Queridas familias de Woonsocket:

Hasta nuevo aviso procesaremos todos los registros de los estudiantes de forma remota. Les deseamos a usted y a su familia lo mejor durante este tiempo. Haga clic en los formularios de registro a continuación para registrarse.
¡Manténgase bien!
Gracias,

Alfred Notarianni, Director de Operaciones
401--767-4610

Cheryl Rondeau, Asistente Administrativa
401-767-4610

registration@woonsocketschools.com

Formulario de Registración
Formulario (Inglés)

Formulario de Registración
Formulario (Espanol)

Documentación Requerida

- Una copia original o certificada del certificado de nacimiento del estudiante..
- Haga Click aquí para el examen físico actual y de Vacunas
- Registros escolares de las escuelas que asistió anteriormente
- **Transcripciones** / Notas, calificaciones más reciente

Evaluaciones (si corresponde)

Copia del programa del Plan Educacional Individualizado (IEP) del alumno (si corresponde)
Copia del plan 504 del estudiante (si corresponde)
Prueba de Residencia- El Departamento de Escuela de Woonsocket requiere dos (2) documentos verificando la residencia en Woonsocket para el/los estudiante(s) que se está (n) matriculando. Usted debe proveer un (1) documento de la categoría A y un (1) documento de la categoría B. Favor oculte toda la información financiera/personal y confidencial incluida en sus documentos.

Categoría A- Elija 1

- Estado de cuenta de hipoteca actual
- Copia de la escritura de hipoteca
- Contrato de arrendamiento / del alquiler actual
- Declaración jurada legal del propietario que afirma la tenencia
- Factura del impuesto a la propiedad (del año pasado)
- Acuerdo de la Sección 8
- Acuerdo de compra y venta superior a $5000

Categoría B- Elija 1

- Factura de servicios públicos: gas, petróleo, electricidad (últimos 30 días)
- Declaración de préstamo estudiantil (últimos 30 días)
- Extracto de la tarjeta de crédito (últimos 30 días)
- Factura / póliza de seguro (últimos 30 días)
- Registro actual del vehículo
- Talonario de nómina (últimos 30 días)
- Extracto bancario (últimos 30 días)
- W-2 / Declaración de impuestos (del año pasado)

Factura de servicios públicos: gas, petróleo, electricidad (últimos 30 días)

- Declaración de préstamo estudiantil (últimos 30 días)
- Extracto de la tarjeta de crédito (últimos 30 días)
- Factura / póliza de seguro (últimos 30 días)
- Registro actual del vehículo

- Prueba de Snap / SSI (últimos 30 días)

Woonsocket Education Department

Student Registration Form

Formulario de Registro de Estudiante Completado
*Certificado de Nacimiento (Estudiantes de Kinder deben tener 5 años de edad para el primero de septiembre o antes) Prueba de Residencia de Woonsocket - 2 Documentos - 1 de la Categoría A y 1 de laCategoría B
Examen físico actual con inmunizaciones actualizadas (incluyendo detección de plomo y examen de visión para los estudiantes de Kinder) Transcripciones / notas y calificaciones más recientes - Evaluaciones, PIE (Plan Individual Educacional), plan 504 (si corresponde)
Envíe todos los documentos por correo electrónico a registration@woonsocketschools.com
INCLUYA EL NOMBRE DEL ESTUDIANTE Y LA FECHA DE NACIMIENTO EN TODOS LOS DOCUMENTOS Y CORREOS ELECTRÓNICOS. 767-4610

¿Tiene acceso a Internet en casa? sí no

POR FAVOR ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE Y COMPLETE CADA SECCIÓN

PASO 1: Información del Estudiante

STUDENT ID#

☐ **Masculino** ☐ **Femenino** **Fecha de nacimiento:** (Mes)____/(Día)_____/(Año)_____ **Grado:** _____

Nombre del Estudiante:_____
(Apellido) (Primer Nombre)

Dirección:_____
(CALLE) (APT o # de UNIDAD) (CIUDAD/ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Última Escuela Atendida: _____
(NOMBRE DE ESCUELA) (CIUDAD/ESTADO) (CÓDIGO POSTAL) (NUMBERO DE TELÉFONO)

Acuerdo de custodia: *(CIRCULE UNO)*: SOLO COMPARTIDA N/A Si vive con Padres temporarios/Agencia: _____

Un estándar nuevo federal requiere que colectemos datos sobre su origen y etnicidad.

