



Escuelas Públicas de New Bedford

455 County Street, Salón 105, New Bedford

Fax No. 508-999-4037 Teléfono No. 508-997-4515

CENTRO DE REGISTRO PARA FAMILIAS

¡Nos emociona prestar nuestros servicios a los estudiantes de New Bedford y a sus familias en nuestro Centro de Registro para las Familias! Nuestro objetivo es crear un camino claro para la educación de los estudiantes de esta hermosa ciudad. El equipo de trabajo se dedica a escuchar las necesidades de nuestras familias y apoyarlos con las herramientas necesarias para hacer la diferencia en la vida de sus hijos.

Actualmente estamos aceptando **Matrículas para estudiantes nuevos** desde kinder hasta 12° grado, diariamente, en el Edificio Administrativo Paul Rodrigues localizado en la 455 County Street, salón 105, se recomienda pedir cita previa.

De Lunes a Viernes de 8:00 am a 3:30 pm.

Documentos necesarios para matricular a un estudiante:

- 1. Formulario completo de matrícula para el/la estudiante
 - *Se requiere completar el formulario de padres para todos los estudiantes de Kinder*
- 2. Acta de nacimiento o pasaporte
- 3. Registro de vacunas (incluyendo prueba de detección del plomo)
- 4. Identificación con foto del padre ó guardián
- 5. Dos pruebas de domicilio en New Bedford (contrato de alquiler, recibo de luz, gas, recibo de impuestos, etc.)
 - *Si no puede proveer estos documentos, por favor hable con uno de los especialistas en nuestra oficina*
- 6. Documentos legales demostrando la tutela
- 7. El más reciente reporte ó informe escolar/transcripción actual de notas
- 8. Copia del IEP (Plan Educativo Individualizado) ó Plan 504
- 9. Plan de éxito estudiantil de aprendizaje de Inglés (EL) si está disponible

Iniciales del Especialista de Registro_____



New Bedford School Department

455 County Street, Room 105, New Bedford

Fax No. 508-999-4037

Telephone No. 508-997-4515

FAMILY REGISTRATION CENTER

We are very excited to be serving the New Bedford students and parents/guardians in our new Family Registration Center! Our vision is to create a clear pathway to education for the students in this beautiful city. The team is invested in listening to the needs of our parents and supporting them with the tools to make a difference in the lives of their children.

We are currently accepting **New Student Registrations** for children in grades PK-12 at the Paul Rodrigues Administration Building located at 455 County Street, room 105, every day.

Monday-Friday 8:00am to 3:30pm. An appointment is highly recommended.

Parents or Guardians please provide the following documents:

- 1. Completed Student Registration Packet
 - *All Kindergarten students require Parent Questionnaire*
- 2. Birth Certificate or Passport
- 3. Immunization Records (including proof of lead screening)
- 4. Proof of parent/guardian photo identification
- 5. Two (2) proofs of New Bedford address (Lease, utility bill, tax bill, US Post Office, MA license)
 - *If you are unable to provide above listed items, please speak to a Registration Specialist*
- 6. Legal papers demonstrating guardianship or custody
- 7. Latest report card/current transcript
- 8. Individual Education Plan (IEP) or 504 plan
- 9. EL Student Success Plan (SSP) if available

Registration Specialist Initials_____

ESCUELAS PÚBLICAS DE NEW BEDFORD

FORMULARIO DE MATRICULA

USO OFICIAL SOLAMENTE	
Student ID#: _____	Grade: _____
INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	
Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo nombre: _____	
Fecha de Nacimiento (MM/DD/AAAA): _____ Sexo: Masculino _____ Femenino _____ N _____	
Dirección de la casa: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____	
Teléfono Primario: _____ Ciudad de Nacimiento: _____	
Teléfono de Emergencia: _____ País de Origen: _____	
Primer Idioma del Estudiante (escoja uno): Inglés _____ Español _____ Portugués _____ K'iché _____ Cabo Verdeano Crioulo _____ Árabe _____ Haitiano Creole _____ Otro (Describa) _____	
Grupo Étnico del Estudiante (escoja uno): No-Hispano o Latino _____ Hispano o Latino _____	
Raza (escoja todos los que aplican): <i>Esta información es necesaria para el censo estatal y federal.</i> Blanco _____ Negro/a o Afrodescendiente _____ Nativo/a de Hawái u Otra Isla del Pacífico _____ Asiático _____ Indio/a Americano/a o Indígena o Nativo/a de Alaska _____	
¿Te identificas con algún grupo de población/a indígena? Sí _____ No _____ ¿Cuál? _____	
INFORMACIÓN DE LA FAMILIA/PADRE/MADRE/REPRESENTANTE LEGAL	
Padre/Guardian 1: _____ Relación al estudiante: _____ Dirección: _____ Dirección línea 2: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Número Primario: _____ Número Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____ Hermanos/as del estudiante: _____ _____ El/La Estudiante vive con usted: SI _____ NO _____ Padre/Madre/Guardian es militar activo: SI _____ NO _____	Padre/Guardian 2: _____ Relación al estudiante: _____ Dirección: _____ Dirección línea 2: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____ Número Primario: _____ Número Trabajo: _____ Correo Electrónico: _____ Hermanos/as del estudiante: _____ _____ El/La Estudiante vive con usted: SI _____ NO _____ Padre/Madre/Guardian es militar activo: SI _____ NO _____
(Activo en el servicio militar / Murió mientras estaba activo/a en servicio / Veterano/Medicamente dado de alta) Fecha de Alta Médica: _____	(Activo en el servicio militar / Murió mientras estaba activo/a en servicio / Veterano/Medicamente dado de alta) Fecha de Alta Médica: _____
<input type="checkbox"/> He recibido los <i>Derechos de los Padres/Tutores o al Acceso Lingüístico de la Información Escolar Esencial.</i> Nombre de Padre/Madre/Tutor que firma a continuación: _____ Firma de Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____	

FAVOR COMPLETE LA PÁGINA DE ATRÁS

ESCUELAS PÚBLICAS DE NEW BEDFORD

FORMULARIO DE MATRICULA

INFORMACIÓN ESCOLAR PREVIA

Nombre de la Escuela: _____ Último grado completado: _____

Dirección de la Escuela: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

País: _____ ¿Ha sido matriculado previamente en las escuelas de New Bedford?: SI ___ NO ___

INFORMACIÓN DE CUSTODIA/TUTELA

La persona que complete este formulario **debe** responder las siguientes tres preguntas (escoja una le las opciones).

1. Custodia Física:

- El/la niño/a vive conmigo y con el otro padre/rep. y compartimos la custodia física y legal.
- El/la niño/a vive conmigo tiempo completo, y poseo la patria potestad física del/la mismo/a (debe proveer los documentos de la corte).
- El/la niño/a vive conmigo medio tiempo y tengo custodia compartida (debe proveer el nombre y número de contacto del otro padre/rep. y los documentos de la corte).
- El/la niño/a vive con el otro padre/rep. el/la cual tiene patria potestad pero yo tengo acceso a la información de la educación del/la niño/a. El otro padre/rep. es: _____ y su relación con el niño/a es: _____ (debe proveer los documentos de la corte).
- Otro, explique _____

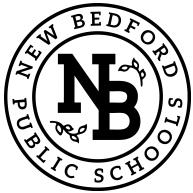
2. Custodia Legal:

- Yo tengo la patria potestad del niño/a y puedo hacer decisiones médicas y educacionales acerca de este niño/a (debe proveer documentos de la corte).
- Yo comparto la custodia del niño/a nombrado arriba con _____ (si los nombres no están en el certificado de nacimiento necesitara proveer los documentos de la corte).
- Yo no poseo la custodia legal del niño/a nombrado arriba. La custodia legal del niño/a está a cargo de _____ y su relación con el niño/a es: _____.

