usted ofrece será considerada en la evaluación de una aplicación y, a menos que expresamente requerida por la ley, el estudiante no se le negará la inscripción en base a su incapacidad para proporcionar cierta forma (s) de la documentación en la que se presentó otra evidencia aceptable.

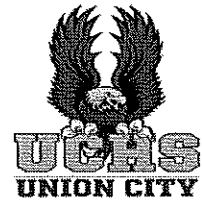
"Requisitos legales" El documento original judicial sobre tutela debe estar firmada y sellada por un juez.
"Guardián" se refiere a la persona a quien una corte de la jurisdicción competente ha concedido custodia o custodia de un menor, siempre que una orden de custodia residencial dará derecho a que un niño asistan a la escuela en tema la guardián residencia Distrito Escolar a la presunción refutable de que el niño viviendo realmente con guardián legal que también significa el del Departamento de Niños y la Familia a efectos de ley. NJS 18A: 38-1 (e)

"Pre - Escolar"

EL alumno deben ser de la edad 3, 4 o 5 años en o antes del Primero de septiembre y se recomienda ir al baño solos



Junta de Educación de la ciudad de Unión City
Oficina Central De Inscripción Internet Aplicación
 4405 Avenida Palisade, Unión City, Nueva Jersey 07087
Formulario de Información para el registro en escuela publica
Escribir claramente y legible con pluma



Estudiante edad cinco (5) años a adolescentes deben estar con uno de los padres/guardián legal en el momento de la inscripción

Información de estudiante:

(Apellido) _____ (Nombre): _____ (Inicial del segundo nombre) _____
 Dirección: _____ Apto. _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F Edad: _____
 Lugar de nacimiento : Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

Información sobre la escuela anterior: (SI ES APLICABLE DEBE SER LLENADO)

Nombre: _____ Grado: Actual _____ o Terminado _____
 Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código de área: _____
 Número de Teléfono _____ y facsímil: _____

Ha asistido el alumno a una escuela de Unión City? No SI (proporcione información abajo)

Nombre de la Escuela: _____ Grado que asistió: _____ Año que asistió: _____

Nombre de la persona matriculando estudiante: _____ Relación al estudiante: _____
 Cuanto tiempo vive usted en esta dirección?: _____ Que idioma habla la persona registrando el estudiante? _____

Información de los padres:

****Madre:***

(Apellido): _____ (Nombre): _____ (Apellido de Soltera): _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ País: _____ Fallecido: indique año: _____
 Dirección: _____ Apto. _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Número de Teléfono: _____ y Celular: _____

****Padre:***

(Apellido): _____ (Nombre): _____
 Fecha de nacimiento: ____/____/____ País: _____ Fallecido: indique año: _____
 Dirección: _____ Apto. _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Número de Teléfono: _____ y Celular: _____

Nombre de Hermano/s: _____ Edad: _____ Escuela que asiste: _____ Grado: _____

Nombre de Hermana/s: _____ Edad: _____ Escuela que asiste: _____ Grado: _____

Quién tiene la custodia del alumno? Madre Padre Guardián Legal DYFS
 Si usted es el guardián legal del estudiante, usted debe presentar todo los documentos originales de una Corte de los Estados Unidos con el sello y firma del juez.

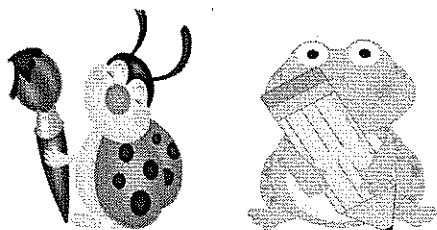
Información del Guardián legal:

(Apellido): _____ (Nombre): _____
 Dirección: _____ Apto. _____ Ciudad: _____ Estado: _____
 Número de Teléfono: _____ y Celular: _____

*Necesita el estudiante algún acomodación especial? Si No (Marco SI) deberá proporcionar todos los alojamientos.

