Queridas famílias de Woonsocket,

Até nova ordem, processaremos todas as inscrições remotamente. Desejamos a você e sua família o melhor durante este tempo. Por favor, clique nos formulários de inscrição abaixo para se inscrever. Fique bem!

Obrigado,

Alfred Notarianni
Diretor de Operações

Cheryl Rondeau
Assistente Administrativa
(401)767-4610

registration@woonsocketschools.com

Formulário de Inscrição (Inglês)

Formulário de Inscrição (Espanhol)

Documentação exigida

Uma cópia original ou certificada da certidão de nascimento do aluno.
Clique aqui para ver os Exames Físicos e Registros de Imunização
Registros escolares anteriores
Transcrições/boletim mais recente
- Avaliações (se aplicável)
- Cópia do Programa de Educação Individualizada do Estudante(IEP), se aplicável
- Cópia do plano 504 do estudante, se aplicável

Comprovante de residência - O Departamento de Educação de Woonsocket requer dois (2) documentos que verificam a residência em Woonsocket para cada aluno que está sendo matriculado. Você deve fornecer um (1) documento da categoria A e um (1) documento da categoria B. Sinta-se à vontade para ocultar qualquer informação financeira/pessoal sensível incluída em seus documentos.

Categoria A-Escolha 1

Declaração de hipoteca atual
Cópia da escritura hipotecária
Contrato de aluguel atual.
Declaração legal do proprietário afirmando aluguel.
Imposto sobre a Propriedade (ano passado)
Acordo Secção 8 (Section 8 agreement)
Acordo de compra e venda acima de $5000
Fatura de serviços dos últimos 30 dias (gas, óleo, electricidade, água, tv a cabo)

Categoria B-Escolha 1
Bolsa escolar ou empréstimo ao aluno dos últimos 30 dias.
Extrato de cartão de crédito (últimos 30 dias)
Conta de seguro/ Apólice (últimos 30 dias)
Registro atual do veículo
Recibo da folha de pagamento (últimos 30 dias)
Extrato bancário (últimos 30 dias)
W-2/ Declaração de impostos (Ano passado)
Imposto sobre veículos (ano passado)
Comprovante de Snap/ SSI (últimos 30 dias)

Formulário de Inscrição para o Departamento de Educação de Woonsocket

Formulário completo de inscrição do aluno
Certidão de Nascimento (para Jardim de Infância, o aluno deve ter 5 anos, ou estar para completar 5 anos antes de 01 de Setembro)
Comprovante de residência em Woonsocket -2 Documentos -1 da categoria A e 1 da categoria B
Exame médico atual (Physical Exam) com vacinas atualizadas (incluindo exame de chumbo e visão para o Jardim de Infância)
Transcrições mais recente (boletim mais recente)
Avaliações- IEP (Educação Especial), plano 504 (se aplicável)

Enviar todos os documentos para registration@woonsocketschools.com
POR FAVOR INCLUA O NOME E DATA DE NASCIMENTO DO ALUNO EM TODOS OS DOCUMENTOS E EMAILS. (401)767-4610

VOCÊ TEM WIFI EM CASA OU SERVIÇO DE INTERNET?

SIM( ) **NÃO( )**

ETAPA 1: Informação do Aluno Número de Identificação do Aluno (student ID number)

( ) Masculino ( ) Feminino Data de nascimento- dia, mês e ano: ___/___/___

Nome do aluno:
_____
(Nessa ordem: primeiro nome, nome do meio (se aplicável) e sobrenome).
Endereço:
_____
(Nessa ordem: número da casa ou do apartamento, número da unidade se aplicável, cidade, Estado, e zip code)

Última escola frequentada:

_____
____
(Nome da escola, cidade, Estado, zip code, número de telefone)

Acordo de custódia, por favor indique uma das opções abaixo:

Guarda unilateral ( )
Guarda compartilhada ( )
Não especificado ( )
Se o aluno mora com família adotiva (foster family, escreva aqui o nome da agência:_____

Novos padrões federais exigem que os distritos escolares coletem e reportem informações sobre raça e etnia.

