

Milton Public Schools

REGISTRATION (Updated January 2022)

NOME LEGAL COMPLETO DO ESTUDANTE COMO APARECE NOS DOCUMENTOS LEGAIS

Sobrenome	Nome	Nome do meio	Sufixo (Jr., I, II, etc.)	Ex-aluno de Milton <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
-----------	------	--------------	---------------------------	---

INFORMAÇÕES PESSOAIS DO ESTUDANTE

Data de Nascimento (dd/mm/aaaa)	Nível de Série na Matrícula	Gênero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> feminino <input type="checkbox"/> não-binário		
Naturalidade: Cidade	Estado	País		

ENDEREÇO DO ESTUDANTE

Número e rua	Apt. #	Cidade	Estado	Código postal
--------------	--------	--------	--------	---------------

INFORMAÇÕES SOBRE SERVIÇOS PARA ESTUDANTES

Seu filho recebe serviços de educação especial? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, forneça o IEP do seu filho e as avaliações mais recentes para o cartório/escola no momento da inscrição.
Seu filho tem um Plano 504? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se SIM, forneça o 504 do seu filho e as avaliações mais recentes ao cartório/escritório da escola no momento da inscrição.
Este aluno é um menor desacompanhado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim Este aluno é desabrigado? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, por favor, circule um: Dobrado/Hotel/Abrigo/Desabrigado Este aluno está em um cuidado adotivo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, por favor, circule um: Instituição de Cuidados Infantis/ Abrigo de Emergência/ Casa de Acolhimento, Casa de Acolhimento – Parentesco/ Casa de Grupo/ Lar pré-adotivo, Unidade Residencial

FREQUÊNCIA ESCOLAR ANTERIOR

Nome da escola	Datas de participação (mm/aaaa- mm/aaaa)
Endereço da escola	Nível(is) de Série Frequentado(s)
Número de telefone da escola	<input type="checkbox"/> Escola pública <input type="checkbox"/> Escola particular <input type="checkbox"/> Outros
Nome da escola	Datas de participação (mm/aaaa- mm/aaaa)
Endereço da escola	Nível(is) de Série Frequentado(s)
Número de telefone da escola	<input type="checkbox"/> Escola pública <input type="checkbox"/> Escola particular <input type="checkbox"/> Outros

INFORMAÇÕES DOS IRMÃOS

Nome da criança	Nome/Local da Escola	Matriculado nas Escolas Públicas de Milton	Série	DDN
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Por favor, marque a caixa ao lado da opção que melhor descreve a experiência pré-escolar do seu filho no ano letivo anterior ao ingresso no jardim de infância. Selecione apenas uma opção e indique o horário, quando aplicável.

Definições do programa:

Os Serviços Coordenados de Engajamento Familiar e Comunitário (CFCE) são programas baseados localmente que atendem famílias com crianças desde o nascimento até a idade escolar (por exemplo, grupos de brincadeiras de pais/crianças, atividades de pais e filhos).

Programa Pais Filhos em Casa (PCHP): programa modelo de visita domiciliar financiado pelo Departamento de Educação Infantil e Cuidados.

Cuidados em Centros: refere-se ao atendimento de crianças em um ambiente de grupo, incluindo pré-escolas públicas e privadas, Head Start, creches e pré-escolas públicas integradas.

Creche Familiar Licenciada: refere-se a creche licenciada pelo EEC em um ambiente de grupo em uma casa. Pode incluir cuidados na casa de um membro da família, se o provedor for tanto um parente quanto um provedor de cuidados infantis licenciado pelo EEC que presta cuidados a crianças de várias famílias.

<input type="checkbox"/>	Meu filho não teve nenhuma experiência formal em programas de educação infantil.	
<input type="checkbox"/>	Meu filho não teve experiência formal em programas infantis, mas participou de serviços de Participação Coordenada da Família e da Comunidade (CFCE).	
<input type="checkbox"/>	Meu filho não teve experiência formal no programa infantis, mas participou dos serviços do Programa Pais Filhos em Casa (PCHP).	
<input type="checkbox"/>	Meu filho não teve experiência formal no programa infantis, mas participou de AMBOS os serviços de Envolvimento Coordenado da Família e da Comunidade (CFCE) E do Programa Pais Filhos em Casa (PCHP).	
<input type="checkbox"/>	Meu filho participou de um Programa Baseado no Centro (indique o horário)	<input type="checkbox"/> menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> Mais de 20 horas por semana
<input type="checkbox"/>	Meu filho frequentou uma Creche Familiar Licenciada (indique o horário)	<input type="checkbox"/> menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> Mais de 20 horas por semana
<input type="checkbox"/>	Meu filho frequentou AMBOS um Provedor de Cuidados Infantis Familiares Licenciado E um Programa Baseado em Centro (indique o horário)	<input type="checkbox"/> menos de 20 horas por semana <input type="checkbox"/> Mais de 20 horas por semana

INFORMAÇÕES DOS PAIS/RESPONSÁVEIS LEGAIS

Nome dos pais/responsáveis legais #1

		Circule: Sr./Sra./Sra./Dr.
Sobrenome		Nome
Relação com a criança: <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Outro*	Casado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não * Divorciado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não * Separado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Mora com a criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Deve receber correspondências para criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Se outro, por favor, fornecer prova de tutela legal.	Se sim* <input type="checkbox"/> Custódia Exclusiva <input type="checkbox"/> Custódia Conjunta *Por favor, forneça a documentação de Custódia Física e Legal.	
Ocupação:	Local de Emprego:	
Idioma Preferencial:	Solicitação de intérprete oral: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Rua#	Nome da Rua	Apt. #
Cidade	Estado	Código postal

Endereço de correspondência, se for diferente

Rua #	Nome da Rua	Apt. #
Cidade	Estado	Código postal

Informações de contato por telefone/e-mail

Telefone	Tipo (escolha um)	Número de telefone	Ext.	Receber mensagem de texto
Telefone1	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Telefone 2	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço de e-mail:			Receber e-mail?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço de email alternativo:			Receber e-mail?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Endereço Físico - (Caixas postais não serão aceitas como endereço físico, com exceção de razões documentadas relacionadas ao tribunal.)

INFORMAÇÕES DOS PAIS/RESPONSÁVEIS LEGAIS

Nome dos pais/responsáveis legais #2

		Circule: Sr./Sra./Sra./Dr.	
Sobrenome		Nome	
Relação com a criança: <input type="checkbox"/> Mãe Pai <input type="checkbox"/> Outro*	Casado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não * Divorciado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não * Separado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Mora com a criança? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Se outro, por favor, fornecer prova de tutela legal.	Se sim <input type="checkbox"/> Custódia Exclusiva <input type="checkbox"/> Custódia Conjunta *Por favor, forneça a documentação de Custódia Física e Legal.	Deve receber correspondências para criança? Sim Não	
Ocupação:	Local de Emprego:		
Idioma Preferencial:	Intérprete oral: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		

Rua#	Nome da rua	Apt. #
Cidade	Estado	Código postal

Endereço de correspondência, se for diferente

Rua#	Nome da rua	Apt. #
Cidade	Estado	Código postal

Informações de contato por telefone/e-mail

Telefone	Tipo (escolha um)	Número de telefone	Ext.	Receber mensagem de texto
Telefone 1	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Telefone 2	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro			<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço de e-mail:			Receber e-mail?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Endereço de email alternativo:			Receber e-mail?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

Endereço Físico - (Caixas postais não serão aceitas como endereço físico, com exceção de razões documentadas relacionadas ao tribunal.)

CONTATO DE EMERGÊNCIA - PRINCIPAL (exceto os pais/responsáveis)

Sobrenome	Nome	Endereço	Circle: Sr./Sra./Sra./Dr.
Relação com a criança:		Esta pessoa está autorizada a buscar/transportar seu filho em caso de emergência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Informações de contato por telefone

Telefone	Tipo (escolha um)	Número de telefone	Ext.
Telefone1	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro		
Telefone 2	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro		

CONTATO DE EMERGÊNCIA - SECUNDÁRIO (exceto pais/responsável)

Sobrenome	Nome	Endereço	Circle: Mr./Mrs./Ms./Dr.
Relação com a criança:		Esta pessoa está autorizada a buscar/transportar seu filho em caso de emergência? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	

Informações de contato por telefone

Telefone	Tipo (escolha um)	Número de telefone	Ext.
Telefone1	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro		
Telefone2	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabalho <input type="checkbox"/> Outro		

INFORMAÇÕES DE ETNICIDADE/RAÇA

A coleta dessas informações é autorizada por lei estadual e federal. Quando os pais/responsável legal não fornecer a etnia/raça do aluno, a escola é obrigada a fazer uma determinação.

ETNIA (marque apenas uma):	RAÇA(marque um ou mais)
<input type="checkbox"/> Hispânico ou Latino	<input type="checkbox"/> Índio Americano ou nativo do Alasca
<input type="checkbox"/> Não Hispânico ou Latino	<input type="checkbox"/> Asiático
	<input type="checkbox"/> Negro ou Afro-Americano
	<input type="checkbox"/> Nativo Havaiano ou outro Ilhéu do Pacífico
	<input type="checkbox"/> Branco

FAMÍLIA MILITAR

O aluno faz parte de uma família de militares? Sim Não

Se sim, selecione o grupo ao qual o aluno pertence:

- O aluno tem um dos pais/responsável legal que é membro ativo dos serviços uniformizados ou um Membro da Guarda e da Reserva em ordens de serviço ativo.
- O aluno tem um dos pais/responsável legal veterano, que se aposentou ou recebeu alta médica no último ano.
- O aluno tem um dos pais/responsável legal que faleceu enquanto estava na ativa no ano passado.

Para obter mais informações sobre o Comissão Militar Interestadual para Crianças ou MIC3, acesse o site: // <http://mic3.net/pages/FAQ/faqnew.aspx>

POLÍTICA DE FOTOGRAFIA

Vídeos/fotografias dos alunos das Escolas Públicas de Milton podem ser feitos pelos funcionários em comemoração aos esforços e entusiasmo durante os eventos/programas especiais relacionados às Escolas Públicas de Milton. As fotografias são frequentemente exibidas nas salas de aula, nos quadros de avisos do corredor, como parte de projetos individuais, publicações de jornais locais, comunicações da escola e do distrito e/ou programação de vídeo que é exibida para eventos em toda a escola. Se você não quiser que fotos ou vídeos de seu filho sejam usados para tais fins, indique sua preferência assinando a opção apropriada abaixo.

_____ Eu dou permissão para tirar fotos/vídeos do meu filho, desde que esteja diretamente relacionado à educação do meu filho, celebrando os esforços do meu filho, e/ou promoção das Escolas Públicas de Milton. Entendo que a fotografia do meu filho será tirada na consulta de triagem do jardim de infância e anexada ao seu pedido de registro.

_____ NÃO quero fotos ou vídeos do meu filho. Eu não quero que a fotografia do meu filho seja tirada em sua consulta de triagem no jardim de infância.

Nome do estudante: _____
(Por favor imprima)

Assinatura dos pais/responsáveis: _____ Data: _____

PESQUISA DE IDIOMA DOMÉSTICO

Os regulamentos do Departamento de Educação Primária e Secundária de Massachusetts (DESE) exigem que todas as escolas determinem o(s) idioma(s) falado(s) na casa de cada aluno para identificar suas necessidades linguísticas específicas. Esta informação é essencial para que as escolas forneçam instruções significativas para todos os alunos. Ajude-nos a cumprir este importante requisito respondendo às seguintes perguntas. Obrigado pela sua ajuda.

Os regulamentos do Departamento de Educação Elementar e Secundária de Massachusetts (DESE) exigem que todas as escolas determinem o(s) idioma(s) falado(s) na casa de cada aluno para identificar suas necessidades linguísticas específicas. Esta informação é essencial para que as escolas forneçam instruções significativas a todos os alunos. **Se um idioma diferente do inglês for falado em casa, o Distrito deverá fazer uma avaliação adicional de seu filho.** Obrigado por nos ajudar a cumprir este importante requisito. Se você tiver alguma dúvida, entre em contato com o Coordenador ELE RK Johnson em rjohnson@miltonps.org. Obrigada.

- Existe um idioma diferente do inglês falado em casa? Sim Não

- Qual é o idioma principal usado em casa, independentemente do idioma falado pelo aluno?

- Quais idiomas são falados com seu filho? (Por favor, considere todas as interações que seu filho tem em casa e fora de casa com pessoas como: cuidadores, avós, tios, tias, etc.)
_____ raramente às vezes muitas vezes sempre
_____ raramente às vezes muitas vezes sempre
_____ raramente às vezes muitas vezes sempre

- Qual é a primeira língua que seu filho entendeu e falou?

- Qual idioma você mais usa com seu filho?

- Há quantos anos o aluno está nas escolas dos EUA? (não incluindo pré-jardim de infância)

- Quais idiomas seu filho usa? (marque um)
_____ raramente às vezes muitas vezes sempre
_____ raramente às vezes muitas vezes sempre
_____ raramente às vezes muitas vezes sempre

- Você vai exigir informações escritas da escola em sua língua nativa? Sim Não
 - Se sim, qual idioma?

- Você precisará de um intérprete/tradutor nas reuniões de pais e professores? Sim Não
 - Se sim, qual idioma?

REGISTROS DE IMUNIZAÇÃO, FÍSICOS DO ESTUDANTE E OUTROS REGISTROS DE SAÚDE PERTINENTES

- A lei estadual de Massachusetts exige que todos os alunos recém-matriculados apresentem um atestado médico de imunizações e exame físico antes de entrar na escola. Ao matricular seu filho na escola, traga uma cópia do exame físico mais recente do seu filho e a documentação das seguintes imunizações exigidas:
- Cinco (5) doses de Vacina DTAP, a menos que a quarta dose tenha sido administrada após o quarto aniversário.
- (Apenas quatro (4) doses são necessárias para alunos da pré-escola.)
- Quatro (4) doses de vacina contra a poliomielite, a menos que a terceira dose tenha sido administrada após o quarto aniversário.
- (Apenas três (3) doses são necessárias para alunos da pré-escola.)
- Três (3) doses de Vacina contra Hepatite B.
- Duas (2) doses de vacina contra sarampo, caxumba e rubéola (MMR).
- (Apenas uma (1) dose é necessária para alunos da pré-escola – deve ser administrada no primeiro aniversário ou após.)
- Duas (2) doses de vacina contra varicela ou uma história confiável de varicela documentada pelo médico da criança.
- (Apenas uma (1) dose é necessária para alunos da pré-escola – deve ser administrada no primeiro aniversário ou após o primeiro aniversário ou fornecer um histórico confiável de varicela documentado pelo médico da criança.)

Em adição:

- A data de uma triagem de chumbo também é necessária antes da entrada no jardim de infância ou pré-escola.
- Data e resultados de um exame de visão (estereopsis) realizado nos 12 meses anteriores à entrada no jardim de infância.
- As crianças que não atenderem aos requisitos mínimos de imunização para entrada na escola serão excluídas da escola até que estejam em dia com suas imunizações. POR FAVOR, obtenha os registros de imunização mais recentes do seu filho com o seu médico para levá-lo à consulta de registro do seu filho para o registro permanente de saúde. Se necessário, podemos identificar o que está faltando e fazer um plano de conformidade antes de começar.

*****POR FAVOR, TRAGA ESTES FORMULÁRIOS COM VOCÊ AO ENVIAR ESTE PACOTE DE REGISTRO.*****

•

TRIAGEM DE VISÃO

Médicos e outros prestadores de cuidados de saúde

A partir de 15 de julho de 2004, o Capítulo 181 exige que:

"Ao entrar no jardim de infância ou dentro de 30 dias do início do ano letivo, o pai ou responsável de cada criança deve apresentar ao pessoal de saúde da escola uma certificação de que a criança nos 12 meses anteriores passou por uma triagem de visão realizada por pessoal aprovado pelo departