

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN A UN PROGRAMA * DE PREKÍNDER DE MEDIO DÍA DE CLASES EN UN CENTRO DE EDUCACIÓN TEMPRANA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK, (NEW YORK CITY EARLY EDUCATION CENTER, NYCEEC) PARA EL AÑO ESCOLAR 2019–2020

INSTRUCCIONES:

Escriba en letra de imprenta y use solamente tinta azul o negra. Tenga en cuenta que sólo los padres o tutores que vivan en la Ciudad de Nueva York podrán presentar el formulario de inscripción. Firme el formulario y entréguelo directamente en cada uno de los centros NYCEEC a los cuales desea solicitar cupo. Asegúrese de fotocopiar este formulario y guardar la copia como comprobante. Para obtener una lista de los centros NYCEEC, consulte el Directorio de prekínder disponible en la escuela o centro NYCEEC más cercano, o por internet en nyc.gov/prek.

NOMBRE DEL NYCEEC AL CUAL SE QUIERE INSCRIBIR: _____

Sección A: INFORMACIÓN DEL ALUMNO. Escriba de manera legible y con tinta			
APELLIDO DEL ALUMNO	NOMBRE DEL ALUMNO	FECHA DE NACIMIENTO (mes/día/año)	SEXO (opcional)
		/ / 2015	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
DIRECCIÓN ACTUAL DEL ALUMNO (Nº, calle, Nº de apartamento, ciudad, estado, código postal)		DISTRITO SEDE DEL ESTUDIANTE (opcional)	

Sección B: INFORMACIÓN OPCIONAL – Escriba de manera legible y con tinta
<p>SEGURO MÉDICO</p> <p>¿El estudiante tiene seguro médico?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí Si su respuesta es sí, ¿qué tipo de cobertura tiene? <input type="checkbox"/> Seguro médico privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Child Health Plus B</p> <p><input type="checkbox"/> No Si su respuesta es no, ¿le gustaría que lo llamaran para ofrecerle cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>IDIOMA EN EL HOGAR</p> <p>¿En qué idioma(s) le gustaría recibir información escrita y oral acerca del proceso de inscripción a prekínder? Marque todas las opciones que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Bengali <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Haitiano Criollo <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Urdu</p> <p><input type="checkbox"/> Otro, por favor sea específico: _____</p>

Sección C: INFORMACIÓN DEL PADRE DE FAMILIA – Escriba de manera legible y con tinta		
Entiendo que la asistencia diaria y la puntualidad hacen parte de los requisitos. Tengo que encargarme de que un adulto responsable lleve a mi hijo a la escuela y lo recoja todos los días. Soy consciente de que no se proporcionan servicios de transporte.		
APELLIDO DEL PADRE O TUTOR	NOMBRE DEL PADRE O TUTOR	PARENTESCO CON EL ESTUDIANTE
TELÉFONO DURANTE EL DÍA	TELÉFONO DURANTE LA NOCHE	CORREO ELECTRÓNICO DEL PADRE O TUTOR
Firma del padre o tutor	Fecha	

*Este formulario es solo para los programas NYCEEC de media jornada o de 5 horas.

Para solicitar ingreso a programas de prekínder NYCEEC de jornada completa, tenga la bondad de visitar nyc.gov/prek o llamar al 718-935-2009.

Para el padre o tutor:

La ley federal exige que el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York recopile y registre la identidad étnica y racial de los estudiantes de las escuelas públicas. Esta información se utiliza para determinar, entre otras cosas, el financiamiento para su escuela y se mantiene de forma segura y confidencial.

Para hacer esta tarea necesitamos su ayuda. Por favor responda las preguntas sobre la identificación racial y étnica que están al dorso de esta página. La primera pregunta le ofrece la oportunidad de indicar si su hijo es hispano, latino o de origen hispano. La segunda pregunta le brinda la oportunidad de indicar la(s) raza(s) de su hijo. Asegúrese de contestar ambas preguntas. Los estudiantes que se identifiquen con más de una raza serán computados en la categoría "dos o más razas". Los estudiantes hispanos de todas las razas serán ubicados en la categoría hispano.

El Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York entiende que este es un proceso delicado. Las opciones ofrecidas por el gobierno federal quizás no representen de forma precisa y completa la descripción de su propia familia acerca de su identificación étnica y racial. Lo alentamos a que ofrezca respuestas basadas en su buen juicio. Si se niega a responder ambas preguntas las normas establecen que el personal de las escuelas del Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York identifiquen a su hijo en nombre suyo.

La información acerca de la raza y la etnia de los estudiantes está protegida por normas de confidencialidad citadas al pie de esta página.

Gracias por su cooperación.

Padres y tutores: por favor completen el formulario que se encuentra al dorso de esta página y devuélvanlo a la escuela de su hijo.