¿Es su niño/a Hispano? ☐ Sí ☐ No

¿Es su niño Asiático? ☐ Sí ☐ No

☐ Indio Americano o Nativo de Alaska ☐ Blanco ☐ de Cambia ☐ Hong ☐ Lagotean

☐ Negro o Afro Americano ☐ Nativo de Hawái u otra Isla Pacífica ☐ Filipino ☐ Vietnamés ☐ Thai

☐ Bruneano ☐ Brúmese ☐ de Indonesia ☐ de Malasia ☐ Timaran

☐ de Singapur

¿Ha estado su niño/a alguna registrado en alguna escuela pública de WOONSOCKET? No☐ Sí ☐
¿Tiene otros niño/as actualmente en alguna escuela de Woonsocket ? No☐ Sí☐ Escriba sus nombres:

NOMBRE COMPLETO:_____ **RELACIÓN:**_____ **ESCUELA:**_____
NOMBRE COMPLETO:_____ **RELACIÓN:**_____ **ESCUELA:**_____
NOMBRE COMPLETO:_____ **RELACIÓN:**_____ **ESCUELA:**_____

PASO 2: Información Familiar

1. ***Padre/Guardián*** ☐ **Madre** **Fecha de nacimiento:** _____

Nombre:_____ **Dirección de Correo Electrónico:**_____
(apellido) (primer nombre)

Dirección **(*si es diferente a la del estudiante*)**: _____
(CALLE) (APT o # de UNIDAD) (CIUDAD/ESTADO) (CÓDIGO POSTAL)

Número del hogar:_____ #Trabajo:_____ Celular:_____

2. ***Padre/Guardián*** ☐ **Padre** **Fecha de nacimiento:**_____

Nombre:_____ **Dirección de Correo Electrónico:**_____
(apellido) (primer nombre)

Dirección **(*si es diferente a la del estudiante*)**: _____
(CALLE) (APT o # de UNIDAD) (CIUDAD/ESTADO)) (CÓDIGO POSTAL)

Número del hogar:_____ #Trabajo:_____ Celular:_____

Idioma hablado en el hogar: _____

Certifico que la información en este documento es correcta, que el estudiante nombrado previamente vive permanentemente en la residencia indicada. Es su responsabilidad notificar a la escuela sobre cualquier cambio en la información del estudiante.

Firma del Padre/ Tutor:_____ **Fecha:**_____

Nombre del Estudiante :_____ **Fecha de nacimiento:**_____ **Grado:** _____

PASO 3: Servicios Especializados

¿Tiene su niño/a un Plan Educativo Individual (IEP)?	☐ Sí	☐ No
¿Ha sido su niño/a evaluado por *Child Outreach*?	☐ Sí	☐ No
¿Tiene su niño/a un Plan *Section 504*?	☐ Sí	☐ No
¿Actualmente su niño/a recibe instrucciones para aprender Inglés? *English Language Learner* (ELL)	☐ Sí	☐ No

¿Recibe el estudiante algún otro servicio no mencionado? Si su respuesta es sí por favor especifique:

_____

_____

PASO 4: Contacto Autorizado Para Recoger En Caso De Emergencia

En el evento de una emergencia mayor o lesión, El **911** será contactado primero. Si usted no está disponible, contactaremos los individuos anotados abajo en el orden anotados. Los individuos deben de estar disponible durante las horas escolar. El estudiante también puede ser recogido por los individuos mencionados abajo. Identificación adecuada es requerida para recoger el estudiante (ejemplo: licencia). Estas serán las **ÚNICAS** personas autorizadas para recoger a su niño/a de la escuela. Por favor complete esta sección lo más precisamente posible.

