

ЦЕНТР ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ (NYCEEC) ПРОГРАММА PRE-K ПОЛНОГО ДНЯ РЕГИСТРАЦИОННАЯ ФОРМА – 2019-2020 УЧ. Г.

ИНСТРУКЦИИ:

Заполняйте разборчиво, печатными буквами, синей или черной ручкой. Заявление могут подавать только родители/опекуны, проживающие в г. Нью-Йорке. Подпишите и сдайте регистрационную форму непосредственно в интересующий вас центр NYCEEC. Сделайте для себя копию этой формы. Список дошкольных центров NYCEEC помещен в Справочнике Pre-K (Pre-Kindergarten Directory). За Справочником обращайтесь в школу, в NYCEEC или на сайт: nyc.gov/prek.

НАЗВАНИЕ ЦЕНТРА NYCEEC: _____

Часть А: ИНФОРМАЦИЯ ОБ УЧАЩЕМСЯ – Заполнять ручкой печатными буквами.			
ФАМИЛИЯ УЧАЩЕГОСЯ	ИМЯ УЧАЩЕГОСЯ	ДАТА РОЖДЕНИЯ (мм/дд/гггг)	ПОЛ (указывать необязат)
		/ / 2015	<input type="checkbox"/> М <input type="checkbox"/> Ж
НЫНЕШНИЙ АДРЕС УЧАЩЕГОСЯ (№ дома, улица, № квартиры, город, штат, индекс)		ОКРУГ ПРОЖИВАНИЯ (указывать необязательно)	

Раздел В: НЕОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ – Заполнять ручкой печатными буквами			
МЕДИЦИНСКАЯ СТРАХОВКА			
Есть ли у ребенка медицинская страховка?			
<input type="checkbox"/> Да	Если ДА, указать тип страховки.	<input type="checkbox"/> Частная страховка	<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Child Health Plus B
<input type="checkbox"/> Нет	Если НЕТ, хотели бы вы получить информацию о возможностях страхования?	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет
ЯЗЫК ДОМАШНЕГО ОБЩЕНИЯ			
На каком языке вы предпочитаете получать устную и/или письменную информацию о приеме в Pre-K? Отметьте все подходящие варианты:			
<input type="checkbox"/> Англ	<input type="checkbox"/> Араб	<input type="checkbox"/> Бенгал	<input type="checkbox"/> Китайс <input type="checkbox"/> Француз <input type="checkbox"/> Гаитян. креол <input type="checkbox"/> Корейск <input type="checkbox"/> Русский <input type="checkbox"/> Испан <input type="checkbox"/> Урду
<input type="checkbox"/> Другой (укажите) _____			

Раздел С: ИНФОРМАЦИЯ О РОДИТЕЛЕ/ОПЕКУНЕ – Заполнять ручкой печатными буквами		
Я знаю о требовании ежедневного и пунктуального посещения занятий. Я должен(на) обеспечить ежедневную доставку ребенка в школу и обратно ответственным взрослым. Я знаю, что транспортные услуги не предусмотрены.		
<u>ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА</u>	<u>ИМЯ РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА</u>	<u>РОДСТВО С УЧАЩИМСЯ</u>
<u>ТЕЛЕФОН В ДНЕВНОЕ ВРЕМЯ</u>	<u>ТЕЛЕФОН В ВЕЧЕРНЕЕ ВРЕМЯ</u>	<u>E-MAIL РОДИТЕЛЯ/ОПЕКУНА</u>
Подпись родителя/опекуна		Дата

Уважаемые родители/опекуны!

В соответствии с федеральным законодательством Департамент образования обязан собирать и документировать информацию об этнической принадлежности учащихся муниципальных школ. Защищённость и конфиденциальность этой информации, используемой, в частности, для определения объёма финансирования школы, гарантируется.

Для сбора информации нам требуется ваша помощь. Просим вас заполнить обратную сторону, ответив на вопросы о расовой и этнической принадлежности. Первый вопрос касается принадлежности ребёнка к категории лиц испанского и латиноамериканского происхождения, второй – его принадлежности к расовой группе (группам). Ответьте на оба вопроса. При указании в анкете нескольких рас учащийся будет отнесён к категории "two or more races" («две расы и более»). Учащиеся испанского и латиноамериканского происхождения, вне зависимости от их расовой принадлежности, относятся к категории "Hispanic".

