

## Instrucciones para el registro de estudiantes

1. Todas las inscripciones comienzan cuando el padre/tutor visita nuestro sitio web <http://www.paulsboro.k12.nj.us> y preinscribe a su(s) hijo(s) en línea.
2. El registrador enviará un correo electrónico a los padres/tutores con los procedimientos y la documentación necesarios para procesar la inscripción.
3. Se enviará un paquete de inscripción por correo electrónico o USPS para que el padre/tutor lo complete.  
**O** los padres pueden descargar los formularios para completar desde nuestro sitio web, <http://www.paulsboro.k12.nj.us>, complételos, guárdelos en su dispositivo, adjúntelos a un correo electrónico y devuélvalos con el resto de la documentación necesaria (a continuación) a [tcroce@paulsboro.k12.nj.us](mailto:tcroce@paulsboro.k12.nj.us). **NO ENVÍE FOTOS por correo electrónico** (solo documentos escaneados o de Microsoft)
4. Al completar el paquete de inscripción, el padre/tutor debe devolver **todos los formularios** al edificio de administración de las escuelas públicas de Paulsboro **junto con copias de: NO DEJAR DOCUMENTOS ORIGINALES**
  - a. Prueba de residencia:
    - **Propietarios :**  
Copia de la factura de impuestos a la propiedad/factura de alcantarillado de agua *del Ayuntamiento* Y un envío de correo **OFICIAL** con su nombre y dirección (factura de luz, factura de teléfono, etc.) o una copia de su estado de cuenta de hipoteca.
    - **Inquilinos :**  
*Contrato de arrendamiento original, actualizado y firmado con TODAS las personas que viven en la casa enumeradas y copia del Certificado de ocupación de Borouqh Hall con TODAS las personas enumeradas - SIN EXCEPCIONES*
  - b. Registros de tiro - **ACTUALIZADOS**
  - c. Acta de Nacimiento Original (debe ser original con sello en relieve)
  - d. Custodia o documentos judiciales que indiquen que usted tiene la custodia residencial del estudiante mencionado anteriormente.
  - mi. **(Grados K-12)** Copia de los expedientes académicos o de la última boleta de calificaciones
  - F. Tarjeta de transferencia de la última escuela a la que asistió (residentes de Nueva Jersey) **gramo. ( SOLO para los grados 7 a 12)** Formulario de transferencia NJSIAA
  - h. **( SÓLO para grados 9 a 12) Greenwich Twp.** Los residentes primero deben registrarse en Greenwich Twp. antes de venir a Paulsboro Jr. / Sr. High School para transporte.
  - i. **{SOLO PREESCOLAR}** Copia de cualquier documento si recibe servicio del Estado de Nueva Jersey (SSI, TANF, SNAP, beneficios/asistencia del condado, etc.) **Y** copias de los dos últimos talones de pago o copia de las últimas declaraciones de impuestos.
  - j. copia de conductores licencia de persona que registra al estudiante

Esta documentación puede enviarse por correo postal O ENVIARSE POR CORREO ELECTRÓNICO a:

Correo electrónico: [tcroce@paulsboro.k12.nj.us](mailto:tcroce@paulsboro.k12.nj.us)

Escuelas públicas de Paulsboro - Registrador, 662 North Delaware Street, Paulsboro , Nueva Jersey 08066

**\*\*SE REQUIERE UNA CITA PARA FINALIZAR TODA LA INSCRIPCIÓN: llame al 856-423-5515 x1236**

Al recibir y revisar **toda** la documentación por parte del Registrador, los estudiantes serán inscritos bajo un

## Instrucciones para el registro de estudiantes

\* Estado provisional en PPS. Estos estudiantes serán colocados en nuestra base de datos de estudiantes (Genesis) para comenzar la escuela en el edificio apropiado dentro de las 24 horas.

Las regulaciones requieren que el distrito vea los documentos originales de ciertos artículos para completar el registro (acta de nacimiento, licencia de conducir, documentos de custodia/tribunal, tarjeta(s) de transferencia, etc.