3. Si hay otro padre o representante, incluso padre sin custodia, por favor provea el nombre, relación, contacto, dirección y el número de teléfono, y otra información relevante al caso:

Comentarios:

Por favor provea cualquier documento de la corte para ayudar a la escuela en la determinación de contactos familiares apropiados. Si hay órdenes de corte con respecto a visitas de padres, custodia (física o legal) acceso a la educación, órdenes de protección para menores, o cualquier otra cosa **relacionada con el niño/a**, por favor provea dichos documentos.



Escuelas Públicas de New Bedford

New Bedford, MA

Encuesta del Idioma en el Hogar

Las regulaciones del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts requieren que todas las escuelas determinem el idioma o idiomas que se hablan en el hogar de cada estudiante para poder identificar sus necesidades específicas lingüísticas. Esta información es esencial para que las escuelas proporcionen instrucción adecuada a todos los estudiantes. Si se habla un idioma que no sea inglés en el hogar, el Distrito debe hacer una evaluación adicional de su hijo(a). Por favor ayúdenos a cumplir con este importante requisito respondiendo a las siguientes preguntas. Gracias por su asistencia.

Información del Estudiante

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____ F M N
 Sexo

País de Nacimiento _____ Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ Fecha de inscripción por primera vez en cualquier escuela de los Estados Unidos (mm/dd/aaaa) _____

Información de la Escuela

Nombre de la Escuela, Ciudad y País Anterior _____
 Grado Actual _____ Colocación de Grado _____

Preguntas para los Padres/Encargados Legales

¿Cuál es el idioma principal utilizado en el hogar, independientemente del idioma que hablado por el estudiante? _____	¿Qué idioma(s) se hablan con su hijo(a)? (seleccione uno) <i>(incluya parientes - abuelos, tíos, tías, etc. - y cuidadores)</i> _____ rara vez _____ a veces _____ _____ a menudo _____ siempre _____ _____ rara vez _____ a veces _____ _____ a menudo _____ siempre _____
¿Qué idioma entendió y habló su hijo(a) por primera vez?	¿Qué idioma usa más con su hijo(a)?
¿Cuántos años ha estado el estudiante en las escuelas de Estados Unidos? (Sin incluir pre-kinder) _____	¿Qué idiomas usa su hijo(a)? (seleccione uno) _____ rara vez _____ a veces _____ _____ a menudo _____ siempre _____ _____ rara vez _____ a veces _____ _____ a menudo _____ siempre _____
¿Cuál es su idioma preferido de comunicación? Padre/Madre/Encargado Legal 1 _____ Relación con el estudiante _____ Padre/Madre/Encargado Legal 2 _____ Relación con el estudiante _____	¿Necesitará interpretación oral de la información escolar que sea escrita? Padre/Madre/Encargado Legal 1 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de seleccionar sí, ¿qué idioma? _____ Padre/Madre/Encargado Legal 2 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de seleccionar sí, ¿qué idioma? _____
¿Necesitará que la información escrita de la escuela sea traducida en su idioma de preferencia? Padre/Madre/Encargado Legal 1 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de seleccionar sí, ¿qué idioma? _____ Padre/Madre/Encargado Legal 2 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de seleccionar sí, ¿qué idioma? _____	¿Necesitará interpretación oral en las reuniones escolares de su hijo(a)? Padre/Madre/Encargado Legal 1 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de seleccionar sí, ¿qué idioma? _____ Padre/Madre/Encargado Legal 2 Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso de seleccionar sí, ¿qué idioma? _____
Firma del Padre/Madre/Encargado Legal: X	_____/_____/20 Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)



NEW BEDFORD PUBLIC SCHOOLS
PAUL RODRIGUES ADMINISTRATION BUILDING
 455 COUNTY STREET, FAMILY WELCOME CENTER, ROOM 105
 NEW BEDFORD, MASSACHUSETTS 02740
 www.newbedfordschools.org