Департамент образования г. Нью-Йорка признаёт деликатный характер этой информации. Расово-этническая самоидентификация вашей семьи, возможно, не укладывается в рамки вариантов, предлагаемых в федеральной форме. Просим вас по возможности полно ответить на вопросы. В случае вашего отказа от заполнения формы или отсутствия ответов, федеральное законодательство возлагает ответственность за заполнение документа на сотрудников школ Департамента образования г. Нью-Йорка.

Родители и опекуны,
заполните форму на обороте и верните её в школу.

Сотрудники школы,
форму требуется хранить в школьном деле учащегося как
конфиденциальную информацию.

Правила и процедуры соблюдения конфиденциальности

Закон о правах семьи в области образования и о защите частной информации (Family Educational Rights and Privacy Act) (1974) и Распоряжение директора Департамента образования А-820 запрещают несанкционированный доступ к школьному делу учащегося и несанкционированную выдачу из него любых документов, содержащих его имя или идентификационный номер.

¹ Расовая принадлежность может учитываться при приёме в школу только на основании судебного предписания, половая принадлежность – только при приёме в школы с раздельным обучением.

ФЕДЕРАЛЬНАЯ ФОРМА: РАСОВАЯ И ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ УЧАЩЕГОСЯ

- Все учащиеся в возрасте от 5 лет до 21 года имеют право на бесплатное государственное образование.
- В соответствии с федеральным законодательством Департамент образования обязан собирать и документировать информацию об этнической принадлежности учащихся.
- Детям не может быть отказано в приёме в муниципальную школу на основании расовой принадлежности, цвета кожи, убеждений, этнического и национального происхождения, пола, гендерной идентичности, беременности, иммиграционного статуса/гражданства, инвалидности, сексуальной ориентации и религиозных верований.¹

 Заполнять
по-английски

РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ШКОЛОЙ

Район	<input type="text"/>	Округ	<input type="text"/>	Школа	<input type="text"/>	Название средней школы/ мини-школы/филиала	-----
Код уч. уровня	<input type="text"/>	Код класса	<input type="text"/>	(ДЛЯ СРЕДНЕЙ ШКОЛЫ: 4 ЦИФРЫ)		Номер ID учащегося	<input type="text"/>
						Дата рождения (месяц/день/год)	<input type="text"/>

Имя учащегося: фамилия, имя, инициал среднего имени

РАЗДЕЛ ЗАПОЛНЯЕТСЯ РОДИТЕЛЯМИ
ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТЕ ВОПРОСЫ. ОТВЕЬТЕ НА ОБА ВОПРОСА (1 И 2).

В вопросе (1) отметьте галочкой (✓) нужную ячейку.

1. Является ли ребёнок испано-, латиноамериканцем или испанцем по происхождению? Лица испанского и латиноамериканского происхождения - это уроженцы или выходцы из Пуэрто-Рико, Кубы, стран Центральной и Южной Америки и других испаноязычных стран, вне зависимости от их расовой принадлежности.

- ДА, является**
- НЕТ, не является**

 В вопросе (2) отметьте галочкой (✓) **все** подходящие ячейки.

2. Отметьте одну или несколько рас из следующих пяти групп.

- АМЕРИКАНСКИЙ ИНДЕЕЦ ИЛИ КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ АЛЯСКИ:** Лицо, ведущее происхождение от коренного населения Северной и Южной (включая Центральную) Америки. (Код ATS: B)
- АЗИАТ:** Лицо, ведущее происхождение от коренного населения Дальнего Востока, Юго-Восточной Азии, тихоокеанских островов или Индостана. (Код ATS: C)
- КОРЕННОЙ ЖИТЕЛЬ ГАВАЙСКИХ и ДРУГИХ ТИХООКЕАНСКИХ ОСТРОВОВ:** Лицо, ведущее свое происхождение от коренного населения Гавайских островов, Гуама и других тихоокеанских островов. (Код ATS: D)
- ЧЁРНЫЙ:** Лицо, ведущее происхождение от любой из расовой группы. Централной и Южной Африки(Код ATS: E)
- БЕЛЫЙ:** Лицо, ведущее происхождение от коренных народов Европы, Северной Африки или Ближнего Востока. (Код ATS: F)

Подпись родителя/опекуна/другого лица/сотрудника школы:

Дата:

Родство с учащимся:

- Родитель Опекун Другое лицо Сотрудник школы (Имя):

АНКЕТА О МЕСТОЖИТЕЛЬСТВЕ

Уважаемые родители, опекуны и учащиеся!