O aluno e Hispânico ou Latino? ( )SIM ( )NÃO
O aluno e Asiático? ( )SIM ( )NÃO
Nativo do Alasca? ( )SIM ( )NÃO
Branco( ) Cambojano( ) Hmong( ) Laotian( ) Negro ou Afro-Americano( ) Havaiano Nativo ou outro Ilheu do Pacifico( ) Filipino( ) Vietnamita( ) Tailandes( ) Bruneais( ) Birmanes( ) Indonesio( ) Malaio( ) Timorense( ) Singapurense( )

Seu (sua) filho (a) alguma vez foi matriculado nas Escolas Públicas de Woonsocket?
Indique uma das opções abaixo:
Não( ) Sim( )
Você tem outros filhos que frequentam escolas públicas de Woonsocket?
Não( ) Sim( )
Se sim, por favor escreva os nomes dos alunos completos, relação familiar e nome da escola para cada aluno:

_____
_____

_____

ETAPA 2: Informação do Estudante Informação Familiar

Pais ou responsável legal
( )Pai- Data de nascimento: _____

( )Mãe- Data de nascimento:_____

( )Responsável legal- Data de nascimento: _____

Nome do pai: _____
(sobrenome, primeiro nome, nome do meio)
Email: _____
Endereço (se diferente do endereço do aluno): _____
Número de telefone celular: _____
Número de telefone de trabalho (se aplicável): _____

Nome da mãe: _____
(sobrenome, primeiro nome, nome do meio)
Email: _____
Endereço (se diferente do endereço do aluno): _____
Número de telefone celular: _____
Número de telefone de trabalho (se aplicável): _____

Nome do responsável legal: _____
(sobrenome, primeiro nome, nome do meio)
Email: _____
Endereço (se diferente do endereço do aluno): _____
Número de telefone celular: _____
Número de telefone de trabalho (se aplicável): _____

Idioma falado em casa: _____
Certifico que as informações que forneci neste documento são precisas e que a criança mencionada acima reside permanentemente no endereço indicado. É minha responsabilidade notificar a escola sobre qualquer mudança de informação.

Assinatura dos pais ou responsável legal: _____

Data - dia, mês e ano: ____/____/_____

Nome do aluno: _____
Data de nascimento- dia, mês e ano: **Série:**

ETAPA 3: Seção de Serviços Especializados

Seu (sua) filho (a) tem atualmente um Plano de Educação Individualizado (IEP)? ( )SIM ( )NÃO

Seu (sua) filho (a) fez um teste de Triagem com Alcance Infantil? ( )SIM ( )NÃO
Explique:
_____

Seu (sua) filho (a) tem um Plano da Seção 504? ( )SIM ( )NÃO
Seu (sua) filho (a) recebe atualmente alguma instrução do Aprendiz da Língua Inglesa ELL? ( )SIM ( )NÃO
Seu (sua) filho (a) recebe algum outro serviço não mencionado? Se sim, por favor explique:

_____
_____

ETAPA 4: Contato de Emergência e Procedimentos de Liberação:

No caso de uma doença grave ou lesão, ligamos para o número 911 primeiro. Se você não estiver disponível, entraremos em contato com as pessoas abaixo na ordem listada, no caso de uma doença ou emergência envolvendo seu filho. As pessoas listadas devem estar disponíveis durante o horário escolar. Seu filho também pode ser entregue a esses indivíduos em outras circunstâncias, a seu pedido ou a pedido da escola. Uma identificação adequada (por exemplo, carteira de motorista) será necessária antes que a criança seja liberada. Estas são as únicas pessoas autorizadas a buscar seu filho na escola. Preencha esta seção com a maior precisão possível.
Eu, autorizo a escola a liberar meu filho para os Indivíduos nomeados abaixo:
Assinatura dos pais ou responsável: _____
Nome por extenso: _____

POR FAVOR PREENCHA ABAIXO COM NOME COMPLETO, RELAÇÃO QUE O INDIVÍDUO TEM COM A CRIANÇA, DIA E HORÁRIO QUE INDIVÍDUO ESTÁ DISPONÍVEL, NÚMERO (S) DE TELEFONE (S) E indique se é CASA, TRABALHO ou CELULAR.

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

ETAPA 5: Permissão para Fotografar e Gravar Vídeo de Seu Filho

Temos orgulho de nossos alunos e dos eventos especiais que acontecem em nossas escolas. Ocasionalmente, ao longo do ano, convidamos a imprensa a relatar nossos eventos. Coloque um **X** no entre parênteses abaixo se VOCÊ **NÃO** DÁ PERMISSÃO PARA SEU FILHO SER FOTOGRAFADO, FILMADO E/OU ESTAR NO NOSSO WEBSITE. Se tivermos permissão para fotografar seu filho, você não precisa fazer nada.
( ) **NÃO permito que meu filho seja fotografado ou filmado em eventos da escola e publicado na mídia e no website da escola.**

Assinatura dos pais ou responsável: _____

Nome do aluno completo por extenso nessa ordem (sobrenome, primeiro nome, nome do meio): _____

Data de nascimento do aluno: ____/_____/_____
Endereço completo do aluno (nessa ordem: número da casa ou do apartamento, número da unidade se aplicável, cidade, Estado, e zip code): _____

Nome completo por extenso dos pais ou responsável: _____

Número do telefone da casa:_____ Número do telefone do trabalho (se aplicável):_____ Número do telefone celular: _____
Endereço (SE DIFERENTE DO ALUNO) nessa ordem: número da casa ou do apartamento, número da unidade se aplicável, cidade, Estado, e zip code:
_____

Nome completo por extenso dos pais ou responsável:
_____
Número do telefone da casa:_____ Número do telefone do trabalho (se aplicável):_____ Número do telefone celular: _____
Endereço (SE DIFERENTE DO ALUNO) nessa ordem: número da casa ou do apartamento, número da unidade se aplicável, cidade, Estado, e zip code:
_____

NOME DO PLANO DE SAÚDE DO ALUNO: _____
Nome do médico (a):
_____
Número de telefone da clínica médica:
_____
Endereço da clínica médica:
_____

Nome do dentista:
_____
Número de telefone da clínica dentária:
_____
Endereço da clínica dentária:
_____

HISTÓRICO MÉDICO
Coloque um X dentro do parênteses para cada resposta adequada para cada uma das seguintes doenças ou condições:

Catapora SIM( ) NÃO( ) Exposição ao chumbo SIM( ) NÃO( )
Diabetes SIM( ) NÃO( ) Problemas Musculares SIM( ) NÃO( )
Eczema SIM( ) NÃO( ) Problemas de fala SIM( ) NÃO( )
Problemas cardíacos SIM( ) NÃO( ) Tuberculose SIM( ) NÃO( )
Problemas renais SIM( ) NÃO( )

ALERGIAS
Marque todas as opções aplicáveis:

Alergia a amendoim( ) Ano em que aluno teve reação alérgica a esse item: _____
Alergia a castanha de nozes( ) Ano em que aluno teve reação alérgica a esse item: _____
Alergia ao látex( ) Ano em que aluno teve reação alérgica a esse item: _____
Alergia ambientais( ) Ano em que aluno teve reação alérgica a esse item: _____
Alergia a picada de insetos e mosquitos( ) Ano em que aluno teve reação alérgica a esse item: _____
Alergia a frutas( ) Ano em que aluno teve reação alérgica a esse item: _____

Que tipo de reação alérgica seu (sua) filho (a) tem? _____
Caneta de Adrenalina (EPIPEN): SIM( ) NÃO( )
Seu (sua) filho (a) fez triagem de chumbo? SIM( ) NÃO( ) DATA: ___/___/____

ETAPA 6: Informação do Histórico de Saúde

Nome do aluno_____ Data de nascimento- dia, mês e ano: ____/____/____ Série: _____

Seu (sua) filho (a) tem asma? SIM( ) NÃO( )
Causas que desencadeiam as crises asmáticas: _____
Medicamentos prescritos para asma: SIM( ) NÃO( )

Medicamentos devem ser usados durante o dia na escola: SIM( ) NÃO( )
Períodos do ano em que as crises asmáticas acontecem:
_____
Seu (sua) filho (a) tem diabetes? SIM( ) NÃO( ) Qual a idade que seu filho tinha quando foi diagnosticado com diabetes? _____
Diabetes do tipo 1 ou 2? _____
Insulino dependente? SIM( ) NÃO( )
Seringa ou bomba de insulina? _____
Seu (sua) filho (a) tem algum problema de visão? SIM( ) NÃO( )
Seu (sua) filho (a) usa lentes de contato? SIM( ) NÃO( )
Seu (sua) filho (a) usa óculos? SIM( ) NÃO( )
É necessário que seu filho sente perto da lousa? SIM( ) NÃO( )
Seu (sua) filho (a) tem algum problema auditivo? SIM( ) NÃO( )
Se sim, explique:
_____
Seu (sua) filho (a) usa aparelhos auditivos? SIM( ) NÃO( )
Seu (sua) filho (a) usa Sistema de FM? SIM( ) NÃO( )
É necessário que seu (a) filho (a)sente na frente da sala de aula? SIM( ) NÃO( )
Lado esquerdo ou direito? _____