(508) 997-4511 ext. 14661 Fax (508) 999-4037

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND RECORDS

Please Print

I, _____, am the parent or guardian of
(Parent or Legal Guardian's Name/Nombre del padre o encargado legal/Nome dos pais ou encarregado)

_____. I hereby authorize New Bedford Public
(Name of Student/ Nombre del estudiante/ Nome do estudante)

Schools to communicate and exchange documentation, records, and other information
 pertaining to:

(Name of Student/Nombre del estudiante/ Nome do estudante) _____
(Date of Birth/Fecha de Nacimiento/Data do nascimento) _____
(School/Escuela/Escola)

with the following individual(s), provider(s), agency, facility:

 School Fax Number

 (Name, address and phone number of individual, provider, agency, or facility authorized to receive information)



I understand that the information to be shared and released includes, but may not be limited to,
 the following:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluation Reports | <input type="checkbox"/> Discipline Records |
| <input type="checkbox"/> Special Education Records | <input type="checkbox"/> Assessment Results |
| <input type="checkbox"/> Attendance Records | <input type="checkbox"/> Case Note Summaries |
| <input type="checkbox"/> Teacher Reports | <input type="checkbox"/> Regular Education Records |
| <input type="checkbox"/> Medical Records | <input type="checkbox"/> English Learners Records |
| | <input type="checkbox"/> Other (Please Specify) |

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
(Firma del padre o encargado legal/Assinatura dos pais ou encargados) *(Fecha/Data)*

Witness Signature: _____ Date: _____

It is understood that a photocopy of this request shall be considered as valid as an original.

 The New Bedford Public Schools do not discriminate on the basis of age, gender, race, color, religion, ethnicity, national origin, disability, sexual orientation, ancestry, homelessness, gender identity, gender expression or immigration status. 



ESCUELAS PÚBLICAS DE NEW BEDFORD
PERFIL DE SALUD DEL ESTUDIANTE

• **INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE**

Nombre del Estudiante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

País de Nacimiento: _____

Médico del Estudiante: _____ Fecha del último examen físico: _____

¿Su hijo/a ve a otro médico? Sí _____ No _____

Si ve a otro médico, por favor explique: _____

• **ALERGIAS**

¿Tiene su hijo/a alguna alergia? Sí _____ No _____

Si la respuesta es “Sí”, por favor describa: _____

Para niños/as con alergias: ¿hay algún tratamiento ó medicamento que debe ser utilizado cuando el niño/niña tiene la reacción alérgica? Sí _____ No _____

Si la respuesta es “Sí” por favor indique: _____

Por favor describa la reacción alérgica de su hijo/a: _____

• **DIETA/COMIDA**

¿Tiene su hijo/a una dieta especial? Sí _____ No _____

Si la respuesta es “Sí”, ¿qué tipo de dieta y cuáles comidas debe evitar? _____

• **MEDICAMENTOS**

¿Toma su hijo/a algún medicamento regularmente, o cuando es requerido? Sí _____ No _____

Si la respuesta es “Sí”, por favor describa:

Nombre del medicamento:

Hora a la cual debe ser administrado:

• **PROCEDIMIENTOS ESPECIALES**

¿Necesita su hijo/a algún procedimiento ó tratamiento especial diariamente?

(Por ejemplo: caterización de orina, alimentación con tubo gástrico, etc.) Sí _____ No _____

Si la respuesta es “Sí”, por favor describa: _____

• **HISTORIA DE SALUD**

¿Tiene su hijo/hija alguna condición médica crónica tal como: asma, diabetes, convulsiones, etc.?

