WILDWOOD PUBLIC SCHOOL DISTRICT
www.wwschools.org

Glenwood Avenue Elementary School
2900 New York Avenue
Wildwood, NJ 08260
Tel: 609-522-1630
Fax: 609-729-5243

Wildwood Middle/High School
4300 Pacific Avenue
Wildwood, NJ 08260
Tel: 609-522-7922
Fax: 609-522-7914

REGISTRATION PACKET - GRADES PK-12

☐ GLENWOOD AVENUE ELEMENTARY (Grades PK3-5)
☐ WILDWOOD MIDDLE SCHOOL (Grades 6-8)
☐ WILDWOOD HIGH SCHOOL (Grades 9-12)

Public schools are required to provide a free education to all persons over age 5 and under age 20 who are domiciled in the district. Domiciled means that the student is living with a parent or guardian whose permanent home is located within the boundaries of the district.

The Wildwood Public School District is open to the children of residents who are legally domiciled in the City of Wildwood, New Jersey.

To enroll in one of our schools, complete the enrollment packet and return along with required documents to the appropriate school.

Only a **parent or legal guardian** may register a student into the Wildwood Public School District. Registration must be completed **IN PERSON**. Contact the Registrar with any questions or to schedule an appointment.

REGISTRAR CONTACT INFORMATION

WILDWOOD MIDDLE/HIGH SCHOOL
MRS. AMY GARNETT 609-522-7922 EXT. 2416
agarnett@wwschools.org

GLENWOOD AVENUE ELEMENTARY SCHOOL
MS. DONNA MUNSON 609-522-1630 EXT. 3443
dmunson@wwschools.org

_____ _____
STUDENT NAME **GRADE**

DISTRITO DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE WILDWOOD
www.wwschools.org

Escuela Elemental de Glenwood Avenue
2900 New York Avenue
Wildwood, NJ 08260
Tel: 609-522-1630
Fax: 609-729-5243

Escuela Intermedia/Secundaria de Wildwood
4300 Pacific Avenue
Wildwood, NJ 08260
Tel: 609-522-7922
Fax: 609-522-7914

PAQUETE DE INSCRIPCIÓN - GRADOS PK-12

□ESCUELA ELEMENTAL DE GLENWOOD AVENUE (Grados PK3-5)
□ ESCUELA INTERMEDIA DE WILDWOOD (Grados 6-8)
□ ESCUELA SECUNDARIA DE WILDWOOD (Grados 9-12)

Se requiere que las escuelas públicas brinden educación gratuita a todas las personas mayores de 5 años de edad y menores de 20 años de edad que estén domiciliadas en el distrito. Domiciliado significa que el estudiante vive con un padre o tutor cuyo hogar permanente se encuentra dentro de los límites del distrito.

El Distrito de las Escuelas Públicas de Wildwood está abierto a los hijos de residentes legalmente domiciliados en la Ciudad de Wildwood, Nueva Jersey.

Para inscribirse en una de nuestras escuelas, complete el paquete de inscripción y devuélvelo junto con los documentos requeridos a la escuela correspondiente.

Solo un **padre o tutor legal** puede inscribir a un estudiante en el Distrito de las Escuelas Públicas de Wildwood. La inscripción debe completarse **EN PERSONA**. Póngase en contacto con el Registrador si tiene alguna pregunta o para programar una cita.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL REGISTRADOR

ESCUELA INTERMEDIA/SECUNDARIA DE WILDWOOD
LA SRA. AMY GARNETT 609-522-7922 EXT. 2416
agarnett@wwschools.org

ESCUELA ELEMENTAL DE GLENWOOD AVENUE
LA SRTA. DONNA MUNSON 609-522-1630 EXT. 3443
dmunson@wwschools.org

_____ _____
NOMBRE DEL ESTUDIANTE **GRADO**

FORMS

The following forms (if applicable) MUST be returned to the Registrar upon completion.

RESIDENCY	**FORM #**	**RECEIVED BY**
Residency Verification Form		
Records Request Form		
Registration Form		
McKinney Vento Questionnaire (if applicable)		
HEALTH/MEDICAL	**FORM #**	**RECEIVED BY**
NJ-SMART Health Status		
Annual Health Update		
Student Physical Examination		
Food Allergy Information		
Student Emergency Information Form		
CHILD STUDY TEAM	**FORM #**	**RECEIVED BY**
Special Education Medicaid Initiative (SEMI) Consent		
Medicaid Annual Notification Regarding Parent Consent		
OTHER REQUIRED FORMS	**FORM #**	**RECEIVED BY**
Home Language Survey		
Media Consent		
Acceptable Use Policy (AUP)		

FORMULARIO

Los siguientes documentos (si es aplicable) DEBEN ser entregado a la registradora.

RESIDENCIA	**FORMULARIO #**	**RECIBIDO POR**
Formulario De Verificación De Residencia		
Petición De Expediente		
Formulario De Registración		
Questionario De McKinney Vento (si aplica)		
SALUD/MÉDICO	**FORMULARIO #**	**RECIBIDO POR**
Situación De Salud En NJ-SMART		
Actualización Anual De Salud		
Examinación Física Del Estudiante		
Información Sobre Alergias Alimentarias		
Formulario De Información De Emergencia Del Estudiante		
EQUIPO DE ESTUDIO DE NIÑO (CHILD STUDY TEAM)	**FORMULARIO #**	**RECIBIDO POR**
Consentimiento De Educación De Medicaid (SEMI)		
Notificación Anual De Medicaid Relativa Al Consentimiento De Los Padres		
OTROS FORMULARIOS REQUERIDAS	**FORMULARIO #**	**RECIBIDO POR**
Encuesta De Lenguaje Del Hogar		
Consentimiento De Los Medios		
Poliza Acceptable De Uso (AUP)		

REGISTRATION DOCUMENT CHECKLIST

Parents/guardians seeking to enroll a child(ren) for school, must provide **ORIGINALS** (copies will be made for the student's file) of the documents listed below. Please use this checklist, as a guide when gathering the necessary documents. Failure to provide the required documents *may* delay enrollment or *may* result in initial denial of enrollment.

1. Student identification and Proof of Guardianship (one or more *may* be required as necessary):

☐ Birth Certificate (**original with raised seal**) required for all enrollees

☐ Adoption Papers

☐ Proof of Custody (legal document from divorce, court order, guardianship or notarized custody statement
for students living with one parent)

2. Parent/Guardian proof of identity (verification you are the person listed on the student's identification paperwork AND the residency documents submitted):

☐ Photo driver's license (may be expired or from another State or Country)

☐ Passport

☐ State or Municipal ID

☐ Non-Driver ID

☐ Work ID

☐ Any other photo ID with your name

3. Medical Information (Immunizations/Vaccinations):

☐ Certified Immunization Records (ALL **students** entering **pre-school and kindergarten** must submit proof of immunizations using the **District's *Certificate of Immunization* form** enclosed in this packet **or** a signed/stamped computerized immunization record from a physician, State, County or Federal Health Agency.)

☐A signed/stamped immunization record from your previous school, physician or from a State, County or Federal Health agency

☐ Physical Examination Form (if completed, otherwise may be returned to school nurse at the opening of school)

4. Student Academic Information (TO BE PROVIDED BY PREVIOUS DISTRICT):

☐ School Records/Proof of Grades (report cards and/or official transcript)

☐ 10-Digit NJ State ID Number (for those transferring from a public school in NJ)

☐ Transfer Card or Withdrawal Form from previous school (if offered by previous school)

☐Latest Standardized Test Score Reports

☐ IEP (for students requiring Special Education services)

5. Proof of Address

☐ Documentation as shown on the list

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN

Los padres / tutores que buscan inscribir a un niño(s) en la escuela, deben proporcionar **ORIGINALES** (se harán copias para el archivo del estudiante) de los documentos listados a continuación. Por favor, utilice esta lista de verificación como guía cuando recopile los documentos necesarios. Al no entregar los documentos requeridos *puede* retrasar la inscripción o *puede* resultar en la denegación inicial de la inscripción.

1.Identificación del estudiante y prueba de tutela (se puede requerir uno o más según sea necesario):

- Certificado de nacimiento (**original con sello en relieve**) requerido para todos los que se inscriben
- Documentos de adopción
- Prueba de custodia (documento legal de divorcio, orden judicial, tutela o declaración de custodia notariada para estudiantes que viven con uno de los padres)

2. Comprobante de identidad del padre / tutor (verificación de que usted es la persona que aparece en la documentación de identificación del estudiante Y en los documentos de residencia presentados):

- Licencia de conducir con fotografía (puede estar vencida o de otro estado o país)
- Pasaporte
- Identificación estatal o municipal
- Identificación de no conductor
- Identificación del trabajo
- Cualquier otra identificación con fotografía con tu nombre

3. Información médica (inmunizaciones/vacunas):

- Registros de inmunización certificados (TODOS los **estudiantes** que ingresan a **preescolar y kindergarten** deben presentar un comprobante de inmunización utilizando **el formulario de Certificado de Inmunización del distrito** incluido en este paquete **o** un registro de inmunización computarizado firmado / sellado de un médico, o una agencia de salud estatal, del condado o federal).
- Un registro de inmunización firmado / sellado de su escuela anterior, médico o de una agencia de salud estatal, del condado o federal
- Formulario de examen físico (si se completa, de lo contrario puede ser devuelto a la enfermera escolar cuando comience la escuela)

4. Información académica del estudiante (A PROPORCIONAR POR EL DISTRITO ANTERIOR):

- Registros escolares / Prueba de calificaciones (boletas de calificaciones y / o transcripción oficial)
- Número de identificación estatal de NJ de 10 dígitos (para aquellos que se transfieren de una escuela pública en NJ)
- Tarjeta de transferencia o formulario de retiro de la escuela anterior (si la ofreció la escuela anterior)
- Informes de resultados de pruebas estandarizadas más recientes
- IEP (para estudiantes que requieren servicios de educación especial)

5. Comprobante de domicilio

- Documentación como se muestra en la lista

PROOF OF RESIDENCY CHECK LIST

One or more of the following documents, containing the parents' name and their Wildwood address, as evidence of their personal attachment to the address in town.

- ☐ Current Mortgage Statement
- ☐ Utility Bill
- ☐ Financial/Investment Statement
- ☐ Voter's Registration
- ☐ Medical Bill
- ☐ Recent Pay Stub *(with address)*
- ☐ Personal Loan Statements
- ☐ Jury Duty Notices
- ☐ Official DMV Notices/ Mailings *(Will only be accepted if it contains full name of parent)*
- ☐ Military Status/Assignment Paperwork
- ☐ Federal/State/County Benefit Forms or Statements *(computerized not handwritten notices)*
- ☐ Tax Bill
- ☐ Water Bill
- ☐ Telephone Bill
- ☐ Cable Bill
- ☐ Cell Phone Bill
- ☐ IRS Statement/Bill
- ☐ Professional License/Permit
- ☐ Official Notice from the State, County, or Federal Government *(IRS, Homeland Security, SSI, Military)*
- ☐ Driver's License with Current address *(not sticker)*
- ☐ Signed Lease
- ☐ Monthly Bank Statement
- ☐ Credit Card Bill
- ☐ Sewage Bill
- ☐ Insurance Statement/Bill
- ☐ Home Heating Bill
- ☐ Student Loan Bill
- ☐ Change of Address Confirmation from the Post Office
- ☐ Car Registration **and** Car Insurance *(submitted with license reflecting same address)*

PDF account statements (replicas) of bills are accepted for paperless billed accounts. Documents such as bills, pay stubs, bank statements, notices must be dated within 60 days.

(**NOTE**: J*unk mail, advertisements/solicitations, forwarded mail, handwritten mail, mail from the school district, bank verification letters in lieu of statements, hand delivered court notices, hand delivered subpoenas, pending legal action notices, any form of letters of verification, email notifications of account sign ups or account address changes and on-line account summaries* ***will not be accepted****.*)

LISTA DE VERIFICACIÓN DE COMPROBANTE DE DOMICILIO

Uno o más de los siguientes documentos, que tienen el nombre de los padres y su dirección en Wildwood, como evidencia de su apego personal a la dirección en la ciudad.

- Declaración de hipoteca actual
- Factura de servicios
- Estado financiero/de inversión
- Tarjeta de elector
- Factura médica
- Talón de pago reciente (*con dirección)*
- Declaraciones de préstamos personales
- Notificaciones de servicio del jurado
- Aviso/envíos oficiales del DMV *(Solo se aceptará si tiene el nombre completo del padre)*
- Documentación del estado/ Asignación militar
- Formularios/declaraciones de beneficios federales/estatales/del condado *(avisos computarizado no escritos a mano)*
- Factura de impuestos
- Factura de agua
- Factura de teléfono
- Factura de cable
- Factura de teléfono celular
- Factura/declaración de IRS
- Licencia / permiso professional
- Aviso oficial del gobierno estatal, del condado o federal *(IRS, Seguridad Nacional, SSI, Militares)*
- Licencia de conducir con dirección actual *(no etiqueta)*
- Arrendamiento firmado
- Estado de cuenta mensual
- Factura de tarjeta de crédito
- Factura de aguas residuales
- Declaración/factura de seguro
- Factura de calefacción del hogar
- Factura de préstamo para estudiantes
- Cambio de dirección Confirmación de la correos
- Registro de automóvil **y** seguro de automóvil (*presentado con licencia de conducer que que refleja la misma dirección)*

Se aceptan estados de cuenta en PDF (réplicas) de facturas para cuentas facturadas sin papel.
Los documentos como facturas, talones de pago, estados bancarios, avisos deben estar fechados dentro de los 60 días.

(NOTA: ***No se aceptarán*** *propaganda ("junk mail"), anuncios / solicitudes, correo reenviado, correo escrito a mano, correo del distrito escolar, cartas de verificación bancaria en lugar de declaraciones, notificaciones judiciales entregadas personalmente, citaciones entregadas personalmente, notificaciones de acciones legales pendientes, cualquier forma de cartas de verificación, notificaciones por correo electrónico de registros de cuenta o cambios de dirección de cuenta y resúmenes de cuenta en línea***).**

STUDENT(S) LIVING IN-DISTRICT WITH RELATIVE/FRIEND

☐ Relative/Friend **must** accompany the parent at the time of initial registration **and** provide ***their*** current proof of residency according to the requirements listed on page 5 of this packet, along with their driver's license or other photo ID.

☐ Relative/Friend must provide parent with notarized *Owner/Landlord Affidavit* (if a homeowner) or *Resident/Tenant Affidavit* (if a renter).

☐ Parent/guardian must also provide **three (3) additional pieces of documentation, dated within the last 60 days**, containing the parent's/guardian's name and address. (From the list on page 5.)

AFFIDAVIT STUDENTS AND DCPP PLACEMENTS

☐ **Affidavit Students** (students who reside with a non-custodial guardian) must submit an **Affidavit Registration Packet** (forms are available in the Registration Office). *NOTE: These forms are not available until Summer and take 3-5 business days to review.*

☐ **Department of Children Protection & Permanency (DCP&P)** require submission of a court order or an equivalent documentation from the DCP&P office.

ELIGIBILITY OF RESIDENT/NON-RESIDENT STUDENTS

Person(s) submitting fraudulent information for the purpose of attending district schools are subject to prosecution and fines during student's ineligible attendance, to the fullest extent of the law.

The district reserves the right to conduct periodic residency checks for purposes of residency verification.

Please be advised that enrollment in Wildwood Public Schools is permissible only for those children whose parent(s)/guardian(s) are residents in the City of Wildwood. Pursuant to N.J.A.C. 6A:22-4.1, eligibility for admission to the Wildwood Public School District is subject to thorough review and subsequent reevaluation.

Additionally, an assessment of tuition may be imposed in the event that a student initially admitted is later found ineligible for enrollment.

ESTUDIANTE(S) VIVIENDO EN EL DISTRITO CON PARIENTE/AMIGO

• El pariente/amigo **debe** acompañar al padre en el momento de la inscripción inicial **y** proporcionar **su** comprobante de residencia actual de acuerdo con los requisitos enumerados en la página 5 de este paquete, junto con su licencia de conducir u otra identificación con fotografía.

• El pariente/amigo debe proporcionar a los padres una declaración jurada notariada del propietario/arrendador (si es propietario) o una declaración jurada de residente/inquilino notariada (si es un inquilino).
• El padre/tutor también debe proporcionar **tres (3) documentos adicionales, fechados dentro de los últimos 60 días,** que incluyen el nombre y la dirección del padre/tutor. (De la lista en la página 5.)

ESTUDIANTES CON DECLARACIÓN JURADA ("*AFFIDAVIT STUDENTS*") Y DE COLOCACIÓN DCPP
• "**Affidavit Students"** (estudiantes que viven con un tutor sin custodia) deben presentar un **"Affidavit Registration Packet"/Paquete de Registro de Declaración Jurada** (los formularios están disponibles en la Oficina de Registro). NOTA: *Estos formularios no están disponibles hasta el verano y su revisión demora entre 3 y 5 días hábiles.*
• **El Departamento de Protección y Permanencia de Jóvenes (DCP & P)** requiere la presentación de una orden judicial o una documentación equivalente de la oficina de DCP & P.

ELEGIBILIDAD DE ESTUDIANTES RESIDENTES/NO RESIDENTES

Las personas que presenten información fraudulenta con el fin de asistir a las escuelas del distrito están sujetas a enjuiciamiento y multas durante la asistencia no elegible del estudiante, hasta el máximo alcance de la ley.

El distrito se reserva el derecho de realizar periódicamente controles de residencia para fines de verificación de residencia.

Tenga en cuenta que la inscripción en las Escuelas Públicas de Wildwood está permitida sólo para aquellos niños cuyos padres/tutores son residentes en la ciudad de Wildwood. De conformidad con N.J.A.C. 6A: 22-4.1, la elegibilidad para la admisión al Distrito de las Escuelas Públicas de Wildwood está sujeta a una revisión exhaustiva y una reevaluación posterior.

Además, se puede imponer una evaluación de matrícula en caso de que un estudiante inicialmente admitido luego se encuentra no elegible para la inscripción.

RESIDENCY VERIFICATION FORM

The Wildwood Public School District reserves the right to conduct periodic residency checks as further verification a family resides in Wildwood.

Enrollment in Wildwood Public Schools is permissible only for those children whose parent(s)/guardian(s) are residents in the towns of Wildwood.

Pursuant to N.J.A.C. 6A:22-4.1, eligibility for admission to the Wildwood Public School District is subject to thorough review and evaluation and there is a potential for assessment of tuition in the event an initially admitted student is later found ineligible for enrollment. The review and evaluation may be conducted through **in-person** residency verifications in addition to the submission of documentation to prove residency in Wildwood.

In-person residency verification may take place by our residency investigators for the following reasons (but not limited to):

- Verification of newly enrolled students
- When mail is returned from the Post Office
- When there is any sort of admission of an address in another town to a staff member
- Chronic lateness and absences
- By any staff member as a result of an observation or admission by student(s)

If your address has been selected for verification, it is critical you answer the door and identify yourself with photo ID. The District will make three attempts to verify residency. If unable to do so after the third attempt, the parent(s)/guardian(s) will be referred to the Board of Education for removal from the District for non-residency.

I, _____, parent(s) of _____, have read the above notice regarding residency verifications and understand I may be subjected to periodic, unannounced residency verifications and that after three unsuccessful attempts to verify my residency, may result in a hearing and possible removal from the district.

_____ _____

Signature of Parent/Guardian Date

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

El Distrito de las Escuelas Públicas de Wildwood se reserva el derecho de realizar controles de residencia periódicos como verificación adicional de que una familia reside en Wildwood.

La inscripción en las Escuelas Públicas de Wildwood está permitida sólo para aquellos niños cuyos padres / tutores son residentes en las ciudades de Wildwood.

De conformidad con N.J.A.C. 6A: 22-4.1, la elegibilidad para la admisión al Distrito de las Escuelas Públicas de Wildwood está sujeta a una revisión y evaluación exhaustivas, y existe la posibilidad de evaluar la matrícula en caso de que un estudiante inicialmente admitido luego no sea elegible para la inscripción. La revisión y evaluación pueden realizarse a través de verificaciones de residencia **en persona** además de la presentación de documentación para comprobar la residencia en Wildwood.

La verificación de residencia en persona puede ser realizada por nuestros investigadores de residencia para lo siguiente razones (pero no limitadas a):

- Verificación de estudiantes recién matriculados
- Cuando se devuelve el correo de la oficina de correos
- Cuando hay algún tipo de admisión de una dirección en otra ciudad a un miembro del personal
- Tardanzas y ausencias crónicas
- Por cualquier miembro del personal como resultado de una observación o admisión por parte de los estudiantes

Si su dirección ha sido seleccionada para verificación, es fundamental que abra la puerta e identifique usted mismo con identificación con fotografía. El distrito harán tres intentos para verificar la residencia. Si no puede hacerlo después del tercer intento, los padres/ tutores serán remitidos a la Junta de Educación para el retiro del Distrito por no residencia.

Yo, _____, padre(s) de _____, he leído el aviso anterior con respecto a las verificaciones de residencia y entiendo que puedo estar sujeto a verificaciones periódicas de residencia no anunciadas y que después de tres intentos fallidos de verificar mi residencia, puede resultar en una audiencia y posible expulsión del distrito.

_____ _____

Firma del padre/tutor Fecha

WILDWOOD PUBLIC SCHOOL DISTRICT
www.wwschools.org

Glenwood Avenue Elementary School
2900 New York Avenue
Wildwood, NJ 08260
Tel: 609-522-1630
Fax: 609-729-5243

Wildwood Middle/High School
4300 Pacific Avenue
Wildwood, NJ 08260
Tel: 609-522-7922
Fax: 609-522-7914

RELEASE OF STUDENT RECORDS

_____ _____
STUDENT NAME GRADE LAST ATTENDED

School transferring from: _____

School Address: _____

_____

School Phone/Fax: Phone _____ / Fax _____

On _____, the above named student enrolled at:

- ☐ GLENWOOD AVENUE ELEMENTARY (Grades PK3-5)
- ☐ WILDWOOD MIDDLE SCHOOL (Grades 6-8)
- ☐ WILDWOOD HIGH SCHOOL (Grades 9-12)

Please **FAX** the following records:

- ☐ Grades
- ☐ Attendance
- ☐ Health Record
- ☐ Proof of Age
- ☐ Court Orders, Custody Information
- ☐ Child Study Team Info (504/IEP)
  (via IEP Direct preferred)
- ☐ Current Report Card

Please **MAIL** the following records:

- ☐ Official Transcript
- ☐ Final Report Card
- ☐ Standardized Test Scores
- ☐ Discipline Record
- ☐ Cumulative Folder
- ☐ Child Study Team File

We welcome any comments you may wish to include regarding this student:_____

_____

_____

I grant permission for the release of all records to the Wildwood Public School District for the above named student.

_____ _____
PARENT/GUARDIAN DATE

WILDWOOD PUBLIC SCHOOL DISTRICT
www.wwschools.org

Glenwood Avenue Elementary School
2900 New York Avenue
Wildwood, NJ 08260
Tel: 609-522-1630
Fax: 609-729-5243

Wildwood Middle/High School
4300 Pacific Avenue
Wildwood, NJ 08260
Tel: 609-522-7922
Fax: 609-522-7914

AUTORIZACIÓN PARA LA ENTREGA DE LOS REGISTROS ESTUDIANTILES

_____ _____
NOMBRE DEL ESTUDIANTE ÚLTIMO GRADO AL QUE ASISTIÓ

Nombre de la escuela de la que está transfiriendo: _____

Dirección de la escuela: _____

_____

Teléfono/Fax de la escuela:
Teléfono_____/Fax_____

On_____, the above named student enrolled at:

- ☐ GLENWOOD AVENUE ELEMENTARY (Grados PK3-5)
- ☐ WILDWOOD MIDDLE SCHOOL (Grados 6-8)
- ☐ WILDWOOD HIGH SCHOOL (Grados 9-12)

Please **FAX** the following records:

- ☐ Grades
- ☐ Attendance
- ☐ Health Record
- ☐ Proof of Age
- ☐ Court Orders, Custody Information
- ☐ Child Study Team Info (504/IEP) *(via IEP Direct preferred)*
- ☐ Current Report Card

Please **MAIL** the following records:

- ☐ Official Transcript
- ☐ Final Report Card
- ☐ Standardized Test Scores
- ☐ Discipline Record
- ☐ Cumulative Folder
- ☐ Child Study Team File

We welcome any comments you may wish to include regarding this student: _____

_____

_____

Doy mi permiso para revelar todos los registros al Distrito de las Escuelas Públicas de Wildwood para el estudiante mencionado anteriormente.

_____ _____
PADRE/TUTOR FECHA

REGISTRATION FORM 20__ - 20__

STUDENT INFORMATION				
Last Name	First Name			Middle Name
Home Address	City	State	Zip	Date Moved In
Home Phone	Cell Phone			Work Phone
Previous Address	City	State	Zip	

Gender	Date of Birth	City of Birth	State of Birth	Country of Birth

Ethnic Group					
☐ White	☐ Black	☐ Hispanic	☐ American Indian/Alaskan Native	☐ Native Hawaiian/Pacific Islander	☐ Asian

Living With

If student lives with someone other than one or both parents, custody/guardianship papers must be presented.

☐ Both Parents	☐ Mother	☐ Father
☐ Legal Guardian	☐ Other – List Full Name & Relationship to Student	

Previous School History

Has student been enrolled in a U.S. school for the past (3) years? ☐ Yes ☐ No

Is this the first time student has been enrolled in a U.S. school? ☐ Yes ☐ No

School Name	Address	Grade	Dates of Attendance		
				-	
				-	
				-	
				-	
				-	

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN 20__ - 20__

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE				
Apellido	Primer nombre			Segundo nombre
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha de mudanza
Teléfono de casa	Teléfono celular			Teléfono de trabajo
Dirección anterior	Ciudad	Estado	Código Postal	

Género	Fecha de nacimiento	Ciudad de nacimiento	Estado de nacimiento	País de nacimiento

Grupo Étnico					
• Blanco	• Negro	• Hispano	• Indio americano /nativo de Alaska	• Nativo de Hawaii/Isleño del Pacífico	• Asiático

Viviendo con

Si el estudiante vive con alguien que no sea uno o ambos padres, se deben presentar los documentos de custodia / tutela.

• Ambos padres	• Madre	• Padre
• Tutor legal	• Otro – Escriba el nombre completo y la relación con el estudiante	

Historia de la Escolar Anterior

¿Ha estado matriculado el estudiante en una escuela en los EE. UU. por los últimos (3) años? • Sí • No

¿Es la primera vez que el estudiante se matricula en una escuela en los EE. UU.? • Sí • No

Nombre de la escuela	Dirección	Grado	Fechas de asistencia		
				-	
				-	
				-	
				-	
				-	

Other Children Living in the Household				
Full Name	Date of Birth	Relationship	Present School	Grade

PARENT/GUARDIAN/STEP PARENT				
Last Name		First Name		
☐ Parent(s)		☐ Step Parent		
☐ Legal Guardian		☐ Other (Name/Relationship)		
Home Address	City	State	Zip	Date Moved In
☐ Own ☐ Rent	☐ Living with Friend/Relative ☐ Permanent ☐ Temporary	☐ Other ☐ Hotel/Motel ☐ Shelter		
Home Phone	Cell Phone	E-Mail		
Previous Address	City	State	Zip	Reason Moved
Employer:		Occupation:		

Last Name		First Name		
☐ Parent(s)		☐ Step Parent		
☐ Legal Guardian		☐ Other (Name/Relationship)		
Home Address	City	State	Zip	Date Moved In
	If temporary or other, complete McKinney-Vento Form			
☐ Own ☐ Rent	☐ Living with Friend/Relative ☐ Permanent ☐ Temporary	☐ Other ☐ Hotel/Motel ☐ Shelter		
Home Phone	Cell Phone	E-Mail		
Previous Address	City	State	Zip	Reason Moved
Employer:		Occupation:		

Otros niños que viven en el hogar				
Nombre completo	Fecha de nacimiento	Parentesco/relación	Escuela actual	Grado

PADRE/TUTOR/PADRASTRO/MADRASTRA					
Apellido			Primer nombre		
• Padre(s) (Padre/Madre)		• Padrastro/Madrastra			
• Tutor legal		• Otro (Nombre/Relación)			
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de mudanza
• Ser dueño de	• Alquilar	• Vivir con amigo/parentesco • Permanente • Temporal	• Otro • Hotel/Motel • Albergue		
Teléfono de casa		Teléfono celular		Correo electrónico	
Dirección anterior		Ciudad	Estado	Código postal	Motivo de la mudanza
Empleador:			Ocupación:		

Apellido			Primer nombre		
• Padre(s) (Padre/Madre)		• Padrastro/Madrastra			
• Tutor legal		• Otro (Nombre/Relación)			
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de mudanza
		Si es temporal u otro, complete el formulario McKinney-Vento			
• Ser dueño de	• Alquilar	• Vivir con amigo/parentesco • Permanente • Temporal	• Otro • Hotel/Motel • Albergue		
Teléfono de casa		Teléfono celular		Correo electrónico	
Dirección anterior		Ciudad	Estado	Código postal	Motivo de la mudanza
Empleador:			Ocupación:		

OTHER IMPORTANT INFORMATION
Do you prefer your school correspondence in English or Spanish? ☐ English ☐ Spanish
Does your child receive Special Education Services, have an IEP or 504 Plan? ☐ Yes ☐ No ☐ Special Education Services ☐ IEP ☐ 504 Plan
Does this student have a parent or guardian who is on ACTIVE DUTY in the National Guard or RESERVE components of the United States Military? ☐ Yes ☐ No
Are you registering any other children in any other school district (Private school, CHOICE Program, etc.)?

Name of Child	School child will be or is registered	Grade

ALERTS – Please provide any information that would help us keep your child safe in school or names of persons who are not allowed to have contact with your child.

SIGNATURE

DATE

PRINT NAME

OTRA INFORMACIÓN IMPORTANTE
¿Prefiere la correspondencia de la escuela en inglés o español? • Inglés • Español
¿Su hijo recibe servicios de educación especial, tiene un IEP o un plan 504? • Sí • No • Servicios de Educación Especial • IEP • Plan 504
¿Tiene este estudiante un padre o tutor que está en SERVICIO ACTIVO en la Guardia Nacional o en el cuerpo de RESERVA del Militar de los Estados Unidos? • Sí • No
¿Ud. está inscribiendo a otros niños en algún otro distrito escolar (escuela privada, programa CHOICE, etc.)?

Nombre del niño/a	Escuela en la que el niño/a estará o está registrado	Grado

ALERTAS: Por favor, proporcione cualquier información que nos ayude a mantener a su hijo/a seguro en la escuela o los nombres de las personas que no pueden tener contacto con su hijo/a.

FIRMA FECHA

_____ _____

_____

NOMBRE EN LETRAS DE MOLDE

FOR GLENWOOD AVENUE ELEMENTARY SCHOOL STUDENT REGISTRATION ONLY:

PERSONS (MUST BE OVER THE AGE OF 18) AUTHORIZED TO PICK CHILD UP FROM SCHOOL PRIOR TO DISMISSAL:

_____ Phone:_____

_____ Phone:_____

_____ Phone:_____

Is your child toilet trained? ☐ Yes ☐ No

Date of your child's most recent physical exam? _____

Date of your child's last blood lead level test? _____

PERMISSION FOR CHILD TO PARTICIPATE IN SCHOOL ACTIVITIES AWAY FROM SCHOOL BUILDINGS

I hereby permit my child to participate in extracurricular, as well as regular, school activities away from the school building for the current school year. I agree that my child shall participate in accordance with the rules and regulations set forth by school authorities. I further agree that neither the school nor any school authority will be responsible for any injury my child might suffer while engaging in said activities.

I, the undersigned, do hereby authorize officials of New Jersey Public Schools to contact directly the persons names on this card and to do authorize the made physicians to render such treatment as may be deemed necessary in an emergency, for the health of said child.

In the event that physicians, other persons named on the emergency contact card, or parents cannot be contacted, the school is authorized to take whatever action is deemed necessary in their judgment, for the health of the aforesaid child.

I will not hold the school district financially responsible for the emergency care and/or transportation for said child.

_____ _____

SIGNATURE DATE

_____

PRINT NAME

SOLO PARA ESTUDIANTES INSCRIBIENDO EN LA ESCUELA ELEMENTAL DE GLENWOOD AVENUE:

PERSONAS (DEBEN SER MAYORES DE 18 AÑOS) AUTORIZADAS PARA RECOGER A LOS NIÑOS DE LA ESCUELA ANTES DEL FIN DE DÍA ESCOLAR:

_____ Teléfono:_____

_____ Teléfono:_____

_____ Teléfono:_____

¿Su hijo/a puede ir solo al baño? (Toilet trained) • Sí • No

¿La fecha del examen físico más reciente de su hijo/a? _____

¿La fecha de la última prueba de nivel de plomo en sangre de su hijo? _____

PERMISO PARA EL NIÑO/A A PARTICIPAR EN ACTIVIDADES ESCOLARES FUERA DE LOS EDIFICIOS ESCOLARES

Por la presente, permito que mi hijo/a participe en actividades escolares extracurriculares, así como regulares, fuera del edificio escolar para el año escolar actual. Estoy de acuerdo en que mi hijo/a participe de acuerdo con las reglas y regulaciones establecidas por las autoridades escolares. Además, estoy de acuerdo en que ni la escuela ni ninguna autoridad escolar serán responsables de ninguna lesión/herida que pueda sufrir mi hijo/a mientras participa en dichas actividades.

Yo, el abajo firmante, autorizo a los oficiales de las Escuelas Públicas de Nueva Jersey a comunicarse directamente con las personas nombradas en este documento y autorizar a los médicos nombrados a brindar el tratamiento que se considere necesario en una emergencia, para la salud de dicho niño/a

En caso de que los médicos, otras personas nombradas en el documento de contacto de emergencia, o los padres no puedan ser contactados, la escuela está autorizada a tomar cualquier acción que se considere necesaria a su juicio, para la salud del niño/a mencionado anteriormente.

No responsabilizaré financieramente al distrito escolar por servicios de urgencia médica y / o el transporte de dicho niño.

FIRMA FECHA

_____ _____

_____

NOMBRE EN LETRAS DE MOLDE

INFORMATION FOR PARENTS

IF YOUR FAMILY LIVES IN ANY OF THE FOLLOWING SITUATIONS:

In a shelter

In a motel or campground due to the lack of an alternative adequate accommodation

In a car, park, abandoned building, or bus or train station

Doubled up with other people due to loss of housing or economic hardship

Your school-age children may qualify for certain rights and protections under the federal McKinney-Vento Act.

Your eligible children have the right to:

- Receive a free, appropriate public education.
- Enroll in school immediately, even if lacking documents normally required for enrollment.
- Enroll in school and attend classes while the school gathers needed documents.
- Enroll in the local school; or continue attending their school of origin (the school they attended when permanently housed or the school in which they were last enrolled), if that is your preference.
  - * If the school district believes that the school you select is not in the best interest of your children, then the district must provide you with a written explanation of its position and inform you of your right to appeal its decision.
- Receive transportation to and from the school of origin, if you request this.
- Receive educational services comparable to those provided to other students, according to your children's needs.

If you believe your children may be eligible, contact the local liaison to find out what services and supports may be available. There also may be supports available for your preschool-age children.

Local Liaison	State Coordinator
Ms. Renee McGaffney 609-522-1670	Ms. Anderson-Thomas 609-984-4974

If you need further assistance with your children's educational needs, contact the National Center for Homeless Education:

1-800-308-2145 • homeless@serve.org • http://nche.ed.gov

INFORMACIÓN PARA LOS PADRES

SI SU FAMILIA VIVE EN CUALQUIERA DE LAS SITUACIONES SIGUIENTES:

En un albergue

❖

En un motel o un sitio para acampar debido a la falta de una alternativa adecuada

❖

En un auto, un parque, un edificio abandonado, o una estación de trenes o de autobuses

❖

Compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de su casa o a una dificultad económica

Sus hijos de edad escolar podrían calificar para recibir ciertos derechos y protecciones bajo la ley federal McKinney-Vento.

Sus hijos elegibles tienen derecho a:

- Recibir una educación pública gratuita y apropiada.
- Inscribirse en la escuela inmediatamente, aunque falten documentos normalmente requeridos para la inscripción.
- Inscribirse y asistir a clases mientras que la escuela obtiene los documentos necesarios.
- Inscribirse en la escuela local; o continuar asistiendo a la escuela de origen (la escuela a la cual su hijo asistió cuando tenia una residencia permanente, o la última escuela en la cual estaba inscrito), si esto es su preferencia.
  - * Si el distrito escolar cree que la escuela escogida por usted no es la mejor para sus hijos, el distrito tiene que darle a usted una explicación escrita de su posición e informarle de su derecho de apelar su decisión.
- Recibir transporte a/de la escuela de origen, si usted lo pide.
- Recibir servicios educacionales comparables a los que están provistos para otros estudiantes, según las necesidades de sus hijos.

Si usted cree que sus hijos podrían ser elegibles, contacte al oficial para la educación de los niños y jóvenes sin hogar de su distrito escolar para averiguar los servicios y ayudas que podrían estar disponibles. También puede haber apoyo disponible para sus hijos de edad preescolar.

Oficial para la educación de los niños y jóvenes sin hogar	Coordinador estatal
Ms. Renee McGaffney 609-522-1670	Ms. Anderson-Thomas 609-984-4974

MCKINNEY-VENTO HOUSING QUESTIONNAIRE

This questionnaire can help determine the services your student(s) may be eligible to receive under the McKinney Vento Act (42 U.S.C. 11435) which provides services and supports to children experiencing homelessness.

If you own or rent your home AND are the student's parent or legal guardian, you do not need to complete this form.

Student(s) First & Last Name	Date of Birth	Grade	School Attending

PLEASE LIST OTHER CHILDREN IN THE FAMILY WHO ARE **NOT CURRENTLY ENROLLED IN A K-12 SCHOOL**.

Student(s) First & Last Name	Date of Birth

CURRENT ADDRESS FOR ALL STUDENTS IN FAMILY

Home Address	City	State	Date Moved In

PLEASE CHECK ALL HOUSING SITUATIONS BELOW THAT APPLY

❒ In an emergency or confidential shelter	❒ In a transitional housing program
❒ In a motel because of no other housing option	❒ In someone else's home or apartment (Family, friend, etc) out of necessity
❒ In a residence with inadequate facilities (no water, heat, electricity, etc)	❒ Moving from place to place/couch surfing
❒ In a car, RV, park, campsite, abandoned building or similar location	❒ In a temporary placement by Social Services

CUESTIONARIO DE VIVIENDA MCKINNEY-VENTO

Este cuestionario puede ayudar a determinar los servicios que su(s) estudiante(s) pueden ser elegibles para recibir según la Ley McKinney Vento (42 U.S.C. 11435) que brinda servicios y apoyo a niños sin hogar.

Si UD. es dueño de su propia casa o alquila su casa Y es el padre o tutor legal del estudiante, no es necesario completar este formulario.

Nombre y apellido del estudiante(s)	Fecha de nacimiento	Grado	Nombre de la escuela

POR FAVOR, ESCRIBA LOS NOMBRES DE OTROS NIÑOS DE LA FAMILIA QUE **NO ESTÁN INSCRITOS ACTUALMENTE EN UNA ESCUELA K-12.**

Nombre y apellido del niño(s)	Fecha de nacimiento

DIRECCIÓN ACTUAL PARA TODOS LOS ESTUDIANTES EN LA FAMILIA

Dirección de la casa	Ciudad	Estado	Fecha de mudanza

POR FAVOR, MARQUE TODAS LAS SITUACIONES DE VIVIENDA A CONTINUACIÓN QUE APLIQUEN

❒ En un albergue confidencial o de emergencia	❒ En un programa de vivienda transicional
❒ En un motel por no tener otra opción de vivienda	❒ En la casa o apartamento de otra persona (familia, amigo, etc.) por necesidad
❒En una residencia con instalaciones/servicios inadecuadas (sin agua, calefacción, electricidad, etc.)	❒ Moverse de un lugar a otro/“couch surfing” (dormir en el sofá de otros)
❒ En un carro, “RV”, parque, campamento, edificio abandonado o lugar similar	❒ En una colocación temporal por Servicios Sociales

Is the student's current address temporary or permanent?
❒TEMPORARY (Anticipated length of stay_____) ❒PERMANENT

If temporary, this living arrangement is due to (check all that apply):
❒LOSS OF HOUSING ❒ECONOMIC HARDSHIP ❒OTHER (Explain below)

_____

_____

PREVIOUS FIXED, ADEQUATE AND REGULAR HOUSING

Address	City	State

HOW LONG DID YOU LIVE AT THIS ADDRESS?_____

REASON FOR MOVE:

❒EVICTION ❒FIRE/FLOOD ❒DOMESTIC VIOLENCE
❒CHILD ABANDONMENT ❒TRANSITIONAL HOUSING ❒OTHER (Explain below)

_____

ATTENTION PARENT/LEGAL GUARDIAN: The State of NJ requires us notify your former school district of you are in a homeless situation. This **does not** affect your child's enrollment in the Wildwood Public School District. However, if you file a fraudulent claim, you will be held liable for the student's tuition.

_____ I WISH TO REGISTER MY CHILD IN THE WILDWOOD SCHOOL DISTRICT.

_____ I PREFER THAT MY CHILD RETURNS TO OUR FORMER SCHOOL DISTRICT, IF POSSIBLE.

_____ _____
PARENT/GUARDIAN SIGNATURE DATE

The above named student has registered with the Wildwood Public School District. I have reviewed the information above and find the student eligible to receive McKinney-Vento services.

_____ _____
RENEE MCGAFFNEY, HOMELESS LIAISON DATE

¿La dirección actual del estudiante es temporal o permanente?

❒TEMPORAL (Tiempo anticipado de estadía _____) ❒PERMANENTE

Si es temporal, este arreglo de vivienda se debe a (marque todas las opciones que apliquen):
❒PÉRDIDA DE VIVIENDA ❒UNA DIFICULTAD ECONÓMICA ❒OTRO (Explique a continuación)

_____

_____

VIVIENDA PREVIA FIJA, ADECUADA Y REGULAR

Dirección	Ciudad	Estado

¿CUÁNTO TIEMPO VIVIERON EN ESTA DIRECCIÓN? _____

MOTIVO DE LA MUDANZA:

❒ DESAHUCIO/DESALOJO ❒ INCENDIO/INUNDACIÓN ❒ VIOLENCIA DOMÉSTICA
❒ ABANDONO INFANTIL ❒ VIVIENDA TRANSICIONAL ❒ OTRO(Explique a continuación)

_____

_____

ATENCION PADRE/TUTOR LEGAL: El estado de Nueva Jersey requiere que notificamos a su distrito escolar anterior si se encuentra en una situación sin hogar. Esto no afecta la inscripción de su hijo/a en el Distrito de las Escuelas Públicas de Wildwood. Sin embargo, si presenta un reclamo fraudulento, será responsable de la matrícula del estudiante.

_____ QUIERO INSCRIBIR A MI HIJO/A EN EL DISTRITO ESCOLAR DE WILDWOOD.

_____ PREFIERO QUE MI HIJO/A REGRESE A NUESTRO DISTRITO ESCOLAR ANTERIOR, SI ES POSIBLE.

_____ _____
FIRMA DEL PADRE/TUTOR FECHA

El estudiante mencionado anteriormente se ha registrado en el Distrito de las Escuelas Públicas de Wildwood. He revisado la información anterior y encuentro que el estudiante es elegible para recibir los servicios de McKinney-Vento.

_____ _____
RENEE MCGAFFNEY, OFICIAL PARA LAS PERSONAS SIN HOGAR FECHA

STUDENT EMERGENCY INFORMATION

STUDENT DEMOGRAPHIC INFORMATION				
SCHOOL	TEACHER			GRADE
Last Name	First Name			Middle Name
Home Address	City	State	Zip	Date of Birth
Home Phone	Cell Phone	E-Mail		

TO THE PARENT/GUARDIAN: It is essential that the school is able to reach you or a designee in the case of early dismissal, accident or sudden illness, or other important occurrence. Please furnish complete information.

	Parent/Guardian 1	Parent/Guardian 2	Parent/Guardian 3
Name			
Relationship			
Home Address			
Home Phone			
Cell Phone			
Work Phone			
Email			
Employer Name			
Work Address			

In case of an unscheduled early dismissal, or if my child is sick, persons, who are available during the day, have agreed to care for my child if I cannot be contacted. My child may be released to the supervision of the listed person(s), who have my permission to pick up my child if I cannot be reached.

	Emergency Contact 1	Emergency Contact 2	Emergency Contact 3
Name			
Relationship			
Home Phone			
Cell Phone			
Home Address			

INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA PARA ESTUDIANTES

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA DEL ESTUDIANTE				
ESCUELA	MAESTRO/A			GRADO
Apellido	Primer nombre			Segundo nombre
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Fecha de nacimiento
Número de teléfono de casa	Número de teléfono celular	Correo electrónico (E-Mail)		

AL PADRE/TUTOR*: *Es esencial que la escuela pueda comunicarse con usted o una persona designada en caso de una salida temprana, accidente o enfermedad repentina u otro evento importante. Por favor, proporcione información completa.

	Padre/Tutor 1	Padre/Tutor 2	Padre/Tutor 3
Nombre			
Parentesco/relación			
Dirección			
Teléfono de la casa			
Teléfono celular			
Teléfono de trabajo			
Correo electrónico			
Nombre del empleador			
Dirección del trabajo			

En caso de una salida temprana no programada, o si mi hijo/a está enfermo/a, las personas que están disponibles durante el día, han acordado cuidar a mi hijo/a si no me pueden contactar. Mi hijo/a puede ser entregado a la supervisión de la(s) persona(s) mencionada(s), que tienen mi permiso para recoger a mi hijo/a si no puedo ser contactado.

	Contacto en caso de emergencia 1	Contacto en caso de emergencia 2	Contacto en caso de emergencia 3
Nombre			
Parentesco/relación			
Teléfono de la casa			
Teléfono celular			
Dirección de la casa			

NJ-SMART HEALTH STATUS

STUDENT INFORMATION			
Last Name	First Name	Date of Birth	
Physician's Name			
Street Address	City	State	Zip
Phone Number	Fax Number		

MEDICAL INFORMATION			
Last Lead Test		Lead Level	
Last Medical Exam		Initial Polio Immunization	

HEALTH CARE PROVIDER	NJ FAMILY CARE PROGRAM
Does the student have health insurance? Yes ❒ No ❒ *If yes, specify provider:* ❒ Aetna HMO ❒ AmeriHealth HMO ❒ Cigna Healthcare HMO ❒ Health Net HMO ❒ Horizon Blue Cross Blue Shield of NJ ❒ Horizon Blue Cross Blue Shield of NJ PLUS ❒ Medicaid ❒ NJ FamilyCare ❒ Oxford HMO ❒ Other _____ Is the student's health insurance issued by Medicaid? Yes ❒ No ❒	NJ FamilyCare provides free or low cost health insurance for uninsured children and certain low income parents, For more information call 800-701-0710 or visit www.njfamilycare.org to apply online. **You may release my name and address to the NJ FamilyCare Program to contact me about health insurance.** Signature: _____ Printed Name: _____ Date:_____ Written consent required pursuant to 20 U.S.C. § 1232g (b)(1) and 34 C.F.R. 99.30 (b).

NJ-SMART ESTADO DE SALUD

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE			
Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	
Nombre del médico			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Número de fax		

INFORMACIÓN MÉDICA			
Última prueba de plomo		Nivel de plomo	
Último examen médico		Inmunización Inicial de Polio	

PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD	PROGRAMA DE NJ FAMILY CARE
¿El estudiante tiene seguro de salud? Sí ❒ No ❒ *Si es así, especificar el proveedor:* ❒ Aetna HMO ❒ AmeriHealth HMO ❒ Cigna Healthcare HMO ❒ Health Net HMO ❒ Horizon Blue Cross Blue Shield of NJ ❒ Horizon Blue Cross Blue Shield of NJ PLUS ❒ Medicaid ❒ NJ FamilyCare ❒ Oxford HMO ❒ Otro _____ ¿Es el seguro de salud del estudiante emitido por Medicaid? Sí ❒ No ❒	NJ FamilyCare proporciona seguro de salud gratis o a costo bajo para niños sin seguro y ciertos padres de bajos ingresos. Para más información llame al 800-701-0710 o visite www.njfamilycare.org para aplicar en línea. **Usted puede revelar mi nombre y dirección al Programa NJ FamilyCare para contactarme sobre el seguro de salud.** Firma: _____ Nombre en letra de molde: _____ Fecha:_____ Se requiere consentimiento por escrito de conformidad con 20 U.S.C. § 1232g (b)(1) and 34 C.F.R. 99.30 (b).

PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS

The primary responsibility for the health of a child rests with the parent/guardian and their family physician or primary health care provider. According to state law, **"Each student medical examination shall be conducted at the medical home of the student, and a full report sent to the school." (N.J.A.C. 6A:16-2.2)** Your child's family physician or health care provider must complete his or her physical examination. A comprehensive health examination, which includes a review and examination of all body systems, is required for certain students in Wildwood Public Schools.

Accompanying this notice is a copy of the Universal Child Health Record. Please have your family physician/primary health care provider complete it and return it to your child's school nurse. If your child does not have a medical home (family physician/primary health care provider), or if you have questions or concerns, please contact the school nurse.

New Jersey State Law requires that a physical examination be completed on the following students:

ALL STUDENTS ENTERING SCHOOL. This includes those students entering PK or Kindergarten for the first time, and those transferring from another school without a documented physical examination. Each of these students must present written proof of a completed physical examination that has been completed no more than 365 days prior to attending the Wildwood Public Schools. ***THOSE FAILING TO COMPLY WITHIN A REASONABLE AMOUT OF TIME DETERMINED BY THE DISTRICT MAY BE EXCLUDED FROM SCHOOL.***

FOURTH AND SEVENTH GRADES. It is strongly recommended that a physical be completed on students in 4th and 7th grades.

THOSE PARTICIPATING IN INTERSCHOLASTIC SPORTS. Students who wish to participate in a school athletic squad or team must return a completed district Physical Examination Report. Each completed sport physical must be reviewed by the school physician, who will recommend approval or disapproval from participation in the sport. Physical examination for sports shall be conducted within 365 days prior to the first practice session. In addition, a Health History Questionnaire must be completed by the parent/guardian prior to each sport's first practice.

THOSE APPLYING FOR WORKING PAPERS.

THOSE PURSUANT TO A COMPREHENSIVE CHILD STUDY TEAM EVALUATION.

REQUISITOS DE EXAMEN FÍSICO

La responsabilidad principal de la salud de un niño recae sobre el padre / tutor y su médico de familia o proveedor de atención médica primaria. De acuerdo con la ley estatal, **"Cada examen médico del estudiante se llevará a cabo en el hogar médico del estudiante y se enviará un informe completo a la escuela". (NJAC 6A: 16-2.2)** El médico de familia o el proveedor de atención médica de su hijo/a debe completar su examen físico. Se requiere un examen completo de salud, que incluye una revisión y examen de todos los sistemas del cuerpo, para ciertos estudiantes en las Escuelas Públicas de Wildwood.

Adjunto a este aviso hay una copia del Registro Universal de Salud Infantil. Pídale a su médico de familia / proveedor de atención médica primaria que lo complete y lo devuelva a la enfermera escolar de su hijo/a. Si su hijo/a no tiene un hogar médico (médico de familia / proveedor de atención médica primaria), o si tiene preguntas o inquietudes, comuníquese con la enfermera de la escuela.

La Ley Estatal de Nueva Jersey requiere que se complete un examen físico en los siguientes estudiantes:

TODOS LOS ESTUDIANTES QUE INGRESAN A LA ESCUELA. Esto incluye a los estudiantes que ingresan a PK o Kindergarten por primera vez, y aquellos que se transfieren de otra escuela sin un examen físico documentado. Cada uno de estos estudiantes debe presentar prueba escrita de un examen físico completo que se haya completado no más de 365 días antes de asistir a las Escuelas Públicas de Wildwood. **AQUELLOS QUE NO CUMPLAN DENTRO DE UN TIEMPO RAZONABLE DETERMINADO POR EL DISTRITO PUEDEN SER EXCLUIDOS DE LA ESCUELA.**

CUARTO Y SÉPTIMO GRADOS. Se recomienda ampliamente que se realice un examen físico para los estudiantes de 4º y 7º grado.

AQUELLOS QUE PARTICIPAN EN DEPORTES INTERESCOLARES. Los estudiantes que deseen participar en una plantilla atlética o equipo atlético de la escuela deben devolver un Informe de Examen Físico del distrito completo. Cada examen físico de deporte, cuando se complete, debe ser revisado por el médico de la escuela, quien recomendará la aprobación o desaprobación de la participación en el deporte. El examen físico para deportes se realizará dentro de los 365 días antes de la primera sesión de práctica. Además, el padre / tutor debe completar un Cuestionario de Historia de Salud antes de la primera práctica de cada deporte.

AQUELLOS QUE SOLICITAN PAPELES PARA TRABAJAR ("WORKING PAPERS").

AQUELLOS CONFORME A UNA EVALUACIÓN EXHAUSTIVA DEL EQUIPO DE ESTUDIO DEL NIÑO.

APPENDIX H

UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

Endorsed by: *American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter*
New Jersey Academy of Family Physicians
New Jersey Department of Health

SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)

Child's Name *(Last)* *(First)*	Gender ☐ Male ☐ Female	Date of Birth / /

Does Child Have Health Insurance? ☐Yes ☐No	If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier

Parent/Guardian Name	Home Telephone Number ( ) -	Work Telephone/Cell Phone Number ( ) -
Parent/Guardian Name	Home Telephone Number ( ) -	Work Telephone/Cell Phone Number ( ) -

I give my consent for my child's Health Care Provider and Child Care Provider/School Nurse to discuss the information on this form.

Signature/Date	This form may be released to WIC. ☐Yes ☐No

SECTION II - TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

Date of Physical Examination:	Results of physical examination normal? ☐Yes ☐No

Abnormalities Noted:		
	Weight *(must be taken within 30 days for WIC)*	
	Height *(must be taken within 30 days for WIC)*	
	Head Circumference *(if <2 Years)*	
	Blood Pressure *(if ≥3 Years)*	

IMMUNIZATIONS	☐ Immunization Record Attached ☐ Date Next Immunization Due: _____

MEDICAL CONDITIONS

Chronic Medical Conditions/Related Surgeries • List medical conditions/ongoing surgical concerns:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Medications/Treatments • List medications/treatments:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Limitations to Physical Activity • List limitations/special considerations:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Special Equipment Needs • List items necessary for daily activities	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Allergies/Sensitivities • List allergies:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Special Diet/Vitamin & Mineral Supplements • List dietary specifications:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Behavioral Issues/Mental Health Diagnosis • List behavioral/mental health issues/concerns:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments
Emergency Plans • List emergency plan that might be needed and the sign/symptoms to watch for:	☐ None ☐ Special Care Plan Attached	Comments

PREVENTIVE HEALTH SCREENINGS

Type Screening	Date Performed	Record Value	Type Screening	Date Performed	Note if Abnormal
Hgb/Hct			Hearing		
Lead: ☐ Capillary ☐ Venous			Vision		
TB (mm of Induration)			Dental		
Other:			Developmental		
Other:			Scoliosis		

☐ ***I have examined the above student and reviewed his/her health history. It is my opinion that he/she is medically cleared to participate fully in all child care/school activities, including physical education and competitive contact sports, unless noted above.***

Name of Health Care Provider (Print)	Health Care Provider Stamp:
Signature/Date	

CH-14 OCT 17 Distribution: Original-Child Care Provider Copy-Parent/Guardian Copy-Health Care Provider

Instructions for Completing the Universal Child Health Record (CH-14)

Section 1 - Parent

Please have the parent/guardian complete the top section and sign the consent for the child care provider/school nurse to discuss any information on this form with the health care provider.

The WIC box needs to be checked only if this form is being sent to the WIC office. WIC is a supplemental nutrition program for Women, Infants and Children that provides nutritious foods, nutrition counseling, health care referrals and breast feeding support to income eligible families. For more information about WIC in your area call 1-800-328-3838.

Section 2 - Health Care Provider

1. Please enter the date of the physical exam that is being used to complete the form. Note significant abnormalities especially if the child needs treatment for that abnormality (e.g. creams for eczema; asthma medications for wheezing etc.)
   - **Weight** - Please note pounds vs. kilograms. If the form is being used for WIC, the weight must have been taken within the last 30 days.
   - **Height** - Please note inches vs. centimeters. If the form is being used for WIC, the height must have been taken within the last 30 days.
   - **Head Circumference** - Only enter if the child is less than 2 years.
   - **Blood Pressure** - Only enter if the child is 3 years or older.

2. **Immunization** - A copy of an immunization record may be copied and attached. If you need a blank form on which to enter the immunization dates, you can request a supply of Personal Immunization Record (IMM-9) cards from the New Jersey Department of Health, Vaccine Preventable Diseases Program at 609-826-4860. The Immunization record must be attached for the form to be valid.
   - "Date next immunization is due" is optional but helps child care providers to assure that children in their care are up-to-date with immunizations.

3. **Medical Conditions -** Please list any ongoing medical conditions that might impact the child's health and well being in the child care or school setting.

   a. Note any significant medical conditions or major surgical history. **If the child has a complex medical condition, a special care plan should be completed and attached for any of the medical issue blocks that follow.** A generic care plan (CH-15) can be downloaded at www.nj.gov/health/forms/ch-15.dot or pdf. Hard copies of the CH-15 can be requested from the Division of Family Health Services at 609-292-5666.

   b. **Medications -** List any ongoing medications. Include any medications given at home if they might impact the child's health while in child care (seizure, cardiac or asthma medications, etc.). Short-term medications such as antibiotics do not need to be listed on this form. Long-term antibiotics such as antibiotics for urinary tract infections or sickle cell prophylaxis should be included.

   PRN Medications are medications given only as needed and should have guidelines as to specific factors that should trigger medication administration.

   Please be specific about what over-the-counter (OTC) medications you recommend, and include information for the parent and child care provider as to dosage, route, frequency, and possible side effects. Many child care providers may require separate permissions slips for prescription and OTC medications.

   c. **Limitations to physical activity -** Please be as specific as possible and include dates of limitation as appropriate. Any limitation to field trips should be noted. Note any special considerations such as avoiding sun exposure or exposure to allergens. Potential severe reaction to insect stings should be noted. Special considerations such as back-only sleeping for infants should be noted.

   d. **Special Equipment** – Enter if the child wears glasses, orthodontic devices, orthotics, or other special equipment. Children with complex equipment needs should have a care plan.

   e. **Allergies/Sensitivities -** Children with life-threatening allergies should have a special care plan. Severe allergic reactions to animals or foods (wheezing etc.) should be noted. Pediatric asthma action plans can be obtained from The Pediatric Asthma Coalition of New Jersey at www.pacnj.org or by phone at 908-687-9340.

   f. **Special Diets** - Any special diet and/or supplements that are medically indicated should be included. Exclusive breastfeeding should be noted.

   g. **Behavioral/Mental Health issues** – Please note any significant behavioral problems or mental health diagnoses such as autism, breath holding, or ADHD.

   h. **Emergency Plans -** May require a special care plan if interventions are complex. Be specific about signs and symptoms to watch for. Use simple language and avoid the use of complex medical terms.

4. **Screening** - This section is required for school, WIC, Head Start, child care settings, and some other programs. This section can provide valuable data for public heath personnel to track children's health. Please enter the date that the test was performed. Note if the test was abnormal or place an "N" if it was normal.
   - For lead screening state if the blood sample was capillary or venous and the value of the test performed.
   - For PPD enter millimeters of induration, and the date listed should be the date read. If a chest x-ray was done, record results.
   - Scoliosis screenings are done biennially in the public schools beginning at age 10.

   This form may be used for clearance for sports or physical education. As such, please check the box above the signature line and make any appropriate notations in the Limitation to Physical Activities block.

5. Please sign and date the form with the date the form was completed (note the date of the exam, if different)
   - Print the health care provider's name.
   - Stamp with health care site's name, address and phone number.

ANNUAL HEALTH UPDATE

Student Name:_____ Date of Birth:_____ Grade:_____

PART 1. STUDENT HEALTH HISTORY			
Does your child……?			
Wear Glasses	☐ Yes ☐ No	Heart problems	☐ Yes ☐ No
Wear Contacts	☐ Yes ☐ No	Migraines	☐ Yes ☐ No
Wear Hearing Aid	☐ Yes ☐ No	Bleeding Disorder	☐ Yes ☐ No
Have a Disability	☐ Yes ☐ No	Activity Restriction	☐ Yes ☐ No
Have Allergies	☐ Yes ☐ No	Have Asthma	☐ Yes ☐ No
☐ Mild ☐Moderate ☐ Life Threatening EpiPen Prescribed? ☐ Yes ☐ No		☐ Mild ☐Moderate ☐ Severe Inhaler Prescribed? ☐ Yes ☐ No	
Have Diabetes	☐ Yes ☐ No	Have Seizures	☐ Yes ☐ No
If yes to any of the above, please explain:			

PART 2. CURRENT MEDICATIONS		
Is your child on any medication?		☐ Yes ☐ No
Is medication required during school hours?		☐ Yes ☐ No
Name of Medication	Reason for use	Required at school
		☐ Yes ☐ No
		☐ Yes ☐ No
		☐ Yes ☐ No
		☐ Yes ☐ No

PART 3. CONSENT AND SIGNATURE

All information provided above is true and complete to the best of my knowledge. I understand that in order to provide the safest possible environment for my child, the school needs to be informed of any health or medical conditions that may affect my child's school day.

I understand that:

- Medications of any kind are not allowed on school grounds without the proper medical authorization on file.
- The School Nurse MAY NOT administer or assist with any medications without the proper authorization on file.
- For the safety of my child, the school nurse may need to share information about my child's condition with appropriate school staff. If I do not wish that information to be shared, I must request this in writing and file it with the school nurse.

_____ _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE DATE

ACTUALIZACIÓN ANUAL DE LA SALUD

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento:_____ Gr:____

PARTE 1. HISTORIAL DE SALUD DEL ESTUDIANTE			
¿Su hijo/a……?			
Usa lentes	○ Sí ○ No	Problemas del corazón	○ Sí ○ No
Usa lentes de contacto	○ Sí ○ No	Migrañas	○ Sí ○ No
Usa un audífono	○ Sí ○ No	Trastornos de la sangre	○ Sí ○ No
Tiene una discapacidad	○ Sí ○ No	Restricción de actividad	○ Sí ○ No
Tiene alergias	○ Sí ○ No	Tiene asma	○ Sí ○ No
○ Leve ○Moderada ○ Poner en peligro la vida ¿EpiPen recetado? ○ Sí ○ No		○ Leve ○Moderada ○ Severa ¿Inhalador recetado? ○ Sí ○ No	
Tiene diabetes	○ Sí ○ No	Tiene convulsiones	○ Sí ○ No
En caso afirmativo a cualquiera de los anteriores, por favor explique:			

PARTE 2. MEDICAMENTOS ACTUALES		
¿Su hijo/a toma algún medicamento?	○ Sí ○ No	
¿Se requiere el medicamento durante el horario escolar?	○ Sí ○ No	
Nombre del medicamento	Razón para usar el medicamento	¿Requerido en la escuela?
		○ Sí ○ No
		○ Sí ○ No
		○ Sí ○ No
		○ Sí ○ No

PARTE 3. CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Toda la información proporcionada anteriormente es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que para proporcionar el ambiente más seguro posible para mi hijo/a, la escuela necesita estar informada de cualquier condición médica o de salud que pueda afectar el día escolar de mi hijo.

Entiendo que:

- No se permiten medicamentos de ningún tipo en los terrenos escolares sin la autorización médica adecuada en el archivo.
- La enfermera de la escuela NO PUEDE administrar o ayudar con ningún medicamento sin la autorización adecuada en el archivo.
- Para la seguridad de mi hijo, la enfermera de la escuela puede necesitar compartir información sobre la condición de mi hijo con el personal escolar apropiado. Si no deseo que se comparta esa información, tengo que solicitarla por escrito y archivarla con la enfermera de la escuela.

_____ _____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR FECHA

FOOD ALLERGY INFORMATION FORM

Food allergies must be reported to the food service department and school nurse prior to the student's first day of school.

This form allows you to disclose specific food allergy information, in order to enable the District's Food Service Department to take necessary precautions for your child's safety.

My Child Has Food Allergies ❒**YES** ❒ **NO**

If yes, please list allergen and reaction:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Student Name: _____

School: _____ Grade:_____

Cell Phone:_____ Home Phone: _____

Parent/Guardian Signature _____ Date: _____

Wildwood Public School District will maintain the confidentiality of the information provided above and may disclose the information to teachers, school counselors, school nurses, and other appropriate school personnel only within the limitations of the Family Educational Rights and Privacy Act and District policy.

FOR OFFICE USE ONLY
Send copies of completed form to:

❒ **FOOD SERVICE**

❒ **SCHOOL NURSE GLENWOOD ELEMENTARY SCHOOL**

❒ **SCHOOL NURSE WILDWOOD MIDDLE/HIGH SCHOOL**

FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE ALERGIAS ALIMENTARIAS

Las alergias alimentarias se deben informar al departamento de servicio de alimentos y a la enfermera de la escuela antes del primer día de clases del estudiante.

Este formulario le permite revelar información específica sobre alergias alimentarias, a fin de permitir que el Departamento de Servicio de Alimentos del Distrito tome las precauciones necesarias para la seguridad de su hijo.

Mi hijo/a tiene alergias alimentarias ❒**SÍ** ❒ **NO**

Si es así, por favor indique el alérgeno y la reacción:

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

Nombre del estudiante: _____

Escuela: _____ Grado:_____

Número de teléfono celular:_____ de casa:_____

Firma del padre/tutor _____ Fecha: _____

El Distrito de las Escuelas Públicas de Wildwood mantendrá la confidencialidad de la información proporcionada anteriormente y puede revelar la información a maestros, consejeros escolares, enfermeras escolares y otro personal escolar apropiado solo dentro de las limitaciones de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar y la política del Distrito.

SOLO PARA USO DE OFICINA
Envíe copias del formulario completado a:

❒ **SERVICIO DE ALIMENTOS**

❒ **ENFERMERA DE LA ESCUELA ELEMENTAL DE GLENWOOD**

❒ **ENFERMERA DE LA ESCUELA INTERMEDIA/SECUNDARIA**

SPECIAL EDUCATION MEDICAID INITIATIVE (SEMI) CONSENT FORM

The Wildwood Public School District participates in the Special Education Medicaid Initiative (SEMI) program that allows school districts to bill Medicaid for services that are provided to students.

In accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act, 34 CFR §99.30 and Section 617 of the IDEA Part B, consent requirements in 34 CFR §300.622 require a one-time consent before accessing public benefits.

This consent establishes that your child's personally identifiable information, such as student records or information about services provided to your child, including evaluations and services as specified in my child's Individualized Education Program (IEP) (occupational therapy, physical therapy, speech therapy, psychological counseling, audiology, nursing and specialized transportation,) may be disclosed to Medicaid and the Department of the Treasury for the purpose of receiving Medicaid reimbursement at the school district.

As parent/guardian of the child named below, I give permission to disclose information as described above and I understand and agree that Medicaid may access my child's or my public benefits or public insurance to pay for special education or related services under Part 300 (services under the IDEA).

I understand that the school district is still required to provide services to my child pursuant to his or her IEP, regardless of my Medicaid eligibility status or willingness to consent for SEMI billing I understand that billing for these services by the district does not impact my ability to access these services for my child outside of the school setting, nor will any cost be incurred by my family including co-pays, deductibles, loss of eligibility or impact on lifetime benefits. Child's

Child’s Name: _____

Child's Date of Birth:_____

Parent/Guardian: _____

Date: _____

I give consent to bill for SEMI: ❒YES ❒ NO

This consent can be revoked at any time by contacting your child’s Case Manager, or the administrator at your child's school, in writing.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO - INICIATIVA DE MEDICAID PARA EDUCACIÓN ESPECIAL (SEMI)

El Distrito de las Escuelas Públicas de Wildwood participa en el programa de Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés) que permite a los distritos escolares facturar al programa Medicaid por servicios que se proporcionan a los estudiantes.

De acuerdo con la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar, 34 CFR §99.30 y la Sección 617 de la Parte B de IDEA, sobre requisitos de consentimiento en 34 CFR §300.622, se necesita un consentimiento único antes de poder acceder a beneficios públicos.

Este consentimiento establece que los datos personales identificables de su hijo(a), tales como su historial en la escuela o información acerca de los servicios que le son proporcionados, incluyendo las evaluaciones y los servicios especificados en el Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) que recibe su hijo(a) (terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, orientación psicológica, audiología, enfermería y transporte especializado), pueden ser revelados al programa Medicaid y al Departamento del Tesoro con el fin de recibir el reembolso de Medicaid en el distrito escolar.

Como padre/tutor del menor nombrado(a) abajo, doy permiso para que se revele la información descrita anteriormente así como entiendo y acepto que Medicaid puede tener acceso a los beneficios públicos o seguros públicos de mi hijo(a) o míos para pagar los servicios de educación especial o relacionados al amparo de la Parte 300 (servicios bajo IDEA).

Entiendo que el distrito escolar aún necesita proporcionar servicios a mi hijo(a) de conformidad con su IEP, independientemente de mi estado de elegibilidad de Medicaid o deseo para consentir la facturación al SEMI. Entiendo que la facturación para estos servicios por el distrito no afecta mi capacidad para acceder a estos servicios para mi hijo(a) fuera del entorno escolar, ni mi familia incurrirá en ningún costo inclusive copagos, deducibles, pérdida de elegibilidad o afectará en los beneficios de por vida.

Nombre del niño/a: _____

Fecha de nacimiento del niño/a: _____

Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Doy mi consentimiento para facturar al SEMI: ❒**Sí** ❒ **No**

Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento, poniéndose en contacto por escrito con el coordinador del caso de su hijo(a) o con el administrador de la escuela de su hijo(a).

MEDICAID ANNUAL NOTIFICATION REGARDING PARENTAL CONSENT

Background: The State of New Jersey has participated in a Federal program, Special Education Medicaid Initiative (SEMI), since 1994. The program assists school districts by providing partial reimbursement for medically-related services listed on a student's Individualized Educational Program (IEP).

The SEMI program is under the auspices of the New Jersey Department of the Treasury through its collaboration with the New Jersey Department of Education and New Jersey Division of Medicaid Assistance and Health Services.

In 2013, the regulations regarding Medicaid parental consent for school-based services changed. Now the regulations require that, prior to accessing a child's public benefits or insurance for the first time, and annually thereafter, school districts must provide parents/guardians written notification and obtain a one-time parental consent.

Is there a cost to you?
No. IEP services are provided to students while at school at no cost to the parent/guardian.

Will SEMI claiming impact your family's Medicaid benefits?
The SEMI program does not impact a family's Medicaid services, funds, or coverage limits. New Jersey operates the school-based services program differently than the family's Medicaid program. The SEMI program does not affect your family's Medicaid benefits in any way.

What type of services does the School-Based Services program cover?

- Evaluations
- Physical Therapy
- Psychological Counseling
- Speech Therapy
- Audiology
- Specialized Transportation
- Occupational Therapy
- Nursing

What type of information about your child will be shared?
In order to submit claims for SEMI reimbursement, the following types of records may be required: first name, last name, middle name, address, date of birth, student ID, Medicaid ID, disability, service dates and the type of services delivered.

Who will see this information?
Information about your child's special education program may be shared with the New Jersey Division of Medicaid Assistance and Health Services and its affiliates, including the Department of the Treasury and the Department of Education for the purpose of verifying Medicaid eligibility and submitting claims.

What if you change your mind?
You have the right to withdraw consent to allow for Medicaid billing at any time. If you would like to revoke consent, please contact the school in which your child is enrolled in writing.

Will your consent or refusal to consent affect your child's services?
No. Your school district is still required to provide services to your child pursuant to his or her IEP, regardless of your Medicaid eligibility status or your willingness to consent for SEMI billing.

What if you have questions?
Please call your school district's Special Education department with questions or concerns, or to obtain a copy of the parental consent form.

Method of Delivery: (check one) _____Mailed to parent(s) _____Emailed to parent(s) _____IEP meeting _____Hand Delivered

Muestra de Notificación Anual de Medicaid sobre el Consentimiento de los Padres

Antecedentes: El Estado de Nueva Jersey participa en el programa federal Iniciativa de Medicaid para Educación Especial (SEMI, por sus siglas en inglés), desde 1994. El programa ayuda a los distritos escolares con el reembolso parcial de servicios médicos relacionados con el Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés).

El programa SEMI funciona bajo el auspicio del Departamento del Tesoro de New Jersey en colaboración con el Departamento de Educación de New Jersey y la División de Asistencia de Medicaid y Servicios de Salud de New Jersey.

En 2013, se reformularon las normas relativas al consentimiento de los padres requerido por Medicaid para los servicios brindados en las escuelas. Actualmente, la normativa exige que antes de acceder a los beneficios o seguros públicos de un niño por primera vez y, posteriormente, cada año, los distritos escolares deben enviar a los padres o tutores una notificación por escrito y obtener la autorización de los padres por única vez.

¿Hay un costo para usted?
No. Los servicios del IEP se proporcionan a los estudiantes en la escuela sin costo alguno para los padres o tutores.

¿De qué manera SEMI podría afectar los beneficios que mi familia recibe de Medicaid? El programa SEMI no afecta los servicios, fondos o límites de cobertura de Medicaid para las familias. El programa de servicios brindados en las escuelas de New Jersey funciona de manera diferente que el programa de Medicaid para las familias. El programa SEMI no afecta los beneficios de Medicaid para su familia de ninguna manera.

¿Qué tipo de servicios cubre el programa brindado en la escuela?

- Evaluaciones
- Terapia del lenguaje
- Terapia ocupacional
- Terapia física
- Audiología
- Enfermería
- Consejería psicológica
- Transporte especializado

¿Qué tipo de información sobre su hijo(a) podría ser divulgada? Para someter solicitudes de reembolso al SEMI, se podría requerir brindar los siguientes datos sobre su hijo(a): primer nombre, segundo nombre, apellidos, dirección, fecha de nacimiento, número de identificación estudiantil, número de identificación de Medicaid, tipo de discapacidad, fechas y tipo de servicios prestados.

¿Quién podría tener acceso a esa información? La información sobre el programa de educación especial que recibe su hijo(a) puede ser compartida con la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud de New Jersey y sus agencias afiliadas, incluyendo el Departamento del Tesoro y el Departamento de Educación, con el propósito de verificar la elegibilidad por parte de Medicaid y la presentación de reclamos.

¿Qué pasa si usted cambia de idea sobre el consentimiento? Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento que permite la facturación a Medicaid en cualquier momento, poniéndose en contacto por escrito con la escuela en la que está matriculado(a) su hijo(a).

¿Podrían ser afectados los servicios que recibe su hijo(a) cuando usted otorga o deniega su consentimiento?
No. Su distrito escolar debe seguir proporcionando los servicios necesarios a su hijo(a) de conformidad con su IEP, independientemente de su estatus de elegibilidad con Medicaid o su decisión de dar su consentimiento para la facturación al SEMI.

¿Qué pasa si usted tiene preguntas? Por favor, llame al Departamento de Educación Especial de su distrito escolar si tiene preguntas o inquietudes o si necesita obtener una copia del formulario de consentimiento de los padres.

Forma de entrega: (marque una opción): ___ Por correo postal a los padres ____ Por e-mail a los padres ____ Reunión del IEP ____ Entregado personalmente

Home Language Survey Form: Step 1

Introduction

This survey is the first of three steps to identify whether or not a student is eligible to be an English language learner (ELL).

Instructions

Start with "Question 1" and continue until the HLS is complete. Select the answer for each question and follow the instructions. When you arrive at a decision ("Proceed to Records Review Process" or "Do not proceed to Records Review Process"), the Home-Language Survey is complete.

Student Information

Student Name:_____ Student Birth Date:_____

Street Address:_____

City:_____ State:_____ Zip Code:_____

Phone number: _____

Survey Questions

Question 1

What was the first language used by the student?

A language other than English. Proceed to question 2a.

English. Proceed to question 2b.

Question 2a

At home, does the student hear or use a language other than English more than half of the time?

Yes. Proceed to question 7.

No. Proceed to question 4.

Question 2b

At home, does the student hear or use a language other than English more than half of the time?

Yes. Proceed to question 4.

No. Proceed to question 3.

Question 3

Does the student understand a language other than English?

Yes. Proceed to question 4.

No. Proceed to 9.

Encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar: Paso 1

Introducción

Esta encuesta es el primero de tres pasos para identificar si un estudiante es elegible para ser estudiante del idioma inglés (ELL).

Instrucciones

Comience con la "Pregunta 1" y continúe hasta que termine la encuesta. Seleccione una respuesta para cada pregunta y siga las instrucciones. Cuando llegue a la decisión ("Pasar al proceso de revisión de registros" o "No pasar al proceso de revisión de registros"), la encuesta sobre el idioma del hogar quedará finalizada.

Información sobre el alumno

Nombre del alumno: Fecha de nacimiento del alumno:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono:

Cuestionario

Pregunta 1

¿Cuál fue el primer idioma que el alumno utilizó?

Otro idioma que no sea el inglés. Pase a la pregunta 2a.

Inglés. Pase a la pregunta 2b.

Pregunta 2a

En el hogar, ¿el alumno escucha o usa un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?

Sí. Pase a la pregunta 7.

No. Pase a la pregunta 4.

Pregunta 2b

En el hogar, ¿el alumno escucha o usa un idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?

Sí. Pase a la pregunta 4.

No. Pase a la pregunta 3.

Pregunta 3

¿El alumno entiende un idioma que no sea el inglés?

Sí. Pase a la pregunta 4.

No. Pase a la pregunta 9.

Question 4
When interacting with his/her parents or guardians, does the student use a language other than English more than half of the time?

Yes. Proceed to question 7.

No. Proceed to question 5.

Question 5
When interacting with caregivers other than their parents or guardians, does the student use a language other than English more than half of the time?

Yes. Proceed to 8.

No. Proceed to question 6.

Question 6
Has the student recently moved from another school district/charter school where he/she was identified as an English language learner?

Yes. Proceed to 8.

No. Proceed to 9.

Question 7
What are the home languages spoken? List below and proceed to 8.

_____

_____

8. Proceed to Step 2: Records Review Process (To be completed by NJ Certified Staff only – Reference ESSA ELL Entry and Exit Guidance, p. 4).
Home Language Survey is complete.

9. Do not proceed to Step 2: Records Review Process.
Home Language Survey is complete. Student is not an English-Language Learner (ELL).

Pregunta 4
Cuando interactúa con sus padres o tutores, ¿el alumno usa otro idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?

Sí. Pase a la pregunta 7.

No. Pase a la pregunta 5.

Pregunta 5
Cuando interactúa con otros cuidadores que no sean sus padres o tutores, ¿el alumno usa otro idioma que no sea el inglés más de la mitad del tiempo?

Sí. Pase a la pregunta 8.

No. Pase a la pregunta 6.

Pregunta 6
¿El alumno se ha mudado recientemente de otro distrito escolar/escuela experimental donde se lo identificó como estudiante del idioma inglés?

Sí. Pase a la pregunta 8.

No. Pase a la pregunta 9.

Pregunta 7
¿Cuáles son los idiomas que se hablan en el hogar? A continuación, haga una lista de estos idiomas y pase a la pregunta 8.

8. Pase al paso 2: Proceso de revisión de registros (Para que complete únicamente personal certificado de NJ – Referencias Guía de ingreso y egreso ESSA ELL, p. 4).

La encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar está completa.

9. No pase al paso 2: Proceso de revisión de registros.
La encuesta sobre el idioma que se habla en el hogar está completa. El alumno no es estudiante del idioma inglés (ELL)

PARENT/GUARDIAN MEDIA CONSENT FORM

This parental consent form is being sent to you both to inform you and request permission for your child's photo image and personally identifiable information to be published in the newspaper, on the Wildwood Public School District website and/or on the Wildwood Public School District's social media publications.

As you are aware, there are potential dangers associated with the posting of this kind of information on a website, since global access to the internet does not allow us to control who may access such information. These dangers have always existed; we as schools do, however, want to celebrate your child and his/her work. The law requires that we ask for your permission to use the information about your child.

Pursuant to the law, we will not release any personally identifiable information without prior consent from you as a parent or guardian. During the school year, your child's photo may be taken at a function/activity and sent to the newspaper for publication. Occasionally, a photo may be posted on the school's website or social media pages. Included with the photo may or may not include your child's name and school activity.

_____ YES. I give my permission for my child's photo with/without personal information to be posted in the newspaper and the school's website.

_____ NO. I do not give my permission for my child's photo with/without personal information to be posted in the newspaper and the school's website.

_____ _____

CHILD'S NAME GRADE

_____ _____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE DATE

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO DE PADRES/TUTORES PARA LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Este formulario de consentimiento de los padres es para informarles y pedirles permiso para publicar la foto e información personal identificable de su hijo/a en el periódico, en el sitio web del Distrito de las Escuelas Públicas de Wildwood y/o en las publicaciones en redes sociales del Distrito Escolar Público de Wildwood.

Como Uds. saben, hay peligros potenciales asociados con la publicación de este tipo de información en una página del Internet, ya que el acceso global a Internet no nos permite controlar quién puede acceder a esa información. Estos peligros siempre existen; nosotros, aquí en la escuela, queremos celebrar el trabajo de su hijo/a. Según la ley, tenemos que pedir su permiso para usar la información acerca de su hijo/a.

Según la ley, nosotros no podemos publicar cualquier información personal identificable sin su consentimiento previo como padre o tutor. Durante el año escolar, la foto de su hijo/a puede ser sacada en una función/actividad y enviada al periódico para la publicación. De vez en cuando, una foto puede ser publicada en el sitio web de la escuela o en las páginas de redes sociales de la escuela. El nombre de su hijo/a y la actividad escolar pueden o no pueden ser incluidos con la foto.

_____ SÍ. Doy mi permiso para publicar la foto de mi hijo/a con/sin la información personal en el periódico y el sitio web de la escuela.

_____ NO. No doy mi permiso para publicar la foto de mi hijo/a con/sin la información personal en el periódico y el sitio web de la escuela.

_____ _____

Nombre del estudiante Grado

_____ _____

Firma del padre/tutor Fecha

ACCEPTABLE USE POLICY AND PROVISIONS FOR STUDENTS

The Wildwood Board of Education believes that the use of computers and the Internet have become, if used appropriately, an integral part of the educational program. The Wildwood Board of Education has decided to make internet access available for limited educational purposes in order to meet the district's mission, goals and objectives. The term "educational purposes" includes classroom activities, continuing education, professional or career development and high-quality, educationally enriching personal research, which relates to student curriculum.

This Wildwood Board of Education Policy is intended to comply with the Children's Internet Protection Act/Neighborhood Children's Internet Protection Act and the Children's Online Privacy Protection Act (whichever is applicable). The District's System Administrator shall be responsible for ensuring that the blocking software is installed and functioning. Although the internet offers vast opportunities to access resources, the Wildwood Board of Education must maintain an environment which promotes both responsible and ethical conduct in all computer activities by students. With access to the internet also comes the possibility, even with the use of filtering software, that students may access materials that is either of no educational value, or violates applicable state or Federal law. This occurs because with the current state of technology, it is impossible to control access to all materials, which are obscene or profane, or advocates illegal acts, violence or unlawful discrimination.

It is the belief of the Board of Education of the Wildwood School District that the educational value of the access to information and the interaction enabled by internet access far outweighs the disadvantage that users may procure materials that are not consistent with the educational goals of the school district.

The operation of the district computer network relies, in part, on the proper conduct of the users – students. Therefore, it is necessary for students to follow the guidelines, which are set forth within this policy; his/her privileges to use district computers may be limited or suspended. In addition, the student member may be subject to other applicable disciplinary measures. Students will be subject to all possible discipline as described in the Wildwood School District Student Disciplinary Code and District policy.

Attached is the Wildwood School District's Acceptable Use Policy #6412.10. The agreement incorporates this policy. It also indicated that the party who has signed the agreement has read the terms and conditions carefully and understands their significance. The user (students) agreement is an acknowledgement of the responsibilities of all users. Students will not be permitted to use the district computer system for the purpose of the internet unless they have signed the agreement and their parents or guardians have signed the agreement indicating the student has his/her permission to use the district computer system for the purpose of the internet. The agreement/permission form annexed to this policy is expressly made a part of the policy.

POLÍTICA Y PROVISIONES DE USO ACEPTABLE PARA LOS ESTUDIANTES

La Junta de Educación de Wildwood cree que el uso de las computadoras y la Internet, cuando se usa apropiadamente, ha llegado a ser una parte integral del programa educativo. La Junta de Educación de Wildwood ha decidido a dar acceso a la Internet a los estudiantes con propósitos educativos limitados para cumplir con la misión, metas, y objetivos del distrito. El término "propósitos educativos" incluye actividades en la clase, educación continuada, el desarrollo profesional o de carrera, e investigaciones personales y educativas de alta calidad, con relación al plan de estudios.

Esta política de La Junta de Educación de Wildwood intenta conformar con el "Children's Internet Protection Act/Neighborhood Children's Internet Protection Act" y el "Children's Online Privacy Act" (aplicar lo necesario). El Administrador de Sistema del Distrito será responsable de asegurar que el filtro bloqueador de los programas sea instalado y funcione. Aunque la Internet ofrece muchas oportunidades para tener acceso a recursos, la Junta de Educación de Wildwood debe mantener un ambiente que promueva el comportamiento responsable y ético en todas las actividades de las computadoras por los estudiantes. Con el acceso a la Internet viene la posibilidad, aunque con el uso de un filtro bloqueador de programas, a que los estudiantes puedan obtener acceso a algún material sin valor educativo o que viole la ley estatal o federal. Esto es posible porque, con la tecnología de hoy en día, es imposible controlar el acceso a todos los materiales obscenos o profanos, o que promueve actos ilegales, de violencia o discriminación contra la ley.

Es la creencia de la Junta de Educación del Distrito Escolar de Wildwood que el valor educativo de la información e interacción que viene por medio de la Internet contrapesa la desventaja que los usuarios de la Internet pueden obtener materiales inconsistentes con los objetivos educativos del distrito escolar.

La operación de la red del distrito depende, en parte, al comportamiento apropiado de los usuarios – los estudiantes. Por esto, es necesario que los estudiantes seguir las reglas establecidas en esta política; sus privilegios para usar las computadoras del distrito pueden ser limitados o suspendidos. Además, el estudiante puede ser sujeto a otras medidas disciplinarias. Los estudiantes serán sujetos a toda la disciplina posible como está descrito en el Código de la Disciplina Estudiantil del Distrito y la política del Distrito.

Incluido es la Política de Uso Aceptable #6412.10 del Distrito Escolar de Wildwood. El acuerdo incorpora esta política. También, indicó que la persona que ha firmado el acuerdo ha leído las estipulaciones y condiciones cuidadosamente y entiende sus significados. El acuerdo del usuario (estudiantes) es un reconocimiento de las responsabilidades de todos los usuarios. A los estudiantes no se les permitirá usar el sistema de las computadoras del distrito para obtener acceso a la Internet a menos que hayan firmado el acuerdo y sus padres o tutores hayan firmado el acuerdo indicando que el estudiante tiene su permiso para usar el sistema de las computadoras del distrito para obtener acceso a la Internet. El formulario de acuerdo/permiso incluido con esta política forma parte expresamente de la política.

ACCEPTABLE USE POLICY FOR STUDENTS

A. Terms and Conditions of Use

1. **Acceptable Use.** The use of the internet must be solely to support an educational purpose, which furthers the educational objectives and curriculum established by the Wildwood Board of Education. It is to provide access to various resources and opportunities for collaborative work. In addition, the use of other organizations' networks or computer resources must comply with the rules for use of those networks in addition to those of this Wildwood School District. Transmission, downloading and accessing of any material in violation of any Federal law (including either the Children's Internet Protection Act or the Neighborhood Children's Internet Protection Act and the Children's Online Privacy Protection Act), state law or regulation or Board Policy is prohibited. The Wildwood Public School district provides access to the internet for educational purposes only.

2. **Unacceptable Use.** Prohibited activities include, but are not limited to the following:

(a) Transmitting, downloading or accessing material, which is profane, pornographic, obscene, harmful to minors, inappropriate material, which advocates illegal acts, violence or unlawful discrimination

(b) Cyber bullying

(c) E-mailing for personal use or non-educational activities, using profane, abusive, or impolite language, threatening, harassing, or making damaging or false statements about others or using email to access, transmit or download offensive, harassing or disparaging materials

(d) Sharing assigned username and password or impersonating other users

(e) Using the network for commercial or for-profit, advertising or political purposes

(f) Disrupting, hacking or interfering with the use of the network by others

(g) Altering, mishandling, abusing of hardware or software, or the destruction of data by spreading computer viruses

(h) Installing copyrighted software for use on the Local Area Network system

(i) Using social chat rooms and social networking sites

(j) Plagiarizing and violating copyrights

POLÍTICA DE USO ACEPTABLE PARA LOS ESTUDIANTES

A. *Estipulaciones y Condiciones del Uso*

1. **Uso Aceptable.** El uso de la Internet está solamente diseñado para dar apoyo con un propósito educativo, lo que puede fortalecer los objetivos educacionales y el currículum establecido por la Junta de Educación de Wildwood. Es para acceder a diferentes recursos y oportunidades para trabajo colaborativo. Además, el uso de las redes o recursos de las computadoras de otras organizaciones tiene que conformarse con las reglas del uso de sus redes y también con las reglas del uso de este Distrito Escolar de Wildwood. Transmitiendo, descargando programas ("downloading"), acceder a cualquier material que viole cualquier ley federal, (incluyendo el "Children's Internet Protection Act" o el "Neighborhood Children's Internet Protection Act" y el "Children's Online Privacy Act"), ley estatal o regulación o Política de la Junta está prohibido. El Distrito de las Escuelas Públicas de Wildwood provea acceso a Internet solo con fines educativos.

2. **Uso inaceptable.** Las actividades prohibidas incluyen, pero no están limitadas a lo siguiente:

(a) Transmitir, descargar o conseguir acceso al material ofensivo, pornográfico, obsceno, perjudicial a los menores, material inapropiado que promueven actos ilegales, violencia o discriminación ilegal

(b) Ciberasco ("Cyber bullying")

(c) Usar el correo electrónico ("E-Mail") para uso personal o para actividades no educativos, usar lenguaje ofensivo, abusivo o descortés, amenazar, acosar o hacer declaraciones dañinas o falsas acerca de otras personas o usar el correo electrónico para conseguir acceso, transmitir o descargar materiales ofensivos, acosadores o despreciativos

(d) Compartir el nombre del usuario y la contraseña asignados con otras personas o hacerse pasar por otros usuarios

(e) Usar la red para propósitos comerciales o con fines de lucro, anuncios propósitos políticos

(f) Interrumpir, piratear/hackear, interferir en el uso de la red por otras personas

(g) Cambiar, maltratar, abusar el *hardware* o *software*, o la destrucción de datos con la propagación de un virus informático

(h) Instalar *software* con derechos de autor para el uso en el sistema de la red de área local (*Local Area Network*)

(i) Usar salas de chat y sitios de redes sociales

(j) Plagiar y violar derechos de autor

3. **Privileges.** The use of the internet through the Local Area Network system is a privilege, not a right. Inappropriate use may result in the expulsion, suspension, or partial suspension of those privileges as well as other possible discipline, as outlined in the student conduct and discipline code, which is incorporated by reference herein, and even possible prosecution of illegal activity. Each student, in order to obtain access to the Local Area Network system, will be required to complete the Wildwood School District's Acceptable Use Policy for Internet access. The administration will have the authority to, at least temporarily, suspend use of the system at any time.

4. **Network Etiquette.** Students of the Wildwood Public School District's computer system are expected to:

(a) Be polite

(b) Only use appropriate language

(c) Never reveal personally identifiable information such as your name, address, telephone number or those of other students

(d) Be prepared for a search of student data files and other electronic storage areas. The district administrators may access these files from time to time not only to insure system integrity, but also to determine if users are complying with this policy. Students should not expect that any information they store on the system would be private.

(e) Comply with all intellectual property laws, such as copyrights.

B. Penalties for Improper Use

1. Security of the system is a high priority. If you have reason to believe that you can identify a security problem on the Local Area Network system, you must notify the administrators or be subject to disciplinary action.

2. Vandalism will result in the automatic suspension of use and will be subject to discipline, other forms of legal action or perhaps even criminal prosecution. Vandalism is defined as any attempt to harm or destroy data, software or limited hardware, even if belonging to another network. This Includes, but is not limited to, the creation of a virus, intentional propagation of a virus, or dissemination of contaminated storage devices.

3. The use of the district account is a privilege, no a right, and misuse will result in the restriction or cancellation of the account. Misuse may also lead to disciplinary and/or legal action for both students and employees, including suspension, dismissal from District employment, or criminal prosecution by government authorities. The district will attempt to tailor any disciplinary action to the specific issues related to each violation.

3. **Privilegios.** El uso de la Internet por medio de la sistema de la red de área local es un privilegio, no es un derecho. Cualquier uso inapropiado puede resultar en una expulsión, suspensión, o suspensión parcial de esos privilegios, así como otra disciplinaria descrita en el código estudiantil de conducta y disciplina, lo que se incorpora aquí como referencia, e incluso posibles cargos criminales como resultado de actividades ilegales. Cada estudiante, para obtener acceso al sistema de la red de área local, deberá completar el Acuerdo de Uso Aceptable para conseguir acceso a la Internet de Distrito Escolar de Wildwood. El administrador del sistema tiene la autoridad de, por lo menos temporalmente, suspender el uso del sistema en cualquier momento.

4. **Etiqueta de la Red.** Se espera que los estudiantes del sistema informático del Distrito de las Escuelas Públicas de Wildwood:

(a) Ser cortés

(b) Usar solo un lenguaje apropiado

(c) Nunca revelar cualquier información personal identificable como su nombre, dirección, número de teléfono propios o de otros estudiantes.

(d) Estar preparados para una busca de los archivos de datos estudiantiles otras áreas de almacenamiento electrónico. El administrador del sistema puede conseguir acceso a esos archivos de tiempo a tiempo, no solamente para asegurar la integridad del sistema, sino para determinar si los usuarios están cumpliendo con esta política. Los estudiantes no pueden suponer que la información que ellos tienen guardados en el sistema será privada.

(e) Cumplir con todas las leyes de propiedad intelectual, como los derechos de autor.

B. Sanciones por uso inapropiado

1. La seguridad del sistema es de la máxima prioridad. Si usted cree que puede identificar un problema de seguridad en el sistema de la red de área local, tiene que notificar el administrador del sistema o estar sujeto a medidas disciplinarias.

2. Vandalismo resultará en una suspensión automática del uso de las computadoras y será sujeto a una disciplina, otras formas de acciones legales, o posiblemente cargos criminales. Vandalismo está descrito como cualquier intento de hacer daño o destruir datos, *software* o *hardware* limitado, aunque pertenezca a otra red. Incluido, pero no limitado a, la creación de un virus, la propagación intencional de un virus, o diseminación de dispositivos de almacenamiento contaminados.

3. El uso de la cuenta de distrito es un privilegio, no es un derecho, y el mal uso dará como resultado la restricción o cancelación de la cuenta. También, el mal uso puede conducir a acciones disciplinarias y/o legales para estudiantes y empleados, incluyendo suspensión, el despido de empleo del Distrito, o persecución penal por parte de las autoridades gubernamentales. El distrito intentará adaptar cualquier acción disciplinaria a los problemas específicos relacionados con cada violación.

C. Disclaimer

The Wildwood School District makes no warranties of any kind, whether express or implied, for the service it is providing. The district will not be responsible for any damages users suffer. The includes loss of data, non-deliveries, mis-deliveries, or service interruption caused by the district's own negligence or the user's errors or omissions. Any additional charges a user accrues due to the use of the District's network are to be borne by the user. The district cannot accept responsibility for the accuracy or quality of information obtained through its services. Any statement accessible on the computer network or the internet, is understood to be the author's individual point of view and not that of the District, its affiliates or employees.

ACCEPTABLE USE POLICY FOR STUDENTS – INTERNET ACCEPTABLE USE AGREEMENT

This form is to be completed after reviewing the Wildwood School District's Acceptable Use Policy and Provisions. The completion of this form indicated that you have read the policy and understand the same. It also indicates that you agree to abide by the terms and conditions of this policy. If you are a student, this form must be signed by both you and a parent/guardian before you will be permitted to have access to the internet and the Local Area Network system.

I understand, agree to accept and abide by the Wildwood School District's Acceptable Use Policy and provisions. I also understand that if I fail to follow this policy, my access to the internet or the district computer system may be suspended. I may be subject to other discipline, and there may even be criminal consequences to my behavior depending upon the severity of my actions.

_____ _____

STUDENT NAME – PLEASE PRINT GRADE

_____ _____

STUDENT SIGNATURE DATE

As a parent/guardian of the student above, I hereby give my permission for my child to:

Access the district computer system, which includes access to the internet. I have read the Wildwood School District's Acceptable Use Policy, and I understand that my child is expected to abide by this policy. I also understand that the district is employing filtering software, but it is not always effective.

By signing this agreement, I also grant permission for my student to participate in educationally related academic networking environments as well as video conferencing applications, such as Skype.

_____ _____

PARENT/GUARDIAN NAME – PLEASE PRINT DATE

_____

PARENT/GUARDIAN SIGNATURE

C. Descargo de responsabilidad

El Distrito Escolar de Wildwood no hace ninguna garantía, ni expresado o implicado, por el servicio que está proveyendo. El distrito no tendrá la responsabilidad por cualquier daño sufrido por los usuarios. Este incluye la pérdida de datos, datos no entregados, (*non-deliveries*), datos mal entregados (*mis-deliveries*), o interrupciones de servicio causado por la negligencia propia del distrito o los errores u omisiones de los usuarios. Cualquier cargo adicional que un usuario aculume debido al uso de la red del Distrito será a cargo del usuario. El Distrito no puede aceptar responsabilidad por la precisión o calidad de la información obtenida a través de sus servicios. Cualquier declaración accesible en la red de computadoras o en la internet, se entiende como punta de vista individual del autor y no el del Distrito, sus afiliados o empleados.

POLÍTICA DE USO ACEPTABLE PARA LOS ESTUDIANTES - ACUERDO DE USO ACEPTABLE DE INTERNET

Este formulario debe ser completado después de repasar la Política y Provisiones de Uso Aceptable del Distrito Escolar de Wildwood. Completando este formulario indica que usted ha leído la política y entiende la misma. También, indica que está de acuerdo con las estipulaciones y condiciones de la política. Si es estudiante, este formulario debe ser firmado por usted y un padre/tutor antes de que se le permita tener acceso a Internet y al sistema de la red de área local.

Entiendo, estoy de acuerdo, y voy a cumplir con la Política y Provisiones del Uso Aceptable del Distrito Escolar de Wildwood. También, entiendo que mi acceso a la Internet o al sistema de las computadoras del distrito puede ser suspendido si no cumple con esta política. Puedo estar sujeto a otras medidas disciplinarias, y posiblemente a consecuencias criminales, depende de la severidad de mis acciones.

_____ _____

NOMBRE DEL ESTUDIANTE - EN LETRA DE MOLDE GRADO

_____ _____

FIRMA DEL ESTUDIANTE FECHA

Como padre/tutor del estudiante mencionado anteriormente, yo, por lo presente, doy permiso a mi hijo/a a:

Conseguir acceso al sistema de las computadoras del distrito, incluyendo acceso a la Internet. Yo he leído la Política de Uso Aceptable del Distrito Escolar de Wildwood y entiendo que mi hijo/a tiene que cumplir con la misma. Entiendo que el distrito está usando filtros bloqueadores, pero no son efectivos siempre.

Al firmar este acuerdo, también concede permiso para que mi estudiante participe en ambientes de redes académicas relacionadas con la educación, así como en aplicaciones de videoconferencia, como Skype.

_____ _____

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR - EN LETRA DE MOLDE FECHA

_____

FIRMA DEL PADRE/TUTOR