Personal de la escuela: archiven el formulario una vez completo en la carpeta del expediente acumulativo del estudiante en calidad de información confidencial.

Normas y procedimientos acerca de la confidencialidad de la información

La Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), promulgada en 1974 y las Disposiciones del Canciller A-820 prohíben el acceso y la entrega de cualquier archivo que identifique al estudiante, bien por su nombre, o bien por su número de carné estudiantil.

¹ La raza de un estudiante puede ser tenida en cuenta durante la inscripción escolar únicamente si lo requiere una orden judicial. El sexo del estudiante es un factor determinante solo en escuelas que aceptan alumnos de un mismo sexo.

- Todos los estudiantes con edades entre 5 y 21 años tienen derecho a recibir una educación pública gratuita.
- La ley federal exige que el Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York recopile y registre la identidad étnica y racial de los estudiantes de las escuelas públicas.
- No se les podrá negar a los niños el ingreso a una escuela pública debido a raza, color, credo, nacionalidad, género, identidad sexual, embarazo, estatus de inmigración o ciudadanía, discapacidad, orientación sexual, religión o grupo étnico.¹

Solamente en inglés

PERSONAL DE LA ESCUELA: POR FAVOR COMPLETE ESTA SECCIÓN

Municipio Distrito Escuela

Nombre de la escuela secundaria/
 mini escuela o anexo -----

Código del grado Código de la clase
 (SOLO 4 DÍGITOS PARA LA ESCUELA SECUNDARIA)

Número de identificación estudiantil de la Ciudad de Nueva York
 Fecha de nacimiento (mes/día/año)

 Nombre completo del estudiante: apellido, primer nombre e inicial del segundo nombre

PADRES O TUTORES: POR FAVOR COMPLETEN ESTA SECCIÓN

POR FAVOR RESPONDA AMBAS PREGUNTAS (1) Y (2). LÉALAS ANTES DE RESPONDER.

Para responder la pregunta (1) haga una marca (√) en el casillero que mejor describa a su hijo.

1. ¿El estudiante es hispano, latino o de origen hispano? Hispano, latino o de origen hispano comprende a personas procedentes de Cuba, República Dominicana, México, Puerto Rico, América central o Sudamérica, o de otras culturas u orígenes hispanos sin tener en cuenta la raza de dichas personas.

SÍ, hispano

NO, no hispano

Para responder la pregunta (2) haga una marca (√) en **todos** los casilleros que se apliquen a su hijo.

2. Seleccione una o más razas de los siguientes cinco grupos raciales.

INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS O DE ALASKA: una persona ascendiente de cualquier pueblo originario de América del Norte y de América del Sur (incluye América Central) (Código ATS: B)

ASIÁTICO: una persona ascendiente de cualquier pueblo originario del Lejano Oriente, del Sudeste Asiático o del Subcontinente Indio. Incluye por ejemplo a Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas, Tailandia y Vietnam. (Código ATS: C)

INDÍGENA DE HAWAI O DE OTRAS ISLAS DEL PACÍFICO: una persona ascendiente de cualquier pueblo originario de Hawai, Guam o de otras islas del Pacífico. (Código ATS: D)

RAZA NEGRA: una persona ascendiente de cualquier grupo de raza negra del África. (Código ATS: E)

RAZA BLANCA: una persona ascendiente de cualquier pueblo originario de Europa, África del Norte o del Medio Oriente. (Código ATS: F)

Firma del padre, tutor, persona encargada u observador del personal escolar: _____ Fecha: _____

Parentesco con el estudiante:

Padre Tutor Otro Observador del personal de la escuela (nombre): _____

CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Padre / madre / tutor / estudiante:

Este cuestionario tiene el objetivo de abordar la Ley McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435 y debe ser respondido por todos los estudiantes. **La información que aporte es confidencial.** Su hijo no será discriminado en base a la información proporcionada.

Por favor, responda las siguientes preguntas relacionadas con la vivienda del estudiante a fin de determinar los servicios que podría recibir.

Aviso a las escuelas y a las personas de enlace de vivienda temporal: Por favor, ayuden a los estudiantes y a las familias a completar este formulario. No incluyan simplemente el formulario en el paquete de inscripción, porque si el estudiante cumple con los requisitos como residente de una vivienda temporaria, **no es necesario que envíe un comprobante de domicilio** ni otros documentos obligatorios que puedan llegar a ser parte del paquete de inscripción. Sin el consentimiento de los padres, el distrito no puede revelar información sobre el estatus de vivienda.

Nombre del alumno			
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	
N.º de OSIS	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo	Escuela

Por favor, identifique las condiciones actuales de vivienda del estudiante. Marque una casilla.

Marque con una (v)	Selección del cuestionario de vivienda	Para uso de la escuela Solamente ATS Code
	Vivienda compartida Vive con otra familia o persona debido a la pérdida del hogar o como resultado de problemas económicos	D
	Albergue Vive en un albergue o refugio temporal	S
	Hotel / Motel Vive en un lugar que NO es un albergue o refugio temporal y que implica pagos.	H
	Otra situación de vivienda temporal Vive en una zona de casas móviles, campamento, automóvil, parque, espacio público, edificio abandonado, calle o cualquier otro lugar inadecuado	T
	Vivienda permanente Vive en condiciones de vivienda fijas, normales y adecuadas	P

En caso de que el estudiante **NO** viva en una vivienda permanente, indique si lo siguiente también aplica:

		Para uso de la escuela Solamente
	Menor sin acompañante Joven que no se encuentra bajo la custodia física de un padre o tutor	Enter "Y" if applicable

Padre/Tutor (en letra de imprenta)

Firma del padre/tutor

Fecha

Entregue este formulario en la escuela de su hijo conforme a lo solicitado.

Atención: La respuesta que coloque arriba ayudará a determinar qué servicios podrían recibir usted o su hijo de conformidad con la Ley McKinney-Vento. Los estudiantes que están protegidos por la Ley tienen derecho a inscribirse de forma inmediata en la escuela, incluso si no poseen los documentos que normalmente se necesitan, tales como comprobante de domicilio, expediente escolar, certificado de vacunación o certificado de nacimiento. Después de que el alumno se haya inscrito, la nueva escuela debe comunicarse con el establecimiento en el que estudiaba el joven para pedir el expediente educativo, incluidos el certificado de vacunación, y estudiantes en vivienda temporaria (STH). La(s) persona(s) de enlace deben ayudar al estudiante a obtener cualesquiera otros documentos o inmunizaciones que hagan falta. Los estudiantes amparados bajo la Ley McKinney-Vento también pueden tener derecho a transporte gratuito y a otros servicios. Por favor remítase a la Disposición A-780 del Canciller.

Este formulario tiene adjunto un documento de una página titulado "Ley McKinney-Vento de Asistencia a Indigentes: Guía de padres y estudiantes en vivienda temporal".

Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York

Encuesta acerca de las necesidades lingüísticas en prejardín de infantes

Estimados padres o tutores de _____ (enter student name here)
 Esta encuesta es una parte importante de su paquete de preinscripción en prejardín de infantes porque le da a su nueva escuela información acerca de las necesidades de idioma de su familia. Apreciamos en grado sumo su ayuda al responder las preguntas a continuación. Por favor, entréguele este formulario al administrador de su escuela, _____, y si usted tiene preguntas, hable con _____ al _____.

Gracias

N.º de identificación del estudiante: _____

PARTE 1. NECESIDADES LINGÜÍSTICAS: esta información determina cuál es el idioma que se habla en el hogar y el idioma de enseñanza pedido por la familia (si está disponible).

1. ¿Qué idioma(s) habla usted en el hogar? Por favor marque (✓) todo lo que sea pertinente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Inglés
<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Chino
<input type="checkbox"/> Bengalí
<input type="checkbox"/> Árabe
<input type="checkbox"/> Haitiano criollo
<input type="checkbox"/> Ruso | <input type="checkbox"/> Urdu
<input type="checkbox"/> Francés
<input type="checkbox"/> Coreano
<input type="checkbox"/> Albanés
<input type="checkbox"/> Panyabí
<input type="checkbox"/> Polaco
<input type="checkbox"/> Otro, por favor especifique _____ |
|---|--|

2. ¿Qué idioma **entiende** el niño?

Inglés Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

3. ¿Qué idioma **habla** el niño?

Inglés Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

4. ¿Qué idioma **lee** el niño?

Inglés Otro(s) idioma(s) nativo(s) : No lee todavía

5. ¿Qué idioma **escribe** el niño?

Inglés Otro(s) idioma(s) nativo(s) : No escribe todavía

6. ¿Qué idioma se habla en el hogar o la residencia del niño **la mayor parte del tiempo**?

Inglés Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

7. ¿Qué idioma habla el niño con sus padres o tutores **la mayor parte del tiempo**?

Inglés Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

8. ¿Qué idioma habla el niño con hermanos, hermanas, o amigos **la mayor parte del tiempo**?

Inglés Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

9. ¿Qué idioma habla el niño con otros familiares o proveedores de cuidados (por ejemplo, niñeras) **casi siempre**?

Inglés Otro(s) idioma(s) nativo(s) :

10. ¿Le gustaría que su hijo reciba enseñanza en su idioma nativo? (si está disponible):

Todo el tiempo Casi siempre A veces

Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York

Encuesta acerca de las necesidades lingüísticas en pre jardín de infantes

PARTE 2. PLANIFICACIÓN EDUCATIVA: las respuestas a estas preguntas suplementarias se usarán para la planificación educativa. Ingrese la respuesta correcta para cada una de las siguientes preguntas pertinentes a su hijo.