MEDICAMENTOS

Seu (sua) filho (a) está tomando medicamentos no momento? SIM( ) NÃO( )
Nome do medicamento: _____
Quantas vezes por dia? _____
Qual a dosagem? _____
Nome do médico que receitou o medicamento: _____
Motivo pelo qual esse medicamento foi receitado: _____

Nome do medicamento: _____
Quantas vezes por dia? _____
Qual a dosagem? _____
Nome do médico que receitou o medicamento: _____
Motivo pelo qual esse medicamento foi receitado: _____

NO ESPAÇO ABAIXO, INDIQUE QUALQUER INFORMAÇÃO ADICIONAL DE SAÚDE QUE VOCÊ SENTE QUE SERIA ÚTIL PARA A ENFERMEIRA-PROFESSORA DA ESCOLA:

_____
_____

_____
_____
_____.

Nome da escola que seu (sua) filho (a) frequentou pela última vez, cidade, Estado e telefone:

_____
____.

EU DOU PERMISSÃO AO FUNCIONÁRIO ESCOLAR APROPRIADO PARA COMUNICAR E TROCAR INFORMAÇÕES COM O MÉDICO DO ALUNO, SE NECESSÁRIO.
ASSINATURA DOS PAIS OU RESPONSÁVEL:
_____

Formulário de residência estudantil e declaração juramentada do Departamento de Educação de Woonsocket

Nome do aluno: _____
Data de nascimento: _____ Sexo: Masculino_____ Feminino _____

Leia esta declaração cuidadosamente antes de assinar. Este documento exige que você forneça informações que, se não forem verdadeiras, podem torná-lo responsável pelo pagamento da mensalidade para que seu filho frequente a escola no Departamento de Educação de Woonsocket.

Parte I: As respostas às perguntas a seguir podem ajudar a determinar os serviços que este aluno pode receber de acordo com a Lei 42 U.S.C. McKinney-Vento 11435.
1. O endereço atual deste aluno é moradia temporária? SIM ( ) NÃO ( )
2. Este é um arranjo de vida temporário devido à perda de moradia ou dificuldades econômicas? SIM ( ) NÃO ( )
3. Como estudante, você mora com outra pessoa que não seja seu pai ou responsável legal? SIM ( ) NÃO ( )
Se você respondeu SIM a alguma das perguntas acima, preencha a Parte II.
Se você respondeu NÃO a todas as perguntas acima, preencha a Parte III deste formulário.
Todos devem preencher a Parte IV deste formulário.

Parte II: Onde está este aluno/família
( ) Morando com amigos ou parentes em uma casa ou apartamento devido à perda de

moradia ou dificuldades econômicas.
( ) Em um motel/hotel/grupo de acampamento
( ) Em um abrigo ou outro alojamento provisório
( ) Em uma casa de grupo
( ) Sem abrigo

Parte III: Afirmo que o aluno citado neste formulário reside permanentemente comigo em minha residência no endereço fornecido neste formulário.
Com esta declaração, se aplicável, é enviada uma cópia autenticada de uma ordem judicial que concede-me a custódia, tutela legal ou custódia estadual temporária da criança nomeada neste formulário.
Marque uma das opções abaixo. Eu sou:
( ) Pais com custódia
( ) Guardião legal
( ) Guardião nomeado pelo Estado
( ) Pessoa responsável pela criança que mora comigo para outros propósitos e não o único propósito de frequentar a escola no Departamento de Educação de Woonsocket.

Parte IV: Eu entendo que apenas os residentes legais da cidade de Woonsocket, que de outra forma são elegíveis, têm o direito de ser educados pela cidade de Woonsocket sem custos, a menos que de outra forma permitido permanecer no distrito pela lei ou regulamento aplicável. Se alguma das informações acima deixar de ser verdadeira, devo notificar imediatamente o Departamento de Educação de Woonsocket por escrito. A menos que de outra forma protegido por lei ou regulamento, serei responsável pelo pagamento da mensalidade da criança de acordo com a taxa distrital em vigor em uma base proporcional se a criança tiver permissão para permanecer no Departamento de Educação de Woonsocket. Tal pagamento será cobrado a partir da data em que qualquer uma das informações acima deixar de ser verdadeira. Essa mensalidade torna-se imediatamente exigível e exigível.

