

DISTRITO ESCOLAR CENTRAL DE MIDDLE COUNTRY
REQUISITOS PARA INSCRIPCION
25 N. Bicycle Path en Selden, NY

NÚMERO DE TELÉFONO: (631) 285-8890

- Original y fotocopia del acta de nacimiento
 - Número de FAX a la escuela anterior y transferencia o documentos de retiro de la escuela anterior
 - Dos pruebas de residencia en el Distrito Escolar Central de Middle Country:
 - Facturas de servicios públicos actuales (electricidad, gas, combustible, agua, televisión por cable o satélite)
 - Estado actual de la hipoteca
 - Escritura de su casa
 - Última factura de impuestos de propiedad
 - Compromiso de hipoteca (residencia existente solamente) con póliza de seguro de propietario
 - Póliza de seguro del inquilino actual
 - Contrato de arrendamiento original de la firma de administración de arrendamientos, como Fairfield Properties o Island View
 - O -
 - Declaración jurada de registro del distrito firmada y notarizada por el propietario con una copia de la factura de impuestos a la propiedad del propietario
- La licencia de conducir, las tarjetas de seguro y los estados de cuenta bancarios o de crédito no son comprobantes aceptables de residencia**
- Papeles de custodia, si es aplicable
 - Registro de inmunización: un certificado de inmunización firmado o sellado con membrete del médico o un registro de salud firmado por una escuela anterior que indique las fechas específicas de las cantidades. (revise vacunas requeridas para estudiantes)
 - Las exenciones religiosas o médicas a estos requisitos deben presentarse a los oficiales escolares por escrito. Formularios disponibles en Registro Central.
 - Padre / Guardián debe traer foto identificación con usted



CUESTIONARIO DE VIVIENDA

Nombre del Distrito Escolar: MCCSD

Nombre de la Escuela: TBD

Nombre del Estudiante: _____

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: Hombre
 Mujer

Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____
Mes Día Año

Grado: ____ ID#: ____
(jardín de infantes – 12) (opcional)

Dirección: _____ Teléfono: _____

Su respuesta abajo permitirá al distrito escolar definir los servicios que puede aprovechar su hijo/hija según el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripción inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunización, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles según el Acto de McKinney-Vento tienen además derecho al transporte gratuito y otros servicios que ofrece el distrito escolar.

¿Dónde está el estudiante viviendo actualmente? (Por favor marque una caja.)

- En un refugio
- Con otra familia o otra persona debido a la pérdida del hogar o a dificultades económicas
- En un hotel/motel
- En un carro, parque, autobús, tren, o camping
- Otra vivienda temporal (Por favor describa):

En un hogar permanente

Nombre de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Firma de Padre, Guardián, o
Estudiante (para jóvenes sin acompañamiento)

Fecha



**MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT
STUDENT REGISTRATION FORM**

NEW STUDENT

RE-ENTRY

STUDENT INFORMATION

STUDENT ID #	Last Name		First Name		Middle Name		Sex	Date of Birth
	Birthplace City			State	Country		If not USA, Date of Entry to USA	
BUILDING	CHILD'S ETHNIC AND RACE INFORMATION							
	Please answer the two-part question				Is the child Hispanic or Latino?		YES	NO
	Please indicate any race group that applies, select one or more.					B – Black or African American		
	P – Native Hawaiian/Other Pacific Islander					W – White		
GRADE	I – American Indian or Alaskan Native					A – Asian		
	PREVIOUS SCHOOL INFORMATION							
ESL	Last School Attended			Grade Level	Name of District			
SPED	Address							
Does your child receive any Special Education Services?							Yes	No
COMPLETE IF STUDENT IS RE-ENTERING THE MIDDLE COUNTRY SCHOOL DISTRICT								
Last Date and School Attended								

ATTACHED

Immunizations	
Custody Papers	

PARENT/GUARDIAN INFORMATION (where child resides)