Данная форма заполняется на каждого учащегося в соответствии с законом Маккинни-Венто (42 U.S.C. 11435). **Предоставляемая информация конфиденциальна.** Ущемление прав ребенка на основании предоставленной информации не допускается.

Для определения права ребенка на услуги ответьте на вопросы о его месте проживания.

Примечание для сотрудников школ и координаторов по работе со школьниками, проживающими во временном жилье (STH): Помогите учащимся/семьям в заполнении формы, а не только включите ее в пакет документации; ребенок со статусом «проживающего во временном жилье» **не обязан предоставлять документы о месте жительства**, а также некоторые другие требуемые при регистрации документы. Сотрудники округа без согласия родителей не имеют права раскрывать информацию о жилищных условиях учащегося.

Имя ребенка			
Фамилия		Имя	Ср. имя
Номер учащегося (OSIS)	Дата рождения (ММ/ДД/ГГ)	Пол	Школа

Укажите, где ребенок проживает в данное время. Отметьте только одну ячейку:

Отметить (v)	Жилищные условия	Служебные отметки Код ATS
	Подселение Проживание с другой семьей или другим лицом по причине потери жилья или финансовых трудностей	D
	Приют Проживание в экстренном или переходном приюте	S
	Гостиница/мотель Проживание в мотеле или гостинице, НЕ являющихся экстренными или переходными приютами и требующими оплаты	H
	Другое временное жилье Проживание в трейлерном парке, кемпинге, машине, парке, общественном месте, заброшенном здании, на улице или в любом другом непригодном для жилья месте	T
	Постоянное место жительства Проживание по постоянному адресу в адекватных жилищных условиях	P

В случае **ОТСУТСТВИЯ** постоянного места жительства, отметьте, если применимо:

	Служебные отметки
Отдельно проживающий подросток (не имеющий родительского/опекунского надзора) Ребенок, не имеющий родительского или опекунского надзора	Укажите "Y", если применимо

Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата

Верните заполненную форму в школу ребенка.

Примечание: Заполнение анкеты требуется для определения права ребенка/семьи на услуги по Закону Маккинни-Венто. Учащиеся, чьи интересы защищены данным законом, имеют право на немедленное зачисление в школу, вопреки отсутствию документов, обычно требуемых при регистрации, в том числе документов, подтверждающих место жительства, выписки из школы, справки о прививках и свидетельства о рождении. После зачисления ребенка принимающая школа должна обратиться за учебной документацией (в т.ч. за справкой о прививках) в его предыдущую школу. Координаторы по работе со школьниками, проживающими во временном жилье (Students in Temporary Housing Liaison), обязаны помочь в сборе необходимых документов. Учащиеся, чьи права защищены законом Маккинни-Венто, могут также иметь право на бесплатный транспорт и другие услуги. См. Распоряжение директора Департамента А-780.

К данной форме прилагается документ

«Закон Маккинни-Венто о помощи бездомным – Информация для родителей и детей, проживающих во временном жилье» (McKinney-Vento Homeless Assistance Act – Students in Temporary Housing Guide for Parents & Youth).

Департамент образования г. Нью-Йорка

Языковые потребности учащихся подготовительного класса (Pre-K)

Уважаемые родители и опекуны _____ (enter student name here)!

Эта анкета занимает важное место в процессе оформления ребёнка в подготовительный класс, т.к. она даёт возможность школе узнать о языковых потребностях вашей семьи. Просим вас ответить на вопросы анкеты и вернуть её в школу _____. С вопросами обращайтесь к _____ по телефону _____.

Благодарим за содействие.