Firma del Padre o Guardián legal: _____ Fecha: _____

Estudiante edad Cinco años a Adolescentes deben estar con los padres O guardián legal en el momento de inscripción



Junta de Educación de la ciudad de Unión City

Oficina Central de inscripción

4405 Avenida Palisade, Unión City, Nueva Jersey 07087

P: (201) 392-3629 0 3639 Fax: (201) 863-5565

Formulario de Información para el registro en escuela publica

Escribir claramente y legible con pluma

Estudiante edad cinco (5) años a adolescentes deben estar con uno de los padres/guardián legal en el momento de la inscripción

Información de estudiante:

(Apellido) _____ (Nombre): _____ (Inicial del segundo nombre) _____

Dirección: _____ Apto. _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M F Edad: _____

Lugar de nacimiento : Ciudad: _____ Estado: _____ País: _____

Información sobre la escuela anterior: (SI ES APLICABLE DEBE SER LLENADO)

Nombre: _____ Grado: Actual _____ o Terminado _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código de área: _____

Número de Teléfono _____ y facsímil: _____

Ha asistido el alumno a una escuela de Unión City? No SI (proporciona información abajo)

Nombre de la Escuela: _____ Grado que asistió: _____ Año que asistió: _____

Nombre de la persona matriculando estudiante: _____ Relación al estudiante: _____

Cuanto tiempo vive usted en esta dirección?: _____

Información de los padres:

*Madre:

(Apellido): _____ (Nombre): _____ (Apellido de Soltera): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ País: _____ Fallecido: indique año: _____

Dirección: _____ Apto. _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Número de Teléfono: _____ y Celular: _____

*Padre:

(Apellido): _____ (Nombre): _____

Fecha de nacimiento: ____/____/____ País: _____ Fallecido: indique año: _____

Dirección: _____ Apto. _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Número de Teléfono: _____ y Celular: _____

Nombre de Hermano/s: _____ Edad: _____ Escuela que asiste: _____ Grado: _____

Nombre de Hermana/s: _____ Edad: _____ Escuela que asiste: _____ Grado: _____

Quién tiene la custodia del alumno? Madre Padre Guardián Legal DYFS

Si usted es el guardián legal del estudiante, usted debe presentar todo los documentos originales de una Corte de los Estados Unidos con el sello y firma del juez.

Información del Guardián legal:

(Apellido): _____ (Nombre): _____

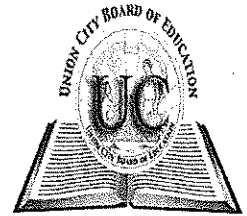
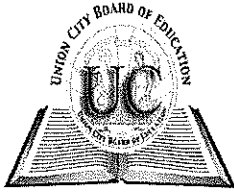
Dirección: _____ Apto. _____ Ciudad: _____ Estado _____

Número de Teléfono: _____ y Celular: _____

*Necesita el estudiante algún acomodación especial? Si No (Marco SI) deberá proporcionar todos los alojamientos.

Firma del Padre o Guardián legal: _____ Fecha: _____

Estudiante edad cinco (5) años a adolescentes
deben estar con uno de los padres/guardián legal en el momento de la inscripción



**Escuelas Publicas
De La Ciudad de Unión City
Oficina de Educación Bilingüe y ESL**

ENCUESTRA SOBRE EL IDIOMA HABLADO EN EL HOGAR_a

Favor de contestar las siguientes preguntas:

Nombre del Alumno: _____ Fecha de Entrada a E.U. _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento: _____

Favor de escribir cada respuesta en UN SOLO IDIOMA.

1. Que idioma utiliza su hijo al comenzar a hablar? _____
2. Que idioma utiliza usted con mayor frecuencia cuando les habla a su hijo en el hogar? _____
3. Que idioma utiliza su hijo/hija con mayor frecuencia cuando les habla a usted en el hogar? _____
4. Que idioma utiliza su hijo/hija con mayor frecuencia cuando les habla a sus hermanos? _____
5. Que idioma utiliza su hijo/hija con mayor frecuencia cuando les habla a sus otros familiares? _____
6. Que idioma utiliza su hijo/hija con mayor frecuencia cuando les habla a sus amigos en el hogar? _____

Firma del Padre/Madre o Tutor

Fecha

Estimados Padre o Tutor:

Como podrán ustedes ver, este cuestionario (cuya devolución es obligatoria) esta relacionado con el idioma hablado en el hogar.