<p>Proof of Residence</p> <input type="checkbox"/> House Deed <input type="checkbox"/> Property Tax Bill <input type="checkbox"/> Mortgage Statement <input type="checkbox"/> Homeowners Insurance Policy <input type="checkbox"/> Landlord Affidavit <input type="checkbox"/> Utility Bill (2) <input type="checkbox"/> Apartment Complex Lease	Last Name – Parent 1 or Guardian 1		First Name		Relationship to child <input type="checkbox"/> Birth/Adopted Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Custodial Care <input type="checkbox"/> Foster Care <input type="checkbox"/> Step Parent	
	Cell Number ()		Work Number ()			
	Email:					
	Last Name – Parent 2 or Guardian 2		First Name		Relationship to child <input type="checkbox"/> Birth/Adopted Parent <input type="checkbox"/> Legal Guardian <input type="checkbox"/> Custodial Care <input type="checkbox"/> Foster Care <input type="checkbox"/> Step Parent	
	Cell Number ()		Work Number ()			
	Email:					
	Resident Address					
	STREET		TOWN		STATE ZIP	
	Mailing Address (if different)				Home Telephone ()	
	Is a second language spoken in the home?		Yes	No	If yes, what is the language?	
Is enrollment related to Homelessness?					Yes	No
IF APPLICABLE PROVIDE NAME, ADDRESS AND PHONE NUMBERS OF PARENT NOT LIVING WITH CHILD						
NAME				Home Number ()		
STREET				Cell Number ()		
TOWN				Work Number ()		
STATE ZIP				Email ()		
SHOULD THIS PARENT RECEIVE SCHOOL MAILINGS?				Yes	No	

Parent/Guardian Signature _____ **Date:** _____



SIBLING INFORMATION - Please list all other children in family including infants.

Last Name	First Name	Middle Name	Sex	Date of Birth	Grade (if any)

MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT AT CENTEREACH

Central Registration 25 N Bicycle Path, Selden, NY 11784 Ph: 631-285-8890

Roberta A. Gerold, Ed. D. Superintendent of Schools

PREVIOUS SCHOOL FAX# or E MAIL _____

My Child _____ formerly a student in Grade _____ of your school has been registered in Middle Country Central School District, Centereach, NY. Please send the following information to the SCHOOL INDICATED BELOW:

Cumulative Records

A copy of the Permanent Record

All pertinent psychological and testing information which will be of value in placing this student.

Current Report Card.

All science labs, if applicable.

All ENL related testing scores, including, NYSESLAT and NYSITELL

Thank you for your cooperation.

Parent/Guardian's Signature

Date

CENTEREACH HS fax:
A-F 631-285-8195
G-N 631-285-8225
O-Z 631-285-8139

EUGENE AUER MEMEORIAL ELEMENTARY
17 WING ST
LAKE GROVE NY 11755
Ph: 631-285-8500 fax: 631-285-8501

OXHEAD ROAD ELEMENTARY
144 OXHEAD RD
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8700 fax: 631-285-8701

NEWFIELD HS
GUIDANCE DEPT
145 MARSHALL DR
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8330 fax: 631-285-8336

HAWKINS PATH ELEMENTARY
485 HAWKINS RD
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8530 fax: 631-285-8531

STAGECOACH ELEMENTARY
205 DARE RD
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8730 fax: 631-285-8731

DAWNWOOD MS
GUIDANCE DEPT
10 43RD STREET
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8210 fax: 631-285-8201
akostrna@mccsd.net

HOLBROOK ROAD ELEMENTARY
170 HOLBROOK AVE
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8560 fax: 631-285-8561

UNITY DRIVE KDG CENTER
11 UNITY DR
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8760 fax: 631-285-8761

JERICO ELEMENTARY SCHOOL
34 N COLEMAN RD
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8600 fax: 631-285-8601

BICYCLE PATH KDG CENTER
27 N BICYCLE PATH
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8805 fax: 631-285-8801

SELDEN MS
GUIDANCE DEPT
22 JEFFERSON AVE
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8410 fax: 631-285-8423

NEW LANE MEMORIAL ELEMENTARY
15 NEW LANE
SELDEN NY 11784
NEW LANE MEMORIAL ELEMENTARY
Ph: 631-285-8900 fax: 631-285-8901

SPECIAL EDUCATION/PUPIL PERSONNEL
25 N BICYCLE PATH STE. A
SELDEN NY 11784
Ph: 631-285-8850 fax: 631-285-8851

CENTRAL REGISTRATION
centralreg@mccsd.net

NORTH COLEMAN RD ELEMENTARY
197 N COLEMAN RD
CENTEREACH NY 11720
Ph: 631-285-8660 fax: 631-285-8661

The mission of the MCCSD is to empower and inspire all students to apply the knowledge, skills, and attitudes necessary to be creative problem solvers, to achieve personal success, and to contribute responsibly in a diverse and dynamic world.