Yo,_____ **autorizo a la escuela para que le entreguen a mi niño/a los siguientes individuos:**

NOMBRE DEL PADRE / GUARDIAN (*POR FAVOR ESCRIBA EN MOLDE)*

NOMBRE	RELACIÓN AL ESTUDIANTE	NÚMERO DE CONTACTO DURANTE EL DIA INDIQUE SI ES NÚMERO DE CASA O CELULAR
1.		
2.		
3.		
4.		

PASO 5: Permiso para Fotografiar/Grabar al Estudiante

Nosotros estamos orgulloso de nuestros estudiantes y de los evento que ocurren en nuestras escuelas. En ocasiones durante el año invitamos a la prensa para que reporte sobre nuestros eventos. MARQUE LA CAJITA DE ABAJO SI NO AUTORIZA A QUE SU NIÑO/A SEA PARTE DE FOTOS, VIDEOS O DE QUE SU FOTO SEA PUBLICADA EN LA PÁGINA ELECTRÓNICA DE LA ESCUELA. **Si concede permiso no tiene que hacer nada.**

☐ YO NO doy consentimiento para que mi hijo/a sea fotografiado o grabado en eventos escolares y publicado en la prensa o en su página electrónica.

Firma del Padre/ tutor:_____ **Fecha:**_____

Nombre del Estudiante:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____ **Grado:** _____

Nombre de la Escuela:_____

PASO 6: Historial Médico

Nombre del Estudiante: *(Por favor escriba en letra de molde)* **FECHA DE NACIMIENTO:** _____/_____/_____
Mes Día Año

_____
Apellido primer nombre Inicial del medio

Dirección y Número de Teléfono:

_____
Calle Cuidad Estado Código postal

INFORMACION DE LOS PADRES/TUTORES: *(Por favor escriba en letra de molde)*

_____	_____	_____	_____
Nombre	*Número de teléfono del Hogar*	*Trabajo*	*Número Móvil*
_____	_____	_____	_____
Calle (si es diferente a la del estudiante)	*Ciudad*	*Estado*	*Código postal*
_____	_____	_____	_____
Nombre	*Número de teléfono del Hogar*	*Trabajo*	*Número Móvil*
_____	_____	_____	_____
Calle (si es diferente a la del estudiante)	*Ciudad*	*Estado*	*Código postal*

Proveedor de Salud/ Clínica (Por favor escriba en letra de molde)

_____
Nombre del doctor *Número de teléfono*

_____
Dirección

_____
Nombre del dentista *Número de teléfono*

_____
Dirección

HISTORIAL MÉDICO *(Por favor de responder sí o no en las siguiente condiciones o enfermedad)*

Varicela	☐ Sí ☐ No	Plomo	☐ Sí ☐ No
Diabetes	☐ Sí ☐ No	Problemas Musculares	☐ Sí ☐ No
Eczema	☐ Sí ☐ No	Problemas del Habla	☐ Sí ☐ No
Problemas del Corazón	☐ Sí ☐ No	Tuberculosis	☐ Sí ☐ No
Problemas de Riñones	☐ Sí ☐ No		

Alergias: ☐ Sí ☐ No Si tiene alergias por favor circule todas las que apliquen: AVISPA/PICADAS DE INSECTOS

MANÍ/NUECES:_____FRUTAS_____ OTRAS COMIDAS_____ LATEX ☐ ALERGIA AMBIENTAL ☐

¿Qué clase o tipo de reacción causa la alergia de su hijo/a?_____ ***Epipen***: ☐ Sí ☐ No

*Cirugías o enfermedades serias:*_____*Año:* _____

_____*Año:* _____

_____*Año:* _____

*Accidentes o Lesiones:*_____*Año:* _____

_____*Año:* _____

¿Ha tenido su hijo la prueba de Plomo? ☐ Sí ☐ No Si respondió que sí, proporcione la fecha:_____

Nombre del Estudiante:_____ **Fecha de Nacimiento:**_____ **Grado:** _____

PASO 6: Historial Médico *(continúa)*

- ¿Su hijo/a tiene ***asma***? ☐ Sí ☐ No Si contesta sí ¿qué la provoca?: _____

Medicamentos recetados:_____ ¿Requiere medicina durante el día escolar? Sí ☐ No ☐

Estación del año cuando tienden a ocurrir los episodios?

- ¿Su hijo/a tiene ***diabetes***? Sí ☐ No ☐ Si contesta sí, a qué edad fue diagnosticado:_____ **Tipo 1** _____ **Tipo 2** _____

¿Depende de Insulina?: Sí ☐ No ☐ Si contesta sí, pompa o inyección: _____

- ¿Tiene su hijo/a algún defecto de la ***visión***? Sí ☐ No ☐ Si contesta sí por favor especifique: _____
- ¿Su hijo/a usa contactos? Sí ☐ No ☐ Espejuelos/Lentes? Sí ☐ No ☐ Es necesario que el niño/a se siente cerca a la pisara? Sí ☐ No ☐
- ¿Tiene su hijo/a algún defecto con **audición**? Sí ☐ No ☐ Si contesta sí por favor especifique: _____

¿Usa aparato para escuchar? Sí ☐ No ☐ Use un dispositivo FM? ☐ Sí ☐ No

¿Es necesario que el niño/a se siente en el frente del salón? Sí ☐ No ☐ Si es necesario, preferiblemente a la derecha o izquierda? _____

MEDICAMENTOS

¿El estudiante está tomando alguna medicina ahora mismo? ☐ Sí ☐ No Si contesta sí por favor especifique los medicamentos*:*

1. _____ ***Dosis:***_____ ¿***Cuantas veces al día?*** _____

   *Médico que lo recetó:*_____ *Razón del medicamento:* _____
2. _____ ***Dosis:***_____ ¿***Cuantas veces al día?*** _____

   *Médico que lo recetó:*_____ *Razón del medicamento:* _____
3. _____ ***Dosis:***_____ ¿***Cuantas veces al día?*** _____

   *Médico que lo recetó:*_____ *Razón del medicamento:* _____

EN EL ESPACIO SIGUIENTE PORFAVOR DE PROVEER CUALQUIER INFORMACION ADDICIONAL DE SALUD, QUE PIENSE SEA PRUDENTE PARA LA MAESTRA Y ENFERMERA DE LA ESCUELA:

_____

_____

_____

_____

¿Ultima escuela que asistió su hijo/a? _____

Ciudad	Estado	Número de Teléfono

YO CEDO PERMISO PARA QUE EL PERSONAL ESCOLAR SE COMUNIQUE E INTERCAMBIE INFORMACIÓN CON EL MÉDICO DE MI HIJO/A SI ES NECESARIO.

FIRMA DEL PADRE O TUTOR	**FECHA**

Woonsocket Education Department Student Residency Form and Affidavit

Nombre de Estudiante: _____
Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Masculino☐ Femenino☐

Lea esta declaración con cuidado ante de firmar. Este documento requiere que provea información que si no es cierta, puede hacerlo responsable por pagar la matrícula para que su hijo/a pueda asistir a la Escuela del Departamento de Educación de Woonsocket.

Parte I: La repuesta a la próxima pregunta ayuda a determinar los servicios a cual el estudiante puede ser elegible bajo la ley de McKinney-Vento Act 42 U.S.C. 11435.

1. ¿Es la dirección actual algo temporario? Sí☐ No☐
2. ¿Es temporario por perdida de hogar o tiempos difíciles económicos? Sí☐ No☐
3. ¿El estudiante está viviendo con otra persona que no sea sus padres o tutor? Sí☐ No☐

Si la repuesta fue **Sí** en algunas de estas preguntas, por favor complete la Parte II de este formulario.

Si la repuesta es **NO** a todas las preguntas anteriores, por favor complete la Parte III de este formulario.

TODOS TIENEN QUE COMPLETAR la Parte IV de este formulario.

Parte II: ¿**Dónde está la familia del estudiante**?

☐Viviendo con amistades o familia en una casa o apartamento por causa de pérdida de domicilio por razones financieras.

☐En un Hotel/Motel o área de campamento ☐En un refugio u otro programa

☐Una casa de adolecentes ☐Otro tipo de vivienda temporaria

Parte III: Yo afirmo que el estudiante nombrado en este formulario es un residente permanente en la dirección prevista en este documento. Sometido con esta declaración, si aplica, hay una copia certificada de la orden judicial concediéndome la custodia, tutoría legal, o derechos temporario del niño/a mencionado en este formulario.
Yo soy (Marque uno): ☐padre de custodia ☐guardián legal ☐custodio designado por el estado
☐Persona responsable por el niño/a que reside conmigo por el propósito de asistir las escuelas del Departamento de Educación de Woonsocket.

Parte IV: Yo entiendo que solamente residentes legales de la cuidad de Woonsocket, que son elegibles, tienen el derecho de ser educados por la Cuidad de Woonsocket libre de cargos, a no ser que de otra manera les sea permitido permanecer en el distrito por leyes o regulaciones. Si alguna de la información prevista cambia, deberá notificar inmediatamente al Departamento de Educación de Woonsocket por escrito. Al menos que esté protegido por la ley o regulaciones, será responsable de pagar la matrícula del niño/a basado en la tarifa del distrito proporcional (basado en el tiempo que lo use). Tal matrícula deberá ser cobrada desde el día que la información prevista cambió. Tal matricula deberá ser debida y pagada inmediatamente.
Yo afirmo que la información provista es cierta y precisa a lo mejor de mi conocimiento:

Nombre: (Escriba en molde) _____

Dirección o Nombre de la Residencia actual_____

Número de Teléfono_____

Firma: _____ Fecha: _____

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

Encuesta sobre el idioma en el hogar (HLS)

Estimado padre de familia o tutor:

La información solicitada en este formulario es necesaria para ubicar escolarmente a su niño de la mejor manera, y no se usará para otros propósitos [1].

Gracias por su cooperación.

Esta sección la debe llenar el padre de familia o tutor

Nombre del estudiante:	
Primer nombre *Segundo nombre* *Apellido*	
Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento[2]:**
	_____
Mes *Día* *Año*	

Relación del padre de familia o tutor con el estudiante:

☐ *Madre* ☐ *Padre* ☐ *Otra* _____

Home Language Code:

Información sobre el idioma de la familia y del niño

(Por favor, marque todas las casillas que correspondan.)

1.	**¿Cuál es el idioma que se usa principalmente en el hogar, aparte del idioma que habla el estudiante?**	☐ Inglés	☐ Otro	_____ *Especifique*
2.	**¿Cuál es el idioma que el estudiante habla más?**	☐ Inglés	☐ Otro	_____ *Especifique*
3.	**¿Cuál es el idioma que el estudiante aprendió primero?**	☐ Inglés	☐ Otro	_____ *Especifique*
4.	**¿Qué idioma(s) entiende el niño?**	☐ Inglés	☐ Otro	_____ *Especifique*
5.	**¿En qué idioma(s) habla el niño?**	☐ Inglés	☐ Otro	_____ *Especifique* ☐ No habla
6.	**¿En qué idioma(s) lee el niño?**	☐ Inglés	☐ Otro	_____ *Especifique* ☐ No lee
7.	**¿En qué idioma(s) escribe el niño?**	☐ Inglés	☐ Otro	_____ *Especifique* ☐ No escribe

[1] *Conforme a la Ley de Rhode Island (R.I.G.L. § 16-54-2) y la Ley de Igualdad de Oportunidades de Educación (20 U.S.C. §1703(f)).*

[2] *Las familias no están obligadas a proporcionar el lugar de nacimiento, pero proporcionar esta información puede ayudar a las agencias locales de educación (LEA) a desarrollar mayor sensibilidad cultural.*

Actualizado al 30 de abril de 2020

La Junta de Educación de R.I. no discrimina por razón de edad, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, raza, color, religión, nacionalidad de origen o discapacidad.