ID учащегося: _____

ЧАСТЬ 1. ЯЗЫКОВЫЕ ПОТРЕБНОСТИ: Определение языка домашнего общения и языка обучения, запрашиваемого семьёй (если применимо).

1. На каком языке (языках) вы разговариваете дома? Отметьте (✓) все применимые варианты:		
<input type="checkbox"/> английский <input type="checkbox"/> испанский <input type="checkbox"/> китайский <input type="checkbox"/> бенгали <input type="checkbox"/> арабский <input type="checkbox"/> гаитянский креольский <input type="checkbox"/> русский	<input type="checkbox"/> урду <input type="checkbox"/> французский <input type="checkbox"/> корейский <input type="checkbox"/> албанский <input type="checkbox"/> пенджаби <input type="checkbox"/> польский <input type="checkbox"/> иной (указать) _____	
2. Какой язык ребёнок понимает ?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/> :	
3. На каком языке ребёнок говорит ?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/> :	
4. На каком языке ребёнок читает ?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/>	Пока не умеет читать <input type="checkbox"/>
5. На каком языке ребёнок пишет ?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/>	Пока не умеет писать <input type="checkbox"/>
6. На каком языке обычно говорят в семье ребёнка?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/> :	
7. На каком языке ребёнок обычно говорит с родителями или опекунами?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/> :	
8. На каком языке ребёнок обычно говорит с братьями, сёстрами и друзьями?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/> :	
9. На каком языке ребёнок обычно говорит с остальными родственниками, воспитателями (например, няней)?		
Английский <input type="checkbox"/>	Другие языки домашнего общения <input type="checkbox"/> :	
10. Хотели бы вы, чтобы ребёнок обучался на языке вашей семьи (если применимо):		
<input type="checkbox"/> Всё время	<input type="checkbox"/> основную часть времени	<input type="checkbox"/> некоторую часть времени

Департамент образования г. Нью-Йорка
Языковые потребности учащихся подготовительного класса (Pre-K)

ЧАСТЬ 2. Планирование учебного процесса: Ответы на эти вопросы будут использованы при планировании учебного процесса. Укажите ответы на вопросы о ребёнке.

1. Впервые ли ребёнок поступает в учебную (групповую) программу в США? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ЕСЛИ НЕТ:
a. Где находится этот центр по дневному уходу, дошкольное учреждение или игровая группа?
b. Дата зачисления?
c. Как долго посещал?
d. Какой язык использовался в программе?
2. Принимал ли ребёнок участие в учебной программе или групповом обучении в <u>другой стране</u> ? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ЕСЛИ ДА:
a. Где находится центр по дневному уходу, дошкольное учреждение или игровая группа?
b. Как долго посещал?
c. Какой язык использовался в программе?
3. Если ли у ребёнка медицинские показания, требующие особого внимания или помощи в школе? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ЕСЛИ ДА, отметьте все применимые варианты:
<input type="checkbox"/> Нарушение слуха <input type="checkbox"/> Эмоциональные нарушения <input type="checkbox"/> Ослабленное зрение <input type="checkbox"/> Астма <input type="checkbox"/> Нарушение речи <input type="checkbox"/> Нарушения развития <input type="checkbox"/> Физические недостатки <input type="checkbox"/> Прочее (укажите) _____
ЕСЛИ ДА, какие услуги раннего вмешательства ребёнок получал?
4. Использует ли ребёнок другие формы коммуникации, например, американский язык жестов или коммуникационные устройства (Augmentative Communication Device, например, коммуникационные панели – ручные или электронные)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет
ЕСЛИ ДА: какие?

Часть 3. Сведения о родителях: Ответы на эти вопросы помогут Департаменту образования г. Нью-Йорка поддерживать с вами связь на языке, который вы укажите.

1. Ваш родной язык? Родитель/опекун: _____ Родитель/опекун: _____ Родной язык: _____ Родной язык: _____
2. На каком языке вы предпочитаете получать письменные уведомления из школы?
3. На каком языке вы предпочитаете общаться устно с представителями школы?