Sí _____ No _____ Si la respuesta es “Sí”, por favor describa: _____

¿Ha tenido su hijo/a alguna cirugía? Sí _____ No _____

Si la respuesta es “Sí”, enumérelas y provea el año de las mismas: _____

¿Le han realizado a su hijo/a prueba de TB ó ha estado en tratamiento por Tuberculosis? Sí ____ No ____

¿Alguna vez su hijo/a ha estado fuera de los Estados Unidos por más de 30 días? Sí _____ No _____

Si la respuesta es “Sí”, nombre los lugares y las fechas: _____

• **HOSPITALIZACIONES**

Por favor enumere las veces que su hijo/a ha estado hospitalizado:

Fecha

Motivo de la hospitalización

• **SERVICIOS ADICIONALES DE SALÚD**

¿Actualmente su hijo/a recibe terapia del habla, terapia ocupacional, o servicios de fisioterapia?

Sí _____ No _____ Si la respuesta es “Sí”, por favor describa el tipo de servicio, dónde y cuándo

los recibe: _____

¿ Tiene ó usa su hijo/a: lentes de contacto, anteojos, dispositivo auditivo, tubos en los oídos, muletas, aparatos ortopédicos para piernas ó brazos, silla de ruedas, etc.?

Sí _____ No _____ Si la respuesta es “Sí”, por favor indique: _____

¿Hay algo más relacionado con la salud de su hijo/a que la enfermera de la escuela debe saber?

Sí _____ No _____ Si la respuesta es “Sí”, por favor indique: _____

Notificación para padres de Massachusetts sobre el consentimiento por única vez para permitir el acceso del distrito escolar a los beneficios de MassHealth (Medicaid)

New Bedford Public Schools (0201)

Contacto de la escuela/del distrito:

**Matthew Kravitz-Executive Director
Special Education and Student Services
455 County Street, New Bedford, MA 02740**

508-997-4511 Ext. 14400

Estimado/a padre, madre o tutor:

El propósito de esta carta es solicitarle autorización (consentimiento) para compartir la información de su hijo con MassHealth. Las comunidades locales de Massachusetts han sido aprobadas para recibir un reembolso parcial por parte de MassHealth a fin de cubrir los costos de ciertos servicios de salud que el distrito le ha proporcionado a su hijo. Para que su comunidad pueda recuperar parte del dinero que gastó en los servicios, el distrito escolar debe compartir con MassHealth la siguiente información sobre su hijo: nombre; fecha de nacimiento; sexo; tipo de servicio prestado, fecha y proveedor, y número de identificación de MassHealth.

Con su autorización, el distrito escolar podrá solicitar el reembolso parcial de los servicios prestados por MassHealth, que incluyen, entre otros, examen de la vista o de la audición, terapia física, ocupacional o del habla escolares; algunas visitas al personal de enfermería de la escuela, y servicios de asesoramiento con el trabajador social o psicólogo de la escuela. Cada año, el distrito le proporcionará una notificación con relación a su autorización; no es necesario que usted firme un formulario todos los años.

El distrito escolar no puede compartir con MassHealth información sobre su hijo sin su permiso. Al momento de dar su autorización, tenga en cuenta lo siguiente:

1. El distrito escolar no le puede exigir que se inscriba en MassHealth para que su hijo reciba los servicios de salud y de educación especial a los que su hijo tiene derecho.
2. El distrito escolar no le puede exigir que pague ningún costo de los servicios de salud y de educación especial de su hijo. Esto significa que el distrito escolar no le puede exigir que pague un copago o un deducible para cobrarle a MassHealth por los servicios prestados. El distrito escolar puede aceptar pagar el copago o el deducible si dicho costo está previsto.
3. Si usted autoriza al distrito escolar a compartir información con MassHealth y solicitar un reembolso de parte de MassHealth:
 - a. Esto no afectará la cobertura vitalicia disponible de su hijo ni ningún otro beneficio de MassHealth; ni tampoco limitará de modo alguno el uso de los beneficios de MassHealth por parte de su familia fuera de la escuela.
 - b. Su autorización no afectará de forma alguna los servicios de educación especial ni los derechos al Plan de Educación Individualizada (Individualized Education Plan, IEP) de su hijo, si es elegible para recibirlos.
 - c. Su autorización no cambiará los derechos de MassHealth de su hijo.
 - d. Su autorización no resultará en ningún riesgo de perder la elegibilidad para recibir otros programas financiados por Medicaid o MassHealth.
4. Si usted otorga su autorización, tiene derecho a cambiar de opinión y revocar su autorización en cualquier momento.
5. Si revoca su autorización o se niega a permitir que el distrito escolar comparta los expedientes y la información de su hijo con MassHealth con el propósito de solicitar un reembolso para los costos de servicios, el distrito escolar seguirá siendo responsable de la prestación de los servicios a su hijo, sin costo para usted.

He leído y comprendo esta notificación. Me han respondido todas las preguntas. Autorizo al distrito escolar para que comparta con MassHealth los expedientes y la información de mis hijos y de sus servicios de salud, según sea necesario. Entiendo que esto ayudará a nuestra comunidad a solicitar el reembolso parcial de los servicios cubiertos por MassHealth.

Firma del padre/de la madre/del tutor: _____

Fecha: _____

Nombre del hijo:	Fecha de nacimiento:	SASID*(para que lo ingrese el distrito):
Nombre del hijo:	Fecha de nacimiento:	SASID*(para que lo ingrese el distrito):
Nombre del hijo:	Fecha de nacimiento:	SASID*(para que lo ingrese el distrito):

* (N.º de identificación del estudiante asignado por el Estado:)

Formulario obligatorio del Departamento de Educación Primaria y Secundaria de Massachusetts (Department of Elementary & Secondary Education, DESE) 28M/13



Escuelas Públicas de New Bedford
Cuestionario de Elegibilidad para McKinney-Vento

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

Este cuestionario es dado con la intención de abordar la ley de McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. Las respuestas a esta información de residencia nos ayudarán a determinar los servicios a los cuales su niño podría ser elegible.

1. ¿Su dirección actual se debe a violencia doméstica o un acuerdo de vivienda debido a una emergencia?
Sí _____ No _____
2. ¿Este domicilio es debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas ó razones similares?
Sí _____ No _____

Si su respuesta a las preguntas anteriores es **SÍ**, por favor complete el resto del formulario. Si su respuesta es **No**, usted no debe llenar el resto.

¿Dónde vive el estudiante en este momento? (Seleccione una opción.)

- En un hotel/motel**
- En un albergue**
- Con un familiar, amigos ó conocidos**
- Mudándose de un lugar al otro**
- En un lugar no apropiado para dormir (ejemplo: carros, parques, campamentos, sótanos, el piso, salas)**

Hermanos(as) del estudiante _____

Nombre del Padre/Madre/Tutor _____

Dirección _____ **Teléfono** _____

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

Uso Oficial

FRC McKinney-Vento FRS Signature: _____ **Date:** _____

Code: A B C D E F

Encuesta de Experiencia para Educación Infantil Temprana

Por favor, seleccione la opción que mejor describa la experiencia de preescolar de su hijo en el año escolar antes de ingresar a Kindergarten. Seleccione solo una opción e indique las horas donde corresponda. ¡Gracias!

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Mi hijo no tuvo ninguna experiencia formal en el programa de educación infantil temprana.

Mi hijo no tenía ninguna experiencia formal en el programa de educación infantil, pero recibió servicios a través de Participación Coordinada de la Familia y la Comunidad (CFCE).

Mi hijo no tenía ninguna experiencia formal en el programa de educación infantil, pero recibió servicios a través de Programa de Padres e Hijos en Casa (PCHP).

Mi hijo no tenía ninguna experiencia formal en el programa de educación infantil, pero participó en **AMBOS** programas Participación Coordinada de la Familia y la Comunidad (CFCE) Y Programa de Padres e Hijos en Casa (PCHP).