Entrevista a la familia – Información sobre la educación del niño

1. **¿Cree usted que su niño tiene dificultades o problemas que afectan su capacidad de entender, hablar, leer o escribir en inglés u otro idioma?**

   Sí* ☐ No ☐ No sabe ☐ *Si respondió que sí, por favor describa:_____

¿Qué tan graves cree usted que son esas dificultades? ☐ No son graves ☐ Son un poco graves ☐ Son muy graves

2a. ¿Se le ha hecho al niño una evaluación para educación especial? ☐ No ☐ Sí*

* Si respondió que se le hizo una evaluación, ¿se le detectó algún problema o discapacidad del aprendizaje? ☐ No ☐ Sí*

* Si respondió que se le detectó un problema o discapacidad del aprendizaje, ¿ha recibido el niño servicios de educación especial?

☐ No ☐ Sí – Especifique el tipo de servicios recibido: _____

2b. Edad a la que recibió los servicios (por favor marque todas las casillas que correspondan):

☐ Antes de los 3 años (intervención temprana) ☐ De los 3 a 5 años (educación especial) ☐ Después de los 6 años (educación especial)

2c. ¿Tiene el niño un Programa de Educación Individualizado (IEP) o plan 504? ☐ No ☐ Sí

2. ¿En qué idioma prefiere que le hablen cuando la escuela o distrito se comunican con usted? ☐ Inglés ☐ Otro _____ *Especifique*

3. ¿En qué idioma prefiere que le escriban cuando la escuela o distrito se comunican con usted? ☐ Inglés ☐ Otro _____ *Especifique*

4. Indique la fecha en que inscribió al niño por primera vez en CUALQUIER escuela en Estados Unidos _____ **(mm/dd/aaaa)**

¿Hay algo más que usted piense que la escuela debe saber sobre su niño? (p. ej., talentos o habilidades especiales, o problemas de salud)

_____

_____

_____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Firma del padre de familia o tutor ***Fecha***

_____

Nombre del padre de familia o tutor (en letra de molde)

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLS	
Name: _____	Position: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLS AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW	
Name: _____	Position: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____	
Oral Interview Necessary: ☐ YES ☐ NO	**Date of Individual Interview:** _____ *Month Day Year*
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING THE LANGUAGE SCREENING ASSESSMENT	
Name: _____	Position: _____
IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS: _____	
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REPORTING THE LANGUAGE SCREENING SCORES	
Name: _____	Position: _____
Date of Screener: _____ *Month Day Year*	Name of the Language Screening Assessment: _____ Score achieved: _____

Proficiency Level Achieved: Entering 1 ☐ / Beginning 2 ☐ / Developing 3 ☐ / Expanding 4 ☐ / Bridging 5 ☐ / Reaching 6 ☐

FOR STUDENTS WITH AN IEP OR 504 PLAN, LIST ACCOMMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED:

City of Woonsocket
EDUCATION DEPARTMENT
108 High Street
Woonsocket, Rhode Island 02895-4348
Telephone (401) 767-400
Fax (401) 767-4647
Website: http://woonscocketschools.org
Email: woonsocketschools.com

RELAY RHODE ISLAND
1-800-745-5555 (TTY)
1-800-745-6575 (Voice)

AT&T SPANISH RELAY
(Servicio de Relevo de AT&T)
1-800-855-2884 (TTY)
1-800-855-2885 (Voice)

REQUEST FOR RECORDS AUTHORIZATION

I authorize _____
(Child's Current School)

_____
(Number and Street Address)

_____
(City, State, Zip Code)

_____
(Area Code and Phone Number)

to release the official school records (including transcript of grades earned, credit given, standardized test scores, and health records) of:

_____ _____
(Student's Name) (Date of Birth)

Please check the appropriate school:

TO:		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	401-767-4665
☐	McFee Administration Building, 108 High Street, Woonsocket, RI 02895	401-7674647

_____ _____
(Signature of Student 18 years or over) (Signature of Parent/Guardian)

_____
(Date)

f: Records Relase Form/kblais/Revised 3-08-18

Woonsocket Education Department
Department of Special Education
108 High Street
Woonsocket, RI 02895
401-767-4600

CONSENTIMIENTO DE PADRE O MADRE/TUTOR PARA ACCEDER A FONDOS DE MEDICAID

Nombre del estudiante	**Fecha de nacimiento**	**Grado**	**Fecha de hoy**
Nombre del padre o madre/tutor	**Dirección del padre o madre/tutor**		

Antecedentes:
La autoridad educativa local Woonsocket provee educación especial y servicios relacionados en la forma de educación pública gratuita y apropiada (FAPE por sus siglas en inglés), **sin costo alguno para los padres**, en los entornos menos restrictivos (LRE por sus siglas en inglés). La autoridad educativa local Woonsocket puede solicitar reembolso a Medicaid en pago de ciertos servicios de educación especial a estudiantes elegibles para beneficios de Medicaid. Según la sección 300.154 del reglamento de la Junta de Educación de Rhode Island que rige la educación de niños con discapacidad, Woonsocket debe obtener **consentimiento informado por escrito** de usted para poder solicitar reembolso a Medicaid en pago de ciertos servicios de educación especial. Le rogamos leer lo siguiente antes de otorgar o negar su consentimiento:

Por favor, marque todos los enunciados a continuación (esto es un consentimiento informado):

€ **Entiendo** que mi consentimiento para que el distrito tenga acceso a reembolso de Medicaid en pago de servicios proporcionados a mi niño, **no afectará** mi capacidad de acceder a esos servicios para mi niño fuera del entorno escolar.

€ **Entiendo** que este consentimiento **no incluye consentimiento para aparatos de tecnología asistencial**. El distrito necesita un **formulario de consentimiento distinto** para obtener reembolso de aparatos de tecnología asistencial.

€ **Entiendo** que los servicios en el Plan de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) de mi niño deben proveerse **sin costo alguno** para mí, ya sea que otorgue mi consentimiento o no para cobrarle a Medicaid. (Si me rehúso a dar el consentimiento, o si revoco o anulo este consentimiento, el distrito escolar aún tendrá la responsabilidad de proporcionar educación especial y cualquier servicio relacionado, identificado para mi niño mediante los procesos de elegibilidad para educación especial, y proporcionarlos **sin costo alguno** para mí, lo que también se aplica a copagos, deducibles, pérdida de elegibilidad e impacto en beneficios de por vida.)

€ **Entiendo que mi consentimiento es <u>voluntario</u>** y que después de dar mi consentimiento puedo revocarlo o anularlo **por escrito** en cualquier momento. Si revoco o anulo mi consentimiento, el departamento escolar dejará de cobrarle a Medicaid a partir de la fecha en que el distrito reciba mi revocación o anulación del consentimiento por escrito.

€ **Entiendo** que el distrito se rige por la Ley de Transferibilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA por sus siglas en inglés, que es la ley federal de privacidad de la salud) y la Ley de Derechos de Educación y Privacidad de las Familias (FERPA por sus siglas en inglés, que es la ley federal de privacidad de la educación) para proteger mi información confidencial, y que los fondos de Medicaid recibidos por el distrito ayudan a financiar directamente la educación en nuestro distrito.

Otorgamiento o negación de permiso (por favor marque una de las siguientes opciones):

€ **Doy permiso** al distrito de compartir información de mi niño con la agencia estatal de Medicaid, su agente de finanzas, y el agente de cobros a Medicaid del distrito. La información compartida puede incluir el nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de identificación de Asistencia Médica de mi niño, e información sobre la discapacidad principal de mi niño por la que recibe educación especial. Además puede incluir el tipo y cantidad de servicios de salud recibidos. Los servicios pueden incluir cuidado personal, servicios de tecnología asistencial, programa de tratamiento diurno, programa de tratamiento residencial, exámenes de detección para niños, transporte, y servicios y/o evaluaciones de parte de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, terapeutas del habla, audición y lenguaje, psicólogos autorizados, trabajadores sociales y enfermeros.

€ **No doy permiso** al distrito de compartir información de mi niño para solicitar reembolso a Medicaid en pago de servicios proporcionados a mi niño.

Firma de padre o madre/tutor Fecha