ESTIMADOS PADRES O TUTORES:

CUANDO SU HIJO/A INGRESA A LA ESCUELA, ESTABLECEMOS UN ARCHIVO DE REGISTRO ACUMULATIVO QUE NOS PERMITE COMPRENDER MEJOR SUS NECESIDADES. DE MÁS ESTÁ DECIR QUE TODA LA INFORMACIÓN SE MANTENDRÁ ESTRICTAMENTE CONFIDENCIAL, POR LO QUE LE PEDIMOS QUE RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS EN LETRA IMPRENTA Y DE MANERA PROLIJA. GRACIAS POR SU COOPERACIÓN.

NOMBRE _____ SEXO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ ESCUELA _____

DIRECCIÓN _____ N.º DE TEL. DEL HOGAR _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR _____ N.º DE CELULAR _____

NOMBRE DE LA MADRE/TUTORA _____ N.º DE CELULAR _____

LUGAR DE EMPLEO DE LOS PADRES

PADRE/TUTOR _____ N.º DE TEL. DEL TRABAJO _____

MADRE/TUTORA _____ N.º DE TEL. DEL TRABAJO _____

MÉDICO AL QUE SE DEBE LLAMAR EN CASO DE EMERGENCIA _____ N.º DE TELÉFONO _____

EL TRANSPORTE DE UN NIÑO ENFERMO QUEDARÁ A CARGO DE LOS PADRES O DE LAS PERSONAS MENCIONADAS ANTERIORMENTE SI HUBIERA ALGUNA MODIFICACIÓN EN LA INFORMACIÓN MENCIONADA ANTERIORMENTE, LOS PADRES SERÁN LOS RESPONSABLES DE NOTIFICAR A LA ENFERMERA DE LA ESCUELA.

FOR OFFICE USE ONLY:

_____ IMMUNIZATION RECORD VERIFIED/ATTACHED

Initials of Central Registration staff member _____

INDIQUE SI SU HIJO/A TIENE ALGUNO DE ESTOS ANTECEDENTES Y DESCRIBA A CONTINUACIÓN:

ANEMIA _____ ASMA _____ ALERGIAS _____ DIABETES _____ EPILEPSIA _____
 ENFERMEDAD CARDÍACA _____ ENFERMEDAD RENAL _____ TUBERCULOSIS O CONTACTO CON TB _____

ENFERMEDADES GRAVES, LESIONES, OPERACIONES _____
 EXPLICACIÓN DE LO MENCIONADO ANTERIORMENTE: _____

¿TOMA ALGÚN MEDICAMENTO REGULARMENTE? NO _____ SÍ _____
 ¿SE LE ADMINISTRARÁN MEDICAMENTOS DURANTE EL HORARIO ESCOLAR? NO _____ SÍ _____

LA LEY DEL ESTADO DE NUEVA YORK REQUIERE QUE LOS PADRES PRESENTEN UNA SOLICITUD POR ESCRITO A LA ESCUELA, LA CUAL DEBE ESTAR ACOMPAÑADA POR UNA SOLICITUD POR ESCRITO DE PARTE DEL MÉDICO, EN LA QUE SE INDIQUE LA FRECUENCIA Y LA DOSIS DEL MEDICAMENTO RECETADO. LOS PADRES DEBEN TRAER ESTE MEDICAMENTO EN UN FRASCO PARA MEDICAMENTOS.