Al fin de proveer mejores programas de instrucción para sus hijos y como requisito de la Ley Estatal de Educación Bilingüe de 1975 y de la Regulación Federal de la Corte Suprema 1974 (Lau contra Nicholas), estamos solicitando de los padres con niños en las escuelas publicas, que llenen este cuestionario. Esto es mandatorio.

Silvia Abbato

Silvia Abbato
Superintendente de las Escuelas

For office use only:

LAU: _____

ETH: _____

Grade: _____



La Junta de Educación de Unión City
Oficina de Registración



PERMISO PARA EXAMEN MEDICO

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____
(mes) (día) (año)

Los siguientes servicios serán ofrecidos a todos los nuevos estudiantes y solo en aquellos grados recomendados por el *Departamento de Educación del Estado de Nueva Jersey*.

- Historia Clínica del Estudiante
- Evaluación de Vacunas
- Altura y Peso
- Examen de la Tuberculina
- Examen de Escoliosis
- Examen Visual
- Examen de Oídos
- Presión Sanguínea (Atletas)

Los exámenes médicos para los estudiantes serán ofrecidos separadamente a través del curso escolar. Si el padre/madre/guardián legal no puede estar presente, la enfermera y la maestra estarán presente cuando el estudiante sea examinado/a por el Doctor de la escuela. Se les aconseja a los padres que asistan, si es posible.

Si usted desea los resultados del examen físico realizado por la escuela, por favor comuníquese con la enfermera de la escuela para obtener los resultados. En caso de que sea necesario otro examen o tratamiento, la enfermera de la escuela estará disponible para cualquier consulta/consejo.

Por favor de seleccionar solamente uno con una marca y su firma abajo con la fecha.

___ Yo, **CONCEDO** permiso al Departamento Medico de la Junta de Educación de Unión City de hacerle los exámenes indicados arriba a mi hijo(a).

Firma del Padre/Guardián

Fecha

___ Yo, **NO** concedo permiso el Departamento Medico de la Junta de Educación de Unión City da hacerle los exámenes a mi hijo(a). Es Absolutamente mi responsabilidad obtener estos servicios de mi Doctor privado y suministrarle los resultados a la enfermera de la escuela.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Gracias por su cooperación en ayudarnos para mantener y ofrecer el mejor servicio a su hijo(a) en nuestras escuelas.

SUPERINTENDENTE DE ESCUELAS

SOLAMENTE PARA USO DE LA OFICINA

ESCUELA _____ No. De Aula _____



Departamento de Salud de Nueva Jersey
REQUERIMIENTOS MÍNIMOS DE VACUNAS PARA LA ASISTENCIA ESCUELAS EN NUEVA JERSEY
N.J.A.C. 8: 57-4: VACUNACIÓN DE ALUMNOS EN LA ESCUELA PUBLICAS
AVISO A LOS PADRES
RESPECTO DEFICIENCIAS DE VACUNACION

Nombre del estudiante: _____ Aula: _____

Los documentos de salud de su niño(a) demuestran que las vacunas requeridas por la escuela son incompletas. A continuación le indicaremos las vacunas que necesitan.

Name of Child (Last, First, M.I.)		Date of Birth (Mo/Day/Yr)	Sex <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
PARENT OR GUARDIAN	NAME	TELEPHONE NO.	
	ADDRESS		

VACCINE TYPE	1st Dose Mo/Day/Yr	2nd Dose Mo/Day/Yr	3rd Dose Mo/Day/Yr	4th Dose Mo/Day/Yr	5th Dose Mo/Day/Yr
DIPHTHERIA, TETANUS, PERTUSSIS (DTaP) or any combination (If Td or DT, indicate in corner box)					
Tdap					
POLIO - INACTIVATED POLIO VACCINE (IPV) If oral vaccine, indicate (OPV) in corner box					
MEASLES, MUMPS, RUBELLA (MMR)					
HAEMOPHILUS B (HIB)**					
HEPATITIS B					
VARICELLA					
PNEUMOCOCCAL CONJUGATE **					
MENINGOCOCCAL					
HEPATITIS A ***					
HPV (HUMAN PAPILLOMAVIRUS) ***					
OTHER					

Document below single antigen vaccine receipt, serology titers, or varicella disease history

Hepatitis B	Date:	Titer:
Varicella	Date:	Titer:
Measles	Date:	Titer:
Mumps	Date:	Titer:
Rubella	Date:	Titer:

Si usted tiene los resultados que demuestran que estas vacunas fueron aplicadas, tiene que presentar los resultados lo mas rápido posible. Esta información será transferida a los archivo de la escuela. (Las fechas aproximadas de las vacunas son requeridas)

Las regulaciones de vacunas permiten que su niño(a) asistan provisionalmente a la escuela si es solicitado. Si su niño(a) requiere mas de una visita al medico para completar estos requisitos, el centro local de salud o nuestro medico puede completar la forma adjunta. De no cumplirse con los requisitos del Estado puede prevenir que su niño(a) asista a la escuela.

Firma de la Enfermera de la Escuela _____ Numero de teléfono _____ Fecha _____

Señale si tiene alguna de estas formas: Contradicciones Medicas Excepciones de Religión

Solicitud de Admisión Provisional

Nombre del niño(a): _____ Aula: _____

Yo solicito que mi niño(s) sea admitido(a) provisionalmente hasta cumplir con los requisitos de vacunas. Yo afirmo que las vacunas requeridas serán aplicadas de acuerdo con el turno obtenido por nuestro medico de familia o centro de salud local.

Firma del Padres/Guardián _____ Numero de teléfono _____ Fecha _____

Las series de vacunas de este alumno han sido iniciadas y están en proceso de cumplirse. Yo tengo una cita y estoy de acuerdo de proveer las vacunas que faltan. Todos los requisitos serán completados en la fecha: _____

Expiración de asistencia provisional (no excederse de un año)

Firma del medico _____	Dirección _____	Estampado del medico _____
------------------------	-----------------	----------------------------



Ciudad de Unión City Escuela Publicas
Departamento de Educación Especial
3912 Bergen Turnpike



**Formulario de Consentimiento de los Padres Medicaid Educación Especial Iniciativa
(SEMI)**

Nuestro distrito escolar participa en el programa de Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en ingles), que permite a los distritos escolares facturar al programa de salud Medicaid por servicios que se ofrecen a los estudiantes.

De acuerdo con la Ley federal sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en ingles), 34CFR&99.30 y la Sección 617 de la Parte B de la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (ODEA, por sus siglas en ingles) sobre requisitos de consentimiento en 34 CFR&300.622, se necesita un consentimiento único antes de poder acceder a beneficios públicos.

Este consentimiento establece que los datos personales de su hijo(a), tales como su historial en la escuela o información acerca de los servicios que le son proporcionados, incluyendo las evaluaciones y los servicios especificados del Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en ingles) que recibe su hijo(a) (terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, terapia psicológica para estudiantes, audiología, enfermería, y transporte especializado), pueden ser revelados al programa Medicaid y al Departamento del Tesoro con el fin de recibir el reembolso de Medicaid en el distrito escolar.

Como padre/tutor del menor nombrado(a) abajo, doy permiso para que se revele la información descrita anteriormente; así como entiendo y acepto que Medicaid puede tener acceso a los beneficios públicos o seguros de mi hijo(a) o míos para pagar los servicios de educación especial y relacionados al amparo de la Parte 300 (servicios bajo IDEA).