Mi hijo estuvo bajo el cuidado de un Proveedor de Cuidado Infantil con Licencia (**Indique las horas a continuación**)

___ Menos de 20 horas por semana

___ Más de 20 horas por semana

Mi hijo atendió un Programa Basado en el Centro (**Indique las horas a continuación**)

___ Menos de 20 horas por semana

___ Más de 20 horas por semana

Mi hijo participó en **AMBOS** Proveedor de Cuidado Infantil con Licencia Y Programa Basado en el Centro (**Indique las horas a continuación**)

___ Menos de 20 horas por semana

___ Más de 20 horas por semana

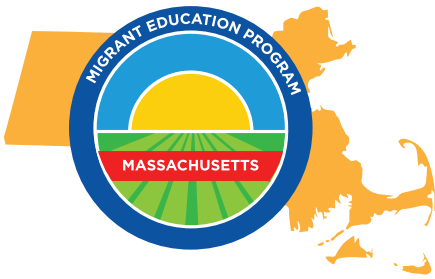
Definiciones:

Servicios de Participación Coordinada de la Familia y la Comunidad: Programas locales que atienden a familias con hijos desde el nacimiento hasta que cumplan la edad adecuada para asistir a la escuela (por ejemplo, grupos de juego de padres e hijos, actividades entre padres e hijos).

Programa de Padres e Hijos en Casa (PCHP): Programa modelo de visitas domiciliarias financiado por el Departamento de Educación Temprana y Atención.

Proveedor de Cuidado Infantil con Licencia: Se refiere al cuidado infantil con licencia de EEC en un entorno grupal en un hogar. Puede incluir atención en el hogar de un miembro de la familia, solo si el proveedor es tanto un pariente familiar o un proveedor de cuidado infantil con licencia de EEC que brinda atención a niños de múltiples familias.

Programa Basado en el Centro: Se refiere al cuidado de niños en un entorno grupal, que incluye escuelas preescolares públicas y privadas, Head Start, guarderías infantiles y escuelas preescolares públicas integradas.



PROGRAMA DE EDUCACIÓN MIGRANTE DE MASSACHUSETTS

ENCUESTA DE ELEGIBILIDAD

USTED Y SUS HIJOS PUEDEN SER ELEGIBLES PARA SERVICIOS GRATUITOS SI:

En los últimos tres (3) años, usted o alguien con quien vive:

1. ¿Se mudó de una ciudad o país a otra ciudad? Si No
2. ¿Trabajó o buscó trabajo en alguna de las siguientes áreas? Por favor marque si sí:



**Limpieza de
pescado/mariscos**



**Trabajo del campo
incluyendo tabaco**



**Procesamiento de
verduras/frutas/carne**

Limpieza y empaque de
vegetales/frutas
Cortar y deshuesar carne



Industria láctea



Vivero de plantas

Por favor llámeme para ver si sus niños o usted pueden calificarse para el programa:

Nombre del Padre/Guardián: _____

Nombre del Hijo(s)/Hija(s): _____

Número(s) de Contacto _____

SERVICIOS GRATUITOS INCLUYEN: tutorías, clases de Inglés, apoyo directo para la familia, programas de verano, enlazando a usted y a sus hijos con apoyos escolares y agencias comunitarias

CONTÁCTENOS

**POR FAVOR LLÁMENOS, MÁNDENOS UN MENSAJE DE TEXTO O
WHATSAPP** Hablamos Inglés, Español y Portugués

SUZANA AMARAL
978.604.4926

HODALIZ BORRAYES
413.531.9838

Pregunta	Respuesta
Proporcione las direcciones de los últimos 5 años, Ciudad, Estado o País	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____

FRC actualizado 7.11.22

Motivo de mudarse a New Bedford: _____

Encuesta del Centro de Registro Familiar

¿Qué tan satisfecho está con el servicio? pobre algo bueno bueno muy bueno excelente

Comentarios: _____

Fecha: _____