Подпись родителя Дата

Департамент образования г. Нью-Йорка
Языковые потребности учащихся подготовительного класса (Pre-K)

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ/ TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR SCHOOL PERSONNEL ONLY					
Date:	Name of Student/ID:				
Borough	District:	School:			
Gender:	Ethnicity Code: (form PSE):	Date of Birth:			
Relationship of person providing information for survey (check one): <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other (specify):					
If an interview is conducted, in what language is it conducted?					
Is a translator/interpreter used?					
OTELE Alpha Code <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> <td style="width: 33%;"></td> </tr> </table>					
Potential English Language Learner?					
Instruction will be provided in: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other _____ <input type="checkbox"/> Both English and the home language of _____					

CHILD & ADOLESCENT HEALTH EXAMINATION FORM

NYC DEPARTMENT OF HEALTH & MENTAL HYGIENE — DEPARTMENT OF EDUCATION

Please
Print Clearly

NYC ID (OSIS)

TO BE COMPLETED BY THE PARENT OR GUARDIAN

Child's Last Name	First Name	Middle Name	Sex <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/> Male	Date of Birth (Month/Day/Year) ____/____/____
Child's Address		Hispanic/Latino? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Race (Check ALL that apply) <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other _____	
City/Borough	State	Zip Code	School/Center/Camp Name	District Number _____ Phone Numbers Home _____ Cell _____ Work _____
Health insurance <input type="checkbox"/> Yes (including Medicaid)? <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Parent/Guardian Last Name <input type="checkbox"/> Foster Parent	First Name	Email	

TO BE COMPLETED BY THE HEALTH CARE PRACTITIONER

Birth history (age 0-6 yrs) <input type="checkbox"/> Uncomplicated <input type="checkbox"/> Premature: _____ weeks gestation <input type="checkbox"/> Complicated by _____	Does the child/adolescent have a past or present medical history of the following? <input type="checkbox"/> Asthma (check severity and attach MAF): <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Mild Persistent <input type="checkbox"/> Moderate Persistent <input type="checkbox"/> Severe Persistent If persistent, check all current medication(s): <input type="checkbox"/> Quick Relief Medication <input type="checkbox"/> Inhaled Corticosteroid <input type="checkbox"/> Oral Steroid <input type="checkbox"/> Other Controller <input type="checkbox"/> None Asthma Control Status <input type="checkbox"/> Well-controlled <input type="checkbox"/> Poorly Controlled or Not Controlled
Allergies <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Epi pen prescribed <input type="checkbox"/> Drugs (list) _____ <input type="checkbox"/> Foods (list) _____ <input type="checkbox"/> Other (list) _____	<input type="checkbox"/> Anaphylaxis <input type="checkbox"/> Behavioral/mental health disorder <input type="checkbox"/> Congenital or acquired heart disorder <input type="checkbox"/> Developmental/learning problem <input type="checkbox"/> Diabetes (attach MAF) <input type="checkbox"/> Orthopedic injury/disability Explain all checked items above. <input type="checkbox"/> Addendum attached.
Attach MAF in in-school medications needed	Medications (attach MAF if in-school medication needed) <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)

PHYSICAL EXAM Date of Exam: ____/____/____	General Appearance: <input type="checkbox"/> Physical Exam WNL															
Height _____ cm (____ %ile) Weight _____ kg (____ %ile) BMI _____ kg/m ² (____ %ile) Head Circumference (age ≤2 yrs) _____ cm (____ %ile)	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/> Psychosocial Development</td><td><input type="checkbox"/> HEENT</td><td><input type="checkbox"/> Lymph nodes</td><td><input type="checkbox"/> Abdomen</td><td><input type="checkbox"/> Skin</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Language</td><td><input type="checkbox"/> Dental</td><td><input type="checkbox"/> Lungs</td><td><input type="checkbox"/> Genitourinary</td><td><input type="checkbox"/> Neurological</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Behavioral</td><td><input type="checkbox"/> Neck</td><td><input type="checkbox"/> Cardiovascular</td><td><input type="checkbox"/> Extremities</td><td><input type="checkbox"/> Back/spine</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Psychosocial Development	<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Language	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Back/spine
<input type="checkbox"/> Psychosocial Development	<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Skin												
<input type="checkbox"/> Language	<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological												
<input type="checkbox"/> Behavioral	<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Back/spine												
Blood Pressure (age ≥3 yrs) _____ / _____	Describe abnormalities:															