Preguntas - Terry Croce : ( 856)-423-5515x1236

**\*TODO EL REGISTRO ES PROVISIONAL HASTA QUE TODOS LOS DOCUMENTOS SEAN OBTENIDOS Y VISTOS POR EL REGISTRADOR\***

Paulsboro Public Schools  
662 North Delaware Street  
Paulsboro, NJ 08066

Phone 856-423-5515  
Fax 856-423-4602

**AL DEPARTAMENTO DE REGISTROS DE ESTUDIANTES DEL DIRECTOR:**

Nombre y dirección de la Escuela Anterior:

fax #:

phone #:

Nombre de Estudiante:

Fecha de nacimiento:

Grado:

The above named student(s) has/have registered in the Paulsboro School district. Please forward a complete transcript of the student(s) academic records, including health and confidential records. **Please include their SID#(s)**

**ACADEMIC AND HEALTH RECORDS FORWARD TO:**

**Grades 7-12**

Paulsboro Jr. – Sr. High School  
670 North Delaware Street  
Paulsboro, NJ 08066  
FAX: 856-423-2443

**Grades 3-6**

Loudenslager Elementary School  
100 Baird Avenue  
Paulsboro, NJ 08066  
FAX: 856-423-8914

**Grades PK-2**

Billingsport Early Childhood Ctr.  
441 Nassau Avenue  
Paulsboro, NJ 08066  
FAX: 856-423-8912

**CONFIDENTIAL RECORDS ARE FORWARDED TO:**



Child Study Team Office  
Paulsboro Public Schools  
662 North Delaware Street  
Paulsboro, NJ 08066  
FAX: 856-423-4602

Permiso de los parentes

Por la presente doy permiso para que la escuela mencionada anteriormente libere los registros académicos, de salud, de pruebas y confidenciales de mis hijos al Distrito Escolar Público de Paulsboro.

---

Propiedad de firma principal - Fecha

**ESCUELAS PÚBLICAS DE PAULSBORO**  
**Paulsboro, New Jersey 08066**  
**FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN**

Nombre de estudiante Click or tap here to enter text.

Masculino  Femenino  Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Lugar de nacimiento \_\_\_\_\_

Escuela a la que asistir \_\_\_\_\_ Calificación \_\_\_\_\_ Fecha de Registro \_\_\_\_\_  
 DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ Telefono no. \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Número de celda \_\_\_\_\_

Residiendo con: Padre  Madre  Ambos  Tutor (adjunte prueba de tutela) \_\_\_\_\_

\*\*Dirección de correo electrónico del tutor(es) : \_\_\_\_\_

Padre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Madre \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

guardián \_\_\_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Contacto/Dirección de Emergencia 1. \_\_\_\_\_ Telefono no. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Etnia: Blanco  Negro  Hispano  Indio americano/Alaska  Asiático  Isleño nativo del Pacífico hawaiano

**\*\*\* INDICE TODOS LOS NIÑOS DE LA FAMILIA – TENGA EN CUENTA LA ESCUELA A LA QUE ASISTEN LOS NIÑOS:**

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA A LA QUE ASISTEN ACTUALMENTE

Last School Asistió \_\_\_\_\_ DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

Estaba el estudiante matriculado en una clase de educación especial en el distrito anterior?  SÍ  NO

¿Ha asistido el estudiante alguna vez a las Escuelas Públicas de Paulsboro?  SÍ (Escuela: \_\_\_\_\_)  NO

*Firma del padre / tutor* \_\_\_\_\_

*Fecha* \_\_\_\_\_

**SÓLO PARA USO DE OFICINA**

Se adjunta encuesta sobre el idioma del hogar  Tarjeta de transferencia \_\_\_\_\_  
 Información médica adjunta  Acta de nacimiento adjunta \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

**LUGAR DE RESIDENCIA (MARQUE UNO):**

(El padre DEBE mostrar al oficial de registro uno de los siguientes y adjuntar una copia a este formulario)

El estudiante vive con su familia en su propia casa o apartamento.

Comprobante adjunto: (actual) \_\_\_\_\_ Factura de Impuestos y/o Factura de Agua \_\_\_\_\_ Alquiler \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Estudiante domiciliado con otra familia  
Prueba adjunta: \_\_\_\_\_ Declaración jurada de manutención y \_\_\_\_\_ Declaración del padre/tutor  
\_\_\_\_\_ del menor \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ El estudiante fue colocado en Paulsboro por una agencia u orden judicial.  
Prueba adjunta: \_\_\_\_\_ Carta de la agencia o \_\_\_\_\_ Mandato judicial

\_\_\_\_\_ Estudiante que vive con su familia, pero en casa o departamento de otra persona.  
*(Consulte el Cuestionario de residencia para obtener información adicional)*  
\_\_\_\_\_ Ley McKinney \_\_\_\_\_ Carta del propietario \_\_\_\_\_ Carta del propietario

\_\_\_\_\_  
*Firma del Registrador*                      *Fecha*                      \_\_\_\_\_  
*Fecha principal*

\_\_\_\_\_  
*Firma de la enfermera escolar*                      *Fecha*

**Paso 1: Encuesta sobre el idioma que se habla en casa (versión para padres/familiares)**

**Objetivo:** la encuesta sobre el idioma que se habla en casa se utiliza únicamente con el fin de ofrecer servicios educativos adecuados (de acuerdo con el capítulo 1 de la Herramienta EL del Departamento de Educación de EE. UU.). Esta encuesta es el primero de los tres pasos para determinar si un estudiante es elegible para ser identificado como estudiante de inglés (ELL, por sus siglas en inglés). En este sentido, se entiende por "Casa" el lugar de residencia actual del estudiante.

**Información del estudiante:**

Nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento (AAAA/MM/DD): \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

**Preguntas de la encuesta:**

1.) Liste todos los idiomas que se hablan en la casa del estudiante.

\_\_\_\_\_

2.) ¿El primer idioma hablado por el estudiante fue un idioma distinto del inglés?

\_\_\_\_\_ **No**                      \_\_\_\_\_ **Sí**

3.) ¿El estudiante habla o entiende un idioma distinto del inglés?

\_\_\_\_\_ **No**                      \_\_\_\_\_ **Sí**

4.) Cuando se relaciona con otras personas en casa (por ejemplo: padres, encargados, hermanos), ¿el estudiante entiende o habla en un idioma distinto del inglés **la mayor parte del tiempo**?

\_\_\_\_\_ **No**                      \_\_\_\_\_ **Sí**

5.) Cuando se relaciona con otras personas fuera de casa (por ejemplo, amigos, cuidadores), ¿el estudiante entiende o habla en un idioma distinto del inglés **la mayor parte del tiempo**?

\_\_\_\_\_ **No**                      \_\_\_\_\_ **Sí**

# Distrito Escolar de Paulsboro

662 North Delaware Street, Paulsboro, Nueva Jersey 08066  
Teléfono ( 856) 423-5515 Fax (856) 423-4602

## LISTA DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA PARA LA INSCRIPCIÓN

Para ser completado por el secretario de inscripción del distrito

De acuerdo con la Ley del Estado de Nueva Jersey (NJSA 18A:38-1 y 18A: 7B-12), es necesario determinar la residencia de los estudiantes que ingresan al distrito escolar respondiendo la siguiente pregunta:

1. ¿El estudiante reside en alguna de las siguientes instalaciones? (Marque donde corresponda).

Casa que el padre/tutor posee o alquila (*omita los procedimientos de registro restantes*).

Refugio contra la violencia doméstica

Vivir en casa de familiares o amigos por necesidad.  
(\* abuelo, tía, tío, hermano, hermana, primo, etc.)

Hogar para madres adolescentes en edad escolar

Hotel/Motel/Apartamento

Vivienda familiar para inmigrantes

Refugio para jóvenes fugitivos

Refugio (otro - identificar): \_\_\_\_\_

Fondo de vivienda de transición

Otro (identificar): \_\_\_\_\_

Nombre del estudiante \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_

Nombre de los padres \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Personal del Distrito Escolar: Envíe esta lista de verificación completa y el Formulario de Declaración de Residencia al Enlace para Personas sin Hogar del Distrito Escolar de Paulsboro dentro de dos días.