Eu afirmo que as informações acima são verdadeiras e precisas, tanto quanto é do meu conhecimento.

Nome por extenso:
_____
Endereço ou nome da atual residência:
_____
Número de telefone que podemos ligar para você:
_____
Assinatura: _____ **Data:**
_____

Angélica Infante-Green Commissioner
State of Rhode Island and Providence Plantations **DEPARTMENT OF ELEMENTARY AND SECONDARY EDUCATION** Shepard Building 255 Westminster Street Providence, Rhode Island 02903-3400

Pesquisa da Língua Materna - Home Language Survey (HLS)

Queridos pais ou responsável,

As informações solicitadas neste formulário são necessárias para a acomodação escolar mais adequada de seu (sua) filho (a), e não serão utilizadas para quaisquer outros fins [1].
Obrigado pela sua colaboração.

Data - mês, dia e ano: ____/____/____ *Pai( ) Mãe( ) Responsável( )* *Relacionamento que o responsável tem com o aluno:* _____.
Nome do Aluno - primeiro nome, segundo nome, sobrenome:
Código da Língua Materna:
Data de nascimento:
Local de nascimento [2]***:***
Lingua Nativa *Por favor, marque todas as opções aplicáveis*
1. Qual é o idioma mais falado em casa? Independente do idioma que o aluno fala. **Inglês( ) Outro( ) Especifique o idioma:** _____.
2. Qual é o idioma mais falado pelo aluno? **Inglês( ) Outro( ) Especifique o idioma:** _____.

3. Qual é o idioma que o aluno adquiriu primeiro? Inglês( ) Outro( ) Especifique o idioma: **4. Quais idiomas seu (sua) filho (a) entende?** **Inglês( ) Outro( ) Especifique os idiomas:** **_____.**
5. Quais idiomas seu (sua) filho (a) fala? **Inglês( ) Outro( ) Especifique o idioma:** **_____.**
6. Que idiomas seu (sua) filho (a) lê? **Inglês( ) Outro( ) Especifique o idioma:** **_____.**
7. Que idiomas seu (sua) filho (a) escreve? **Inglês( ) Outro( ) Especifique o idioma:** **_____.**

[1] *Exigido pela Lei de Rhode Island (R.I.G.L. § 16-54-2) e pelo Equal Educational Opportunity Act (20 U.S.C. §1703 (f))*

2 *As famílias não são obrigadas a oferecer o local de nascimento, mas fornecer as informações pode ajudar LEAs a se preparar melhor para serem culturalmente receptivas. Última atualização 30/04/2020.*

Telefone (401)222-4600 Fax (401)222-6178 TTY (800)745-5555 Voice (800)745-6575

Site: www.ride.ri.gov O conselho educacional de RI não discrimina com base na idade, sexo, orientação sexual, identidade / expressão de gênero, raça, cor, religião, nacionalidade ou deficiência.

Entrevista da família - Histórico escolar

1. **Você acha que seu (sua) filho (a) pode ter alguma dificuldade ou condição que afete sua capacidade de entender, falar, ler ou escrever em inglês ou em qualquer outro idioma?**
   ( )SIM ( )NÃO ( )Não tenho certeza
   Se sim, explique-os: _____.
   Você acha que essas dificuldades são graves?
   ( )Pouco ( )Um pouco grave ( )Muito grave

2.a Seu (sua) filho (a) já foi encaminhado para uma avaliação de educação especial no passado?
( )SIM ( )NÃO

* Se encaminhado para uma avaliação, seu filho foi identificado? ( )SIM ( )NÃO

* Se encaminhado para uma avaliação e identificado, seu filho já recebeu algum serviço especial no passado? ( )SIm ( )NÃO

Se sim, que tipos de serviços seu filho recebeu? _____.

2.b Idade de (a) seu (sua) filho (a) quando recebeu serviços especiais

( ) Do nascimento aos 3 anos de idade - Intervenção Precoce

( ) De 3 a 5 anos - Educação Especial

( ) De 6 anos ou mais - Educação Especial

2.c Seu (sua) filho (a) tem um Programa de Educação Individualizado (IEP), ou Plano 504? ( )SIM ( )NÃO

3. Em qual idioma você prefere receber comunicação verbal?

( )Inglês ( )Outro Especifique o idioma: _____.