PROBLEMAS DE LA VISTA: NO _____ SÍ _____ ESPECIFIQUE _____
 USA ANTEOJOS NO _____ SÍ _____ FECHA DEL EXAMEN _____
 NOMBRE DEL DR./DIRECCIÓN _____

PROBLEMAS AUDITIVOS NO _____ SÍ _____ USA AUDÍFONOS NO _____ SÍ _____
 ESPECIFIQUE: _____

FECHA DEL ÚLTIMO EXAMEN _____
 NOMBRE DEL MÉDICO _____
 DIRECCIÓN _____

SI REQUIERE ALGUNA MODIFICACIÓN EN EL PROGRAMA ESCOLAR, DEBE PRESENTAR LA RECOMENDACIÓN ESCRITA DEL MÉDICO.
 FIRMA DEL PADRE, MADRE O TUTOR _____



Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire - HLQ)

*Estimados padres o persona en relación parental:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él o ella, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas.
Gracias.*

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

HOME LANGUAGE CODE

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

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:	
SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
District Name (Number) & School	Address

Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela _____
9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.
 Sí* No No se sabe
 * En caso afirmativo, por favor explique: _____
- ¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? Poca gravedad Algo grave Muy grave
- 10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? No Sí* *Por favor, llene 10b.
- 10b. *Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?
 No Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____
- Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):
 De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) 3 a 5 años (Educación Especial) 6 años o mayor (Educación Especial)
- 10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? No Sí
11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

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

_____ Firma de un padre o de la persona en relación paternal

_____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____

_____ Fecha

Relación con el estudiante: Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

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

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

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: No Yes

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

_____ Mo. DAY YR.

OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:

- ADMINISTER NYSITELL
 ENGLISH PROFICIENT
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

_____ Mo. DAY YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

- ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING

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

MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

**ESTADO DE NUEVA YORK
CONDADO DE SUFFOLK**

AFIDAVIT DE REGISTRACION

La siguiente persona(s) _____

Residen en el _____

que esta dentro de los Limites del Distrito Escolar de Middle Country. Si el Distrito Escolar de Middle Country determina que la person aqui mencionada no reside en esta direccion o se ha mudado, yo entiendo que sere responsable por el pago del estudio de cada estudiante que asistio al Distrito Escolar de Middle Country, en ese momento ese(esos) estudiante(s) seran dado de baja de los registro de asistencia y no seran permitidos a asistir a una escuela en el Distrito Escolar de Middle Country.

Usted entiende que este affidavit es hecho bajo juramento, que esta declaracion es verdad; del cual depende el Consejo de Administracion de Middle Country y, que si la informacion dada en este affidavit es falsa, el estudiante no sera permitido asistir al Distrito Escolar. El distrito entonces tomara acciones legales para recauder el dinero y un referido sera hecha a la oficina de Abogados del distrito por representacion falsa.

firma de la persona

Print Name

numero de telefono

Document provided by Homeowner:
 Property Tax Bill: must be presented to MCCSD Central
Registration Office

Jurado ante mi
_____ dia de _____, 20____

Notario Publico

MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

STATE OF NEW YORK
COUNTY OF SUFFOLK

REGISTRATION AFFIDAVIT

The following person(s) _____

Reside(s) at _____

which is within the boundaries of the Middle Country Central School District. In the event that the Middle Country Central School District determines that the above person(s) does not reside at this address or has moved out, I understand that I will be liable for tuition for each student that attended the Middle Country Central School District and at that time the student (s) will be dropped from the attendance register and will no longer be allowed to attend school within the Middle Country Central School District.

Your deponent understands that this affidavit is made under oath; that the statements are true; that the Middle Country Board of Education will rely thereon and, if the information provided in the affidavit is false, the student will not be permitted to attend the district. The district will then take legal action to recover tuition and a referral will be made to the Suffolk County District Attorney's office for fraudulent misrepresentation.

Signature of Deponent (Homeowner)

Print Name

Telephone Number

Document provided by Homeowner:
___ Property Tax Bill: must be presented to MCCSD
Central Registration Office

Taken and Sworn to before me this
_____ day of _____, 20 _____

Notary Public

Año escolar 2023-2024

Requisitos de vacunación del estado de Nueva York para inscribirse/asistir a la escuela¹

NOTAS:

Todos los niños deben estar vacunados según su edad para asistir a la escuela en el estado de Nueva York. La cantidad de dosis depende del programa recomendado por el Comité Asesor sobre Prácticas de Vacunación (Advisory Committee on Immunization Practices, ACIP). Los intervalos entre las dosis de vacunas deben corresponder al [Calendario de Vacunación de Niños y Adolescentes Recomendado por el ACIP](#). Las dosis aplicadas antes de la edad mínima o de los intervalos mínimos no son válidas y no se tienen en cuenta al calcular la cantidad de dosis que se mencionan abajo. Consulte las notas al pie de página para obtener información específica sobre cada vacuna. Los niños que se inscriben en clases sin grado deben cumplir los requisitos de vacunación de los grados para los que son equivalentes en edad.

Se DEBEN leer los requisitos de dosis con las notas al pie de página de este programa

Vacunas	Prekindergarten (guardería infantil, programa Head Start, guardería o pre-K)	Kindergarten y 1.º, 2.º, 3.º, 4.º y 5.º grado	6.º, 7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado	12.º grado
Vacuna con toxoide diftérico y tetánico y vacuna contra la tos ferina (DTaP/DTP/Tdap/Td)²	4 dosis	5 dosis o 4 dosis si la cuarta dosis se aplicó a los 4 años de edad o más, o 3 dosis si tiene 7 años o más y la serie se inició a partir del año		3 dosis
Refuerzo de la vacuna con toxoide diftérico y tetánico y la vacuna contra la tos ferina (Tdap) para adolescentes³		No corresponde		1 dosis
Vacuna antipoliomielítica (IPV/OPV)⁴	3 dosis	4 dosis o 3 dosis si la tercera dosis se aplicó a los 4 años de edad o más		
Vacuna contra sarampión, paperas y rubéola (MMR)⁵	1 dosis	2 dosis		
Vacuna contra la hepatitis B⁶	3 dosis	3 dosis o 2 dosis de la vacuna contra la hepatitis B para adultos (Recombivax) para niños que recibieron las dosis en intervalos de al menos 4 meses entre los 11 y los 15 años de edad		
Vacuna contra la varicela⁷	1 dosis	2 dosis		
Vacuna antimeningocócica conjugada (MenACWY)⁸		No corresponde	7.º, 8.º, 9.º, 10.º y 11.º grado: 1 dosis	2 dosis o 1 dosis si la dosis se aplicó a los 16 años de edad o más
Vacuna conjugada contra Haemophilus influenzae tipo B (Hib)⁹	1 a 4 dosis	No corresponde		
Vacuna neumocócica conjugada (PCV)¹⁰	1 a 4 dosis	No corresponde		

OFICINA DE IDENTIFICACIÓN Y RECLUTAMIENTO- ENCUESTA PARA PADRES

El programa de Educación para Migrantes (MEP), está autorizado por el Título I, Parte C de la Acta de Educación Elemental y Secundaria (ESEA). EL MEP provee una variedad de servicios educativos para las familias que trabajan en la agricultura, **sin importar su nacionalidad o estado legal**. Este programa **es gratuito** para aquellas familias elegibles y puede incluir servicios de tutorías, elegibilidad de almuerzo gratuito en la escuela, excursiones, programa de verano, actividades de involucramiento para padres, programa de emergencias y referidos a otras organizaciones o agencias.

Por favor tome unos minutos para completar este cuestionario.

¿Usted o algún miembro de su familia ha trabajado o buscado trabajo en algunas de las siguientes ocupaciones en los pasados 3 años?

- Cualquier trabajo agrícola (como plantando, seleccionando, o cosechando frutas o vegetales, cultivando o cortando flores o árboles, trabajo en lechería u otro rancho de animales, pescando, etc.)
- Trabajando en la cultivación o procesamiento de los árboles.
- Trabajando en una planta de procesamiento, empacando, lavando o cortando vegetales, frutas o carnes.



Si usted contestó que sí, por favor complete la siguiente información:

Nombre del Padre/Encargado: _____

Dirección Física: _____

Teléfono: (____) - _____ - _____ Mejor tiempo para ser contactado _____ AM/PM

Dirección anterior: _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Nombre del estudiante: _____ Edad _____ Grado _____

Para someter este referido, por favor enviarlo por correo electrónico a migranteducation@esboces.org, o enviar un fax al No. 631-240-8912, o enviarlo por correo al Programa de Educación para Migrantes de Long-Island-METRO, 969 Roanoke Avenue, Riverhead, NY. 11901.

Nombre del distrito o de la organización que envía el referido _____