DEVELOPMENTAL (age 0-6 yrs) Validated Screening Tool Used? _____ Date Screened ____/____/____ <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Screening Results: <input type="checkbox"/> WNL <input type="checkbox"/> Delay or Concern Suspected/Confirmed (specify area(s) below): <input type="checkbox"/> Cognitive/Problem Solving <input type="checkbox"/> Adaptive/Self-Help <input type="checkbox"/> Communication/Language <input type="checkbox"/> Gross Motor/Fine Motor <input type="checkbox"/> Social-Emotional or Personal-Social <input type="checkbox"/> Other Area of Concern: _____	Nutrition < 1 year <input type="checkbox"/> Breastfed <input type="checkbox"/> Formula <input type="checkbox"/> Both ≥ 1 year <input type="checkbox"/> Well-balanced <input type="checkbox"/> Needs guidance <input type="checkbox"/> Counseled <input type="checkbox"/> Referred Dietary Restrictions <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Yes (list below)	Hearing Date Done ____/____/____ Results < 4 years: gross hearing _____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred OAE _____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred ≥ 4 yrs: pure tone audiometry ____/____/____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl <input type="checkbox"/> Referred
Describe Suspected Delay or Concern:	SCREENING TESTS Date Done Results Blood Lead Level (BLL) (required at age 1 yr and 2 yrs and for those at risk) _____ μg/dL _____ μg/dL	Vision Date Done ____/____/____ Results <3 years: Vision appears: _____ <input type="checkbox"/> NI <input type="checkbox"/> Abnl Acuity (required for new entrants and children age 3-7 years) Right _____/_____ Left _____/_____ <input type="checkbox"/> Unable to test
Child Receives EI/CPSE/CSE services <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Lead Risk Assessment (annually, age 6 mo-6 yrs) _____ <input type="checkbox"/> At risk (do BLL) _____ <input type="checkbox"/> Not at risk	Screened with Glasses? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Strabismus? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
CIR Number _____	Hemoglobin or Hematocrit _____ g/dL _____ %	Dental Visible Tooth Decay <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Urgent need for dental referral (pain, swelling, infection) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Dental Visit within the past 12 months <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Physician Confirmed History of Varicella Infection <input type="checkbox"/>	Report only positive immunity:	

IMMUNIZATIONS - DATES		
DTP/DTaP/DT _____ Tdap _____	MMR _____	Hepatitis B _____
Td _____	Varicella _____	Measles _____
Polio _____	Mening ACWY _____	Mumps _____
Hep B _____	Hep A _____	Rubella _____
Hib _____	Rotavirus _____	Varicella _____
PCV _____	Mening B _____	Polio 1 _____
Influenza _____	Other _____	Polio 2 _____
HPV _____		Polio 3 _____

ASSESSMENT <input type="checkbox"/> Well Child (Z00.129) <input type="checkbox"/> Diagnoses/Problems (list) _____ ICD-10 Code _____	RECOMMENDATIONS <input type="checkbox"/> Full physical activity <input type="checkbox"/> Restrictions (specify) _____ Follow-up Needed <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, for _____ Appt. date: ____/____/____ Referral(s): <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Early Intervention <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Other _____
--	---

Health Care Practitioner Signature	Date Form Completed ____/____/____	DOHMH ONLY PRACTITIONER I.D. _____
Health Care Practitioner Name and Degree (print)	Practitioner License No. and State	TYPE OF EXAM: <input type="checkbox"/> NAE Current <input type="checkbox"/> NAE Prior Year(s) Comments: _____
Facility Name	National Provider Identifier (NPI)	Date Reviewed: ____/____/____ I.D. NUMBER _____
Address City State Zip		REVIEWER: _____
Telephone Fax Email		FORM ID# _____

АНКЕТА О МЕСТОЖИТЕЛЬСТВЕ

Уважаемые родители, опекуны и учащиеся!

Данная форма заполняется на каждого учащегося в соответствии с законом Маккинни-Венто (42 U.S.C. 11435). **Предоставляемая информация конфиденциальна.** Ущемление прав ребенка на основании предоставленной информации не допускается.