Nombre del niño(a): _____

Fecha de nacimiento del niño(a): ____ / ____ / ____

ID del Estado NJ: _____ ID Local: _____

Padre/Tutor: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Doy mi consentimiento para facturar al SEMI: Si No

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, poniéndose en contacto con el administrador de la escuela de su hijo(a).

JUNTA DE EDUCACION DE UNION CITY
OFICINA DE TECNOLOGIA
3912 BERGEN TURNPIKE
UNION CITY, NJ 07087
(201) 348-5770

Recolección de Datos del Estudiante

Por favor llene esta encuesta para coleccionar los datos del estudiante. Su cooperación es muy apreciada. Esta encuesta es requerida/exigida por el Departamento de Educación del Estado de Nueva Jersey y debe ser llenada por todos los estudiantes de Unión City. Esta encuesta puede afectar los futuros fondos a las escuelas.

Información del Estudiante:

Apellido: _____

Nombre: _____

Segundo Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Ciudad y Estado donde nació: _____

País donde nació: _____

Origen étnico: (por favor circule uno) Hispano/ Latino: **Si o No**

Por favor responda **SI**, si el estudiante es de origen o cultura cubana, puertorriqueña, suramericana o centroamericana, o de cualquier otro origen o cultura hispana, sin importar la raza. Responda **NO**, si no es Hispano o Latino

RAZA: Por favor marque todos los que le aplican.

- Indio Americano o Nativo de Alaska _
- Asiático
- Negro / Africano Americano
- Nativo de Hawái o de Islas del Pacifico
- Raza Blanca/Caucasiano

Situación militar: (Circule uno)

- Militares no Conectado
- Militar activo (ejército, armada, fuerza aérea, Infantería de marina o Guardacostas)
- Guardia nacional o reserva (ejército, armada, fuerza aérea, Infantería de marina o Guardacostas)
- desconocido

Información de Salud:

Fecha del ultimo examen medico: _____

Fecha del ultimo examen de sangre para detectar plomo: _____

Fecha de Vacunas contra el Polio:

Usted tiene Seguro Medico: Si o No

Si su respuesta es **SI**, nombre de la Compañía de Seguro Medico: _____

UNION CITY PUBLIC SCHOOLS PHYSICIAN FORM

TO BE COMPLETED BY THE FAMILY PHYSICIAN AND RETURNED TO SCHOOL PRIOR TO OR ON THE FIRST DAY OF SCHOOL.

O--Indicates Normal
OX-- Indicates Abnormal

Child's Name _____ Date of Birth _____ Sex _____
 Address _____ Telephone No. _____
 Height _____ Weight _____ Blood Pressure _____
 General Appearance _____ Skin _____ Speech _____
 Teeth _____ Thyroid _____ Abdomen _____ Urine _____
 Nose _____ Thorax _____ Genitalia _____ Rectal _____
 Throat _____ Breast _____ Hernia _____ Nutrition _____
 Tonsils _____ Lungs _____ Extremities _____
 Glands _____ Heart _____ Feet _____
 Cervical _____ Murmur _____ Scoliosis _____

Development assessment _____

Neurological assessment _____

Other disease history _____

History of accidents (dates) _____

Serious Injury (dates) _____

Taking any Medication _____ Allergic to any Medication _____

Was child ever hospitalized? Yes No If yes, when? _____

Where? _____ Why? _____ Surgical Procedures? _____

VISION: (check one) glasses _____ Acuity _____
 glasses _____ Musc. Bal. _____
 Fusion _____
 Plus Lens _____

FAR		NEAR	
R	L	R	L

HEARING

	1000	2000	4000	5000
RIGHT				
LEFT				

FAILURE + - PASSING IS AT 25 DB

TB Screening (Mantoux Test)
 Date: _____ Tested _____ Read _____ Result (MM) _____

Any reason the child should not take physical training? (If yes, doctor certificate is required).

Remarks: _____

Doctor's Signature _____ Date _____

Note: Doctor, please attach your prescription blank stating that you have examined the above child and a copy of the immunization record.