# Distrito Escolar de Paulsboro

662 North Delaware Street, Paulsboro, Nueva Jersey 08066  
Teléfono ( 856) 423-5515 Fax (856) 423-4602

## FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE RESIDENCIA

Para ser completado en el momento de la inscripción por el padre/tutor

Este es para informar a la Junta de Educación de Paulsboro que mi ( s ) hijo( s )

\_\_\_\_\_

y yo \_\_\_\_\_ (Padre/Tutor)

están \_\_\_ temporalmente o \_\_\_ residiendo permanentemente en la siguiente dirección:

\_\_\_\_\_

Estamos viviendo con \_\_\_\_\_ Teléfono # \_\_\_\_\_.

### Complete todas las secciones que se apliquen a su situación actual :

Actualmente me encuentro sin hogar y vivo por necesidad con la(s) persona(s) mencionada(s) arriba.

No estoy buscando activamente vivienda ni residiendo permanentemente con la persona mencionada anteriormente.

He encontrado una vivienda permanente y ya no deseo que me consideren una persona sin hogar.

Mi último distrito de residencia permanente fue \_\_\_\_\_.

Mi última dirección fue \_\_\_\_\_.

Mi ( s ) hijo( s ) asistieron a la escuela \_\_\_\_\_.

Las causas por las que me quedé sin hogar son:

\_\_\_\_\_

Solicito registrar a mi ( s ) hijo( s ) en el Distrito Escolar de Paulsboro.

Prefiero que mi ( s ) hijo( s ) asistan a la escuela en el distrito escolar anterior.

Nombre del distrito anterior \_\_\_\_\_

Nombre del padre/tutor (por favor imprima) \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Distrito Escolar de Paulsboro

662 North Delaware Street, Paulsboro, Nueva Jersey 08066  
Teléfono ( 856) 423-5515 Fax (856) 423-4602

## DECLARACIÓN JURADA DE PADRE/TUTOR

Para ser completado y devuelto a la escuela por el padre/tutor

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, debidamente prestado juramento, declaro y digo:

1. Tengo mi domicilio en la siguiente dirección:

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

2. Afirmo que mi( s ) hijo(s) \_\_\_\_\_ reside temporalmente en la residencia de familiares o amigos aquí nombrados:

\_\_\_\_\_  
porque mi familia carece de una residencia propia regular o permanente de acuerdo con NJAC 6A:17-2.3(A)(3).

3. Certifico que no soy capaz de mantener o brindar cuidado a mi(s) hijo(s) debido a dificultades familiares o económicas, y que mi( s ) hijo (s) no reside(n) con familiares o amigos únicamente para recibir una educación gratuita y/o mejor por NJAC 6A:28-2.4(A)(2)(I)(2).
4. Entiendo que la elegibilidad de mi( s ) hijo(s) puede estar sujeta a una reevaluación y que se puede solicitar la matrícula en caso de que se determine que mi(s) hijo(s) no son elegibles como resultado de fraude o información falsa.
5. Me han consultado y entiendo que el distrito de residencia tomará la decisión con respecto a la ubicación educativa de mi(s) hijo(s) y, si no estoy de acuerdo con esa decisión, tengo derecho a apelar ante el Superintendente de Escuelas del Condado.
6. Esta declaración jurada se realiza para satisfacer los requisitos de NJSA 18A:38-I y NJAC 6A ;17 .
7. Esta declaración se hace bajo juramento. Soy consciente de que si alguna de las declaraciones anteriores hechas en la Declaración Jurada es intencionalmente falsa, puedo estar sujeto a castigo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

Jurado y suscrito ante mí el \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Registrador

# *Distrito Escolar de Paulsboro*

662 North Delaware Street, Paulsboro, Nueva Jersey 08066  
Teléfono ( 856) 423-5515 Fax (856) 423-4602

## **DECLARACIÓN JURADA DE RESIDENTE**

Para ser completado y devuelto a la escuela por el propietario

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, debidamente prestado juramento, declaro y digo:

1. Tengo mi domicilio en la siguiente dirección dentro de Paulsboro:

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

2. Afirmando que el niño( s ) en edad escolar:

\_\_\_\_\_ está( n) residiendo en mi residencia temporalmente por necesidad porque la familia del niño( s ) carece de una residencia propia regular o permanente de acuerdo con NJAC 6A:17-2.3(a)(3).

3. Esta declaración jurada se realiza para satisfacer los requisitos de NJSA 18A:38-I y NJAC 6A:17.
4. Esta declaración se hace bajo juramento. Soy consciente de que si alguna de las declaraciones anteriores hechas en la Declaración Jurada es intencionalmente falsa, puedo estar sujeto a castigo.

\_\_\_\_\_  
Firma del propietario

Jurado y suscrito ante mí este \_\_\_\_\_ día de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público

## **CONSULTA DE PADRES**

Yo, el padre/tutor del niño( s ) mencionado anteriormente, entiendo que el distrito de residencia tomará la decisión sobre su ubicación educativa basándose en el mejor interés del niño( s ) después de consultarme. Si no estoy de acuerdo con esa decisión, sé que puedo apelar ante el Superintendente de Escuelas del condado.

El padre/tutor está de acuerdo con la colocación: Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**FORMULARIO DE INFORMACIÓN DE RESIDENCIA DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE PAULSBORO**

Para ser completado por la persona que registra al niño para la escuela.

Nombre del(de los) estudiante(s): \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Dirección del Padre \_\_\_\_\_

Dirección del Padre \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que registra al estudiante(s) si no es el padre: \_\_\_\_\_

Relación con el(los) estudiante(s): \_\_\_\_\_

Dirección de la persona que registra al(los) estudiante(s): \_\_\_\_\_

Phone Number \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Dirección donde residirán los estudiantes: \_\_\_\_\_

Tipo de residencia: Alquiler  Yes  No  
Purchase/Own  Yes  No  
Temporary  Yes  No

If temporary, please explain: \_\_\_\_\_

Otra (please explain): \_\_\_\_\_

**La Escuela Pública de Paulsboro investigará a todos los nuevos inscritos con el fin de verificar la residencia legal para los propósitos de los estudiantes que asisten a las escuelas.**

Firma de la persona que registra al(los) estudiante(s): \_\_\_\_\_

(Atestigua que las declaraciones e información anteriores son verdaderas.)

Al día \_\_\_\_\_

## ESCUELAS PÚBLICAS DE PAULSBORO

Centro de Primera Infancia Billingsport \_\_\_\_\_ Escuela Loudenslager \_\_\_\_\_ Escuela secundaria Paulsboro Jr. \_\_\_\_\_ Escuela secundaria Paulsboro Sr. \_\_\_\_\_  
Teléfono: 856-423-2226      Teléfono: 856-423-2228      Teléfono: 856-423-2225      Teléfono: 856-423-2222  
Fax: 856-423-8912      Fax: 856-423-8914      Fax: 856-423-2443      Fax: 856-423-2443

### HISTORIA DE SALUD

**POR FAVOR DEVUELVA ESTE FORMULARIO DENTRO DE LOS 30 DÍAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE ESCUELA DE SU HIJO. Si no se devuelve, su hijo será excluido de la escuela.**

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono y celular \_\_\_\_\_

Nombres de los padres/tutores \_\_\_\_\_

#### PERINATAL

- |  |            |              |
|--|------------|--------------|
| 1. al nacer del niño                   | Peso _____ | Altura _____ |
| 2. Complicaciones del embarazo o parto | _____      | _____        |
| 3. Gestación / Prematuridad            | _____      | _____        |
| 4. Problemas respiratorios             | _____      | _____        |
| 5. Problemas de alimentación           | _____      | _____        |
| 6. Defectos congénitos                 | _____      | _____        |

#### DE DESARROLLO

- ¿A qué edad el niño caminó \_\_\_\_\_ habló \_\_\_\_\_
- ¿A qué edad aprendió el niño a ir al baño \_\_\_\_\_ ?
- Preferencia de mano \_\_\_\_\_

#### HISTORIAL MÉDICO - ( NO DEJE NINGÚN ÁREA EN BLANCO, COLOQUE "N/A" SI NO CORRESPONDE).

- |  | <u>Tipo</u> | <u>Fecha</u> |
|--|-------------|--------------|
| 1. Alergias (estacionales/alimentarias y no alimentarias)            | _____       | _____        |
| 2. Sensibilidades a los medicamentos                                 | _____       | _____        |
| 3. Hepatitis   | _____       | _____        |
| 4. Enfermedades neuromusculares                                      | _____       | _____        |
| 5. Asma (indique si el estudiante tendrá medicamentos en la escuela) | _____       | _____        |
| 6. Varicela  | _____       | _____        |
| 7. Convulsiones (Fecha de la convulsión más reciente)                | _____       | _____        |
| 8. Diabetes  | _____       | _____        |
| 9. Enfermedad cardíaca   | _____       | _____        |
| 10. Infecciones del oído medio (crónicas/frecuentes)                 | _____       | _____        |
| 11. Fiebre reumática   | _____       | _____        |
| 12. Infecciones por estreptococos (crónicas/frecuentes)              | _____       | _____        |
| 13. Operaciones o Lesiones<br>( por favor explique) _____            | _____       | _____        |
| 14. Medicamentos actuales  | _____       | _____        |
| 15. Limitaciones de actividades                                      | _____       | _____        |
| 16. Restricciones de alimentos                                       | _____       | _____        |
| 17. Otro _____   | _____       | _____        |

#### FAMILIA

Cambios recientes en la vida familiar \_\_\_\_\_

Enfermedades crónicas en la historia familiar \_\_\_\_\_

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**ESTE FORMULARIO DEBE DEVOLVERSE A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA DENTRO DE LOS 30 DÍAS.**

**ESCUELAS PÚBLICAS DE PAULSBORO**

Centro de Primera Infancia Billingsport \_\_\_\_ Escuela Loudenslager \_\_\_\_ Escuela secundaria Paulsboro Jr. \_\_\_\_ Escuela secundaria Paulsboro Sr. \_\_\_\_

Teléfono: 856-423-2226

Teléfono: 856-423-2228 Teléfono: 856-423-2225

Teléfono: 856-423-2222

Fax: 856-423-8912

Fax: 856-423-8914

Fax: 856-423-2443

Fax: 856-423-2443

**EXAMEN FÍSICO**

**ESTE FORMULARIO DEBE SER COMPLETADO POR EL MÉDICO DEL NIÑO Y DEVUELTO A LA ESCUELA DENTRO DE LOS 30 DÍAS DESPUÉS DEL PRIMER DÍA DE ESCUELA DE SU HIJO. Si no se devuelve, su hijo será excluido de la escuela.**

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Grado \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Nombres de los padres/tutores \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Altura \_\_\_\_\_

Peso \_\_\_\_\_

Presión arterial \_\_\_\_\_

Agudeza de la visión:

OD \_\_\_\_\_

SO \_\_\_\_\_

Audiencia:

Correcto \_\_\_\_\_

Izquierda \_\_\_\_\_

Orejas ( otoscópicas ) \_\_\_\_\_

Ojos \_\_\_\_\_

Glándulas linfáticas \_\_\_\_\_

Tiroides \_\_\_\_\_

Nariz \_\_\_\_\_

Garganta \_\_\_\_\_

Dientes-Boca \_\_\_\_\_

Corazón \_\_\_\_\_

Pulmones \_\_\_\_\_

Abdomen \_\_\_\_\_

Hernia \_\_\_\_\_

Genito -Urinario \_\_\_\_\_

Ortopédico:

Estructural \_\_\_\_\_

Postura \_\_\_\_\_

Pies \_\_\_\_\_

Piel \_\_\_\_\_

Nutrición \_\_\_\_\_

Sistema nervioso \_\_\_\_\_

Habla \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Apariencia general \_\_\_\_\_

Por favor explique a continuación cualquier deficiencia/recomendación:

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

Nombre del médico \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Firma del médico \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_





## Departamento de Educación de New Jersey

### Encuesta de Información sobre Hogares 2023 – 2024

Condado:  Distrito:  Escuela:

Por favor complete, firme y entregue este formulario en la escuela de su hijo(a).

#### Parte A. Miembros del hogar

Llene la información para cada persona que viva en su hogar (adultos y niños). Si necesita ayuda para determinar quién debe ser incluido como parte de su hogar, consulte las instrucciones en la tercera página.

	Enumere a todos los que vivan en su hogar: Nombres (Apellido[s], Nombre[s])	Fecha de nacimiento XX-XX-XXXX	Nombre de la escuela a la que asiste el alumno (si corresponde)	Grado escolar	Información sobre el alumno (indique lo que corresponda)			
					Migrante	No tiene hogar	Bajo crianza	En Head Start
1.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Si en su hogar viven más de 8 personas, enumere a las personas adicionales en una hoja de papel aparte, y siga las instrucciones especiales en la Parte C.

#### Parte B. Beneficios recibidos (si corresponde)

1) Si alguien de su hogar recibe FDPIR, TANF o SNAP, marque la(s) casilla(s) correspondiente(s):

FDPIR    TANF    SNAP

2) Si marcó alguna casilla, escriba el nombre completo (apellido[s], nombre[s]) y el número de caso de 10 dígitos de cualquier persona que reciba ese beneficio, y pase a la Parte D.

Nombre:  Caso No:

**Parte C. Tamaño del hogar e ingreso bruto (antes de deducciones)**

Si necesita ayuda para determinar su ingreso anual, consulte la página 3 de la encuesta.

- Hogares hasta con 8 personas: Marque la casilla a continuación que refleje el Rango de ingreso anual correspondiente al ingreso anual total en su hogar.
- Si en su hogar viven más de 8 personas, no marque un rango de ingresos, sino que siga las instrucciones especiales que aparecen debajo de las casillas 1 a 17.

**Rangos de ingreso anual en el hogar\***

- |   |   |  |  |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. \$0-\$18,954      | <input type="checkbox"/> 5. \$32,319-\$36,482 | <input type="checkbox"/> 9. \$45,992-\$52,364  | <input type="checkbox"/> 13. \$65,010-\$65,728 |
| <input type="checkbox"/> 2. \$18,955-\$25,636 | <input type="checkbox"/> 6. \$36,483-\$39,000 | <input type="checkbox"/> 10. \$52,365-\$55,500 | <input type="checkbox"/> 14. \$65,729-\$74,518 |
| <input type="checkbox"/> 3. \$25,637-\$26,973 | <input type="checkbox"/> 7. \$39,001-\$45,682 | <input type="checkbox"/> 11. \$55,501-\$59,046 | <input type="checkbox"/> 15. \$74,519-\$84,027 |
| <input type="checkbox"/> 4. \$26,974-\$32,318 | <input type="checkbox"/> 8. \$45,683-\$45,991 | <input type="checkbox"/> 12. \$59,047-\$65,009 | <input type="checkbox"/> 16. \$84,028-\$93,536 |
|   |   |  | <input type="checkbox"/> 17. \$93,537+         |

**\*Instrucciones especiales para hogares donde vivan más de 8 personas: No marque las casillas anteriores. En lugar de ello, complete lo siguiente:**

Tamaño del hogar (cantidad de personas):  Ingreso anual total: \$

**Parte D: Certificación**

El cabeza de hogar o el adulto designado que completó este formulario debe completar esta sección de certificación.

Yo certifico (prometo) que toda la información contenida en este formulario es verídica y que se ha comunicado todo el ingreso según entiendo. Entiendo que este formulario puede afectar la cantidad de financiamiento estatal o federal asignado a mi distrito escolar local. Entiendo que la información que he proporcionado puede ser verificada.

Firme aquí: X \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta:

Fecha:

Últimos cuatro (4) dígitos de su número de Seguro Social (opcional): XXX-XX- (podría usarse para verificar la precisión de la información provista)

Dirección:  Ciudad:  Código postal:

Tel. de casa:  Tel. del trabajo:  Correo electrónico (opcional):

**No llene esta sección. Es para uso exclusivo de la escuela.**

Status: F:  R:  N:

Reason for ineligibility: \_\_\_\_\_

Determining Official's Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Confirming Official's Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

## Departamento de Educación de New Jersey

### Encuesta de Información sobre Hogares

Esta encuesta se utiliza para determinar la elegibilidad para recibir beneficios estatales para los que su(s) hijo(a)(s) podría(n) calificar. Por favor complete, firme y entregue este formulario en la escuela de su hijo(a).