1.	¿Es ésta la primera vez que su hijo participa en un programa de enseñanza o experiencia de grupo en Estados Unidos?									
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
	SI RESPONDE NO:									
	a. ¿Dónde participó: cuidado diario / preescolar / grupo de juego (<i>play group</i>)?									
	b. ¿Cuál fue la fecha de inscripción?									
	c. ¿Por cuánto tiempo participó?									
	d. ¿Qué idioma se usó para la enseñanza?									
2.	¿Su hijo ha participado en un programa de enseñanza o experiencia de grupo en <u>otro país</u> ?									
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
	SI RESPONDE SÍ:									
	a. ¿Dónde participó: cuidado diario / preescolar / grupo de juego (<i>play group</i>)?									
	b. ¿Por cuánto tiempo participó?									
	c. ¿Qué idioma se usó para la enseñanza?									
3.	¿Presenta su hijo algún problema que requiera ayuda o atención especial en la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
	Si responde SÍ, por favor marque todas las opciones que correspondan: <table style="width: 100%; margin-left: 20px;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva</td> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad emocional</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad visual</td> <td><input type="checkbox"/> Asma</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad en el habla</td> <td><input type="checkbox"/> Trastornos en el desarrollo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad física</td> <td><input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Discapacidad emocional	<input type="checkbox"/> Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Discapacidad en el habla	<input type="checkbox"/> Trastornos en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____	
<input type="checkbox"/> Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Discapacidad emocional									
<input type="checkbox"/> Discapacidad visual	<input type="checkbox"/> Asma									
<input type="checkbox"/> Discapacidad en el habla	<input type="checkbox"/> Trastornos en el desarrollo									
<input type="checkbox"/> Discapacidad física	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____									
	Si responde SÍ, ¿qué tipo de intervención en la primera infancia recibió su hijo?									
4.	¿Usa el niño cualquier otra forma de comunicación, como lenguaje de señas americano o un aparato para la comunicación aumentativa (por ejemplo, tablero de comunicaciones: manual / electrónico)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
	SI RESPONDE SÍ: ¿Cuáles?									

PARTE 3. INFORMACIÓN DE LOS PADRES: Las respuestas a estas preguntas suplementarias se usarán para que el Departamento de Educación se pueda comunicar con usted en el idioma de su preferencia.

1.	¿Cuál es su idioma materno?		
	Padres o tutores: _____ Padre/Tutor: _____		
	Idioma materno: _____ Idioma materno: _____		
2.	¿En qué idioma le gustaría recibir información por escrito de la escuela?		
3.	¿En qué idioma prefiere comunicarse verbalmente con el personal de la escuela?		
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 70%; border: none;">Firma de uno de los padres</td> <td style="width: 30%; border: none; text-align: right;">Fecha</td> </tr> </table>		Firma de uno de los padres	Fecha
Firma de uno de los padres	Fecha		

Departamento de Educación de la Ciudad de Nueva York

Encuesta acerca de las necesidades lingüísticas en pre jardín de infantes

SÓLO EL PERSONAL DE INSCRIPCIONES O EL DE LA ESCUELA PODRÁ COMPLETAR ESTA SECCIÓN / TO BE COMPLETED BY ENROLLMENT OR SCHOOL PERSONNEL ONLY		
Date:	Name of Student/ID:	
Borough:	District:	Borough:
Gender:	Ethnicity Code: (form PSE):	Gender:
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		
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 _____		



Department of
Education

Office of Communications and Media Relations
52 Chambers Street, New York, NY 10007
Tel: 212.374.5141 Fax: 212.374.5584

**AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR FOTOGRAFÍAS, FILMACIONES O GRABACIONES
AUDIOVISUALES DE UN ESTUDIANTE SIN FINES DE LUCRO
(POR EJEMPLO: PARA FINES EDUCATIVOS, LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA O LA
CONCIENTIZACIÓN SOBRE LA SALUD)**

Nombre completo del estudiante: _____ escuela: _____

Por medio de la presente, autorizo a/al _____ la participación en entrevistas, el uso de citas y la toma de fotografías, películas o audiovisuales del estudiante mencionado previamente. También, otorgo a/al _____ los derechos de editar, utilizar y volver a utilizar dichos materiales sin propósitos lucrativos, incluidos el material impreso, distribución por Internet o cualquier otra forma de distribución mediática. Por medio de la presente además eximo al NYCDOE y sus agentes y empleados de todo reclamo, demanda y responsabilidad alguna en conexión con lo mencionado previamente.

Firma de uno de los padres o tutores (si el estudiante es menor de 18 años): _____ Fecha: _____

Dirección de uno de los padres o tutores: _____

Ó

Firma del estudiante (si tiene o es mayor de 18 años): _____ Fecha: _____

Dirección del estudiante: _____