Для определения права ребенка на услуги ответьте на вопросы о его месте проживания.

Примечание для сотрудников школ и координаторов по работе со школьниками, проживающими во временном жилье (STH): Помогите учащимся/семьям в заполнении формы, а не только включите ее в пакет документации; ребенок со статусом «проживающего во временном жилье» не обязан предоставлять документы о месте жительства, а также некоторые другие требуемые при регистрации документы. Сотрудники округа без согласия родителей не имеют права раскрывать информацию о жилищных условиях учащегося.

Имя ребенка			
Фамилия		Имя	Ср. имя
Номер учащегося (OSIS)	Дата рождения (ММ/ДД/ГГ)	Пол	Школа

Укажите, где ребенок проживает в данное время. Отметьте только одну ячейку:

Отметить (v)	Жилищные условия	Служебные отметки Код ATS
	Подселение Проживание с другой семьей или другим лицом по причине потери жилья или финансовых трудностей	D
	Приют Проживание в экстренном или переходном приюте	S
	Гостиница/мотель Проживание в мотеле или гостинице, НЕ являющихся экстренными или переходными приютами и требующими оплаты	H
	Другое временное жилье Проживание в трейлерном парке, кемпинге, машине, парке, общественном месте, заброшенном здании, на улице или в любом другом непригодном для жилья месте	T
	Постоянное место жительства Проживание по постоянному адресу в адекватных жилищных условиях	P

В случае **ОТСУТСТВИЯ** постоянного места жительства, отметьте, если применимо:

	Служебные отметки
Отдельно проживающий подросток (не имеющий родительского/опекунского надзора) Ребенок, не имеющий родительского или опекунского надзора	Укажите "Y", если применимо

Имя и фамилия родителя/опекуна (печатными буквами)

Подпись родителя/опекуна

Дата

Верните заполненную форму в школу ребенка.

Примечание: Заполнение анкеты требуется для определения права ребенка/семьи на услуги по Закону Маккинни-Венто. Учащиеся, чьи интересы защищены данным законом, имеют право на немедленное зачисление в школу, вопреки отсутствию документов, обычно требуемых при регистрации, в том числе документов, подтверждающих место жительства, выписки из школы, справки о прививках и свидетельства о рождении. После зачисления ребенка принимающая школа должна обратиться за учебной документацией (в т.ч. за справкой о прививках) в его предыдущую школу. Координаторы по работе со школьниками, проживающими во временном жилье (Students in Temporary Housing Liaison), обязаны помочь в сборе необходимых документов. Учащиеся, чьи права защищены законом Маккинни-Венто, могут также иметь право на бесплатный транспорт и другие услуги. См. Распоряжение директора Департамента А-780.

К данной форме прилагается документ

«Закон Маккинни-Венто о помощи бездомным – Информация для родителей и детей, проживающих во временном жилье» (McKinney-Vento Homeless Assistance Act – Students in Temporary Housing Guide for Parents & Youth).

РАЗРЕШЕНИЕ НА НЕКОММЕРЧЕСКУЮ ФОТО-, КИНО- ИЛИ ВИДЕОСЪЁМКУ РЕБЁНКА
(например, с образовательными, общественными или медицинско-профилактическими целями)

Имя и фамилия ребёнка: _____ Школа: _____

Настоящим я выражаю согласие на участие в интервью, цитирование, фотографирование, кино- и видеосъёмку моего ребёнка представителями _____. Я также разрешаю _____ редактировать, использовать и повторно использовать вышеуказанные фотографии, видеоплёнки и видеозаписи в некоммерческих целях, включая печатную продукцию, распространение в Интернете и всех других медиасредствах. Настоящим я отказываюсь от права предъявлять любые требования, иски и притязания и обещаю не преследовать судебным порядком Департамент образования г. Нью-Йорка, его представителей и сотрудников в связи с упомянутыми материалами.

Подпись родителя или опекуна _____ Дата: _____
(если учащемуся не исполнилось 18 лет)

Адрес родителя или опекуна: _____

ИЛИ

Подпись учащегося (18 лет и старше): _____ Дата: _____

Адрес учащегося: _____