#### Parte A: ¿A quién debo incluir como parte de mi "Hogar"?

Se debe incluir usted mismo y todas las personas que vivan en su hogar, estén o no emparentadas (por ejemplo, hijos, abuelos, otros parientes y amigos), que compartan ingresos y gastos. Si vive con otras personas que sean económicamente independientes (no compartan su ingreso con usted ni con sus hijos, y pagan por una parte de los gastos), no las incluya.

#### Parte B: ¿Cuáles son los beneficios recibidos?

**TANF:** Asistencia Temporal para Familias Necesitadas de NJ (WorkFirst NJ)

**SNAP:** Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (antes llamado cupones de alimentos)

**FDPIR:** Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas

#### Parte C: ¿Qué se incluye en "Ingreso anual en el hogar"?

El Ingreso anual en el hogar incluye lo siguiente:

- **Ganancias brutas en el trabajo:** Indique su ingreso bruto, no el dinero que se lleva a casa. Ingreso bruto es la cantidad que gana antes de impuestos y otras deducciones. Esta información se encuentra en su talón de pago o, si no está seguro, su supervisor le puede proporcionar esta información. El ingreso neto solo debe reportarse si tiene un negocio propio, una granja o ingreso derivado de un alquiler.
- **Asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia:** Incluya la cantidad total que todas las personas de su hogar reciban de estas fuentes. No incluya pagos de SNAP o FDPIR.
- **Pensiones, jubilación, Seguro Social, ingreso de seguridad suplementario (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios de VA) y beneficios por incapacidad:** Incluya la cantidad que todas las personas de su hogar reciban de estas fuentes.
- **Todos los demás ingresos:** Incluya el ingreso de todas las personas de su hogar: compensación a trabajadores, beneficios de desempleo o huelga, ingreso derivado de un alquiler, intereses y dividendos, contribuciones regulares recibidas de quienes no vivan en su hogar, y cualquier otro ingreso percibido. No incluya ingreso de WIC, beneficios educativos federales ni pagos por cuidado de crianza recibidos por miembros de su hogar.
- **Subsidios militares para vivienda y sueldo por combate:** Incluya subsidios para vivienda fuera de la base militar y subsidios para comida o ropa. No incluya la Iniciativa militar para vivienda privatizada ni el sueldo por combate.
- **Sueldo por horas extra:** Incluya el sueldo por horas extra **SOLAMENTE** si lo recibe periódicamente.

¿Cómo calculo el ingreso total en el hogar recibido de diversas fuentes y/o de manera semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual?

- 1) Anualice el sueldo correspondiente a cada fuente de ingreso basándose en las definiciones anteriores para cada miembro del hogar.  
a. Use la tabla a continuación para convertir su sueldo a una cantidad de Ingreso anual.

Frecuencia del pago	Cantidad de conversión a ingreso anual
Semanal	= 52 x ingreso bruto semanal (no el dinero que lleva a casa)
Quincenal (cada dos semanas)	= 26 x ingreso bruto quincenal (no el dinero que lleva a casa)
Dos veces al mes	= 24 x cantidad bruta recibida dos veces al mes (no el dinero que lleva a casa)
Mensual	= 12 x ingreso bruto mensual (no el dinero que lleva a casa)

- 2) Suma el sueldo anualizado de cada persona de su hogar y obtendrá el ingreso total anual en el hogar para la Parte C.

3) Si en su hogar viven 8 personas o menos, marque la casilla que muestre el rango de su ingreso total. Si en su hogar viven más de 8 personas, no marque ninguna casilla; en lugar de ello, anote cuántas personas viven en el hogar y el ingreso anual total de todas ellas en el espacio correspondiente.

Si su ingreso fluctúa, incluya el sueldo o salario que reciba periódicamente. Por ejemplo, si normalmente gana \$1,000 al mes, pero el mes pasado faltó unos días al trabajo y ganó \$900, bájese en \$1,000 mensuales para indicar su ingreso anual. Si perdió su trabajo o le bajaron sus horas o sueldo, ingrese cero o su ingreso reducido actual.

Encontrará información adicional sobre esta encuesta en: <http://www.state.nj.us/education/finance/cep/>.