4. Em qual idioma você prefere receber comunicação escrita?

( )Inglês ( )Outro Especifique o idioma: _____.

5. Indique a data da primeira matrícula em qualquer escola nos EUA - dia, mês e ano: ___/___/____

Nome por extenso dos pais ou responsável legal: _____

Assinatura dos pais ou responsável legal: _____

Data - dia, mês e ano: ___/___/____

SOMENTE PARA USO OFICIAL - CARGO DO FUNCIONÁRIO QUE ADMINISTROU A PESQUISA DA LÍNGUA MATERNA (HLS)
Nome: _____ Cargo: _____
SE FOI FEITO O USO DE UM INTÉRPRETE, LISTE NOME, CARGO E CREDENCIAIS: _____
NOME E CARGO DO FUNCIONÁRIO QUALIFICADO QUE REVISOU A PESQUISA DA LÍNGUA MATERNA (HLS) E CONDUZIU A ENTREVISTA INDIVIDUAL Nome: _____ Cargo: _____
SE FOI FEITO O USO DE UM INTÉRPRETE, LISTE NOME, CARGO E CREDENCIAIS: _____
Entrevista verbal necessária ( )SIM ( )NÃO Data da entrevista individual - dia, mês e ano: ___/____/____
NOME E CARGO DO FUNCIONÁRIO QUALIFICADO QUE ADMINISTROU A TRIAGEM NA AVALIAÇÃO DE IDIOMA Nome: _____ Cargo: _____
SE FOI FEITO O USO DE UM INTÉRPRETE, LISTE NOME, CARGO E CREDENCIAIS: _____
NOME E CARGO DO FUNCIONÁRIO QUALIFICADO QUE REPORTOU A TRIAGEM NA AVALIAÇÃO DE IDIOMA Nome: _____ Cargo: _____
Data da avaliação - dia, mês e ano: ____/___/____ **Nome da avaliação de triagem de idioma: _____** **Pontuação alcançada: _____**
Nível de proficiência alcançada: Iniciante1( ) Começando 2( ) Desenvolvendo 3( ) Expandindo 4( ) Em Transição 5( ) Alcançando 6( ) **PARA ALUNOS COM UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO INDIVIDUALIZADO (IEP) OU PLANO 504, LISTE ACOMODAÇÕES ADMINISTRADAS: _____**

REQUEST FOR RECORDS AUTHORIZATION / PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO DE INFORMAÇÃO

I authorize / Eu autorizo _____

(Child's Current School / Escola Atual do (a) Aluno (a)

_____

(Number and Street Address / Endereço)

_____

(City, State, Zip Code / Cidade, Estado, Código Postal)

_____

(Area Code and Phone Number / Código de área e número de telefone)

to release the official school records (including transcript of grades earned, credit given, standardized test scores and health records, etc) of: / a liberar os registros escolares oficiais, (incluindo a transcrição das notas obtidas, crédito concedido, notas de testes padronizados e registros de saúde, etc) de:

_____ _____

(Student's Name / Nome do (a) Aluno (a) (Date of Birth / Data de Nascimento)

_____

(Signature of Student 18 years or over / Assinatura do aluno de 18 anos ou mais)

_____

(Signature of parents or guardian / Assinatura dos pais ou responsáveis)

_____

(Date / Data)

Please check the appropriate school:	Fax Number
Bernon Heights School, 657 Logee Street, Woonsocket, RI 02895	401-767-4865
Citizens Memorial School, 250 Winthrop Street, Woonsocket, RI 02895	401-767-4851
Kevin K. Coleman School, 98 Second Avenue, Woonsocket, RI 02895	401-767-4860
Globe Park School, 192 Avenue A, Woonsocket, RI 02895	401-767-4831
Governor Pothier School, 420 Robinson Street, Woonsocket, RI 02895	401-767-4654
Harris School, 60 High School Street, Woonsocket, RI 02895	401-767-4857
Leo A. Savoie School, 990 Mendon Road, Woonsocket, RI 02895	401-767-4821
Woonsocket Middle School - Hamlet Building, 60 Florence Drive, Woonsocket, RI 02895	401-235-6123
Woonsocket Middle School- VillaNova Building, 240 Florence Drive, Woonsocket, RI 02895	401-235-6137
Woonsocket High School, 777 Cass Avenue, Woonsocket, RI 02895	401-767-4723
Woonsocket Area Career and Technical Center, 400 Aylsworth Avenue, Woonsocket, RI 02895	401-767-4655
McFee Administration Building, 108 High Street, Woonsocket, RI 02895	401-767-4647

Woonsocket Education Department
Departamento de Educação Especial
108 High Street - Woonsocket, RI 02985
401-767-4600

CONSENTIMENTO DOS PAIS OU RESPONSÁVEL PARA ACESSAR FUNDOS DO MEDICAID

Nome do aluno: _____

Data de nascimento: _____

Serie: _____

Nome dos pais ou responsável: _____

Endereço dos pais ou responsável: _____

Data de hoje: _____

O Departamento de Educação de Woonsocket oferece educação especial e serviços relacionados como uma educação pública gratuita e adequada ***(FAPE), sem nenhum custo para os pais, no ambiente menos restritivo (LRE).*** *O Departamento de Educação de Woonsocket pode solicitar reembolso por meio do Medicaid para alguns serviços de educação especial para alunos que se qualificam para os benefícios do Medicaid. A Seção 300.154 dos Regulamentos do Conselho de Educação de Rhode Island que regem a educação de crianças com deficiência A educação exige que o Departamento de Educação de Woonsocket receba seu consentimento informado por escrito para solicitar o reembolso do Medicaid para determinados serviços de educação especial. Antes de dar ou negar consentimento, leia o seguinte:*
Verifique todos os itens a seguir (este é um consentimento informado):

(` **Eu entendo** que dar meu consentimento ao distrito para acessar o reembolso do MEDICAID por serviços prestados ao meu (minha) filho (a) não afetará minha capacidade de acessar esses serviços para meu (minha) filho (a) fora do ambiente escolar.
(**Eu entendo** que este consentimento não inclui consentimento para dispositivos de tecnologia assistiva. O distrito precisa de um formulário de consentimento separado ao acessar o reembolso de qualquer dispositivo de tecnologia assistiva.
(**Eu entendo** que os serviços de IEP do (a) meu (minha) filho (a) fora devem ser fornecidos sem nenhum custo para mim, quer eu dê ou não consentimento para faturar o MEDICAID. [Se eu recusar o consentimento ou se eu revogar (retirar) este consentimento, o distrito escolar ainda é responsável por fornecer educação especial e quaisquer serviços relacionados identificados para meu (minha) filho (a) fora por meio dos processos de elegibilidade de educação especial e esses serviços serão fornecidos sem nenhum custo para mim. Isso não inclui custos de copagamento, franquias, perda de elegibilidade ou impacto nos benefícios vitalícios.]
(**Eu entendo** que meu consentimento é voluntário e posso revogar (retirar) meu consentimento por escrito a qualquer momento depois de concedido. Se eu revogar (retirar) meu consentimento, o departamento escolar não cobrará mais o MEDICAID a partir da data em que a revogação por escrito (retirada) do consentimento for recebida pelo distrito.
(**Eu entendo** que o distrito segue os requisitos da Lei de Portabilidade e Responsabilidade de Seguro de Saúde (HIPAA - a lei de privacidade de saúde federal) e a Lei de Direitos Educacionais e Privacidade da Família (FERPA - a lei de privacidade educacional federal) para proteger minhas informações confidenciais e que Os fundos do Medicaid recebidos pelo distrito apoiam diretamente a educação em nosso distrito.

Permissão dada ou negada, por favor marque uma:
(**Dou permissão** ao distrito para compartilhar informações sobre meu (minha) filho (a) com a agência MEDICAID do estado, seu agente fiscal e o agente de cobrança do MEDICAID do distrito. As informações compartilhadas podem incluir o nome do meu filho, data de nascimento, endereço, deficiência primária de educação especial, número de Identificação de Assistência Médica (MID) e o tipo e a quantidade de serviços de saúde prestados. Os serviços podem incluir cuidados pessoais, serviços de tecnologia assistiva, tratamento em programa diurno, tratamento em programa residencial, triagem infantil, transporte e serviços e / ou avaliações fornecidas por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos licenciados, assistentes sociais e enfermeiras.
(**Não dou permissão** ao distrito para compartilhar informações sobre meu filho a fim de solicitar o reembolso do MEDICAID pelos serviços prestados a meu filho.

Assinatura dos pais ou responsável: _____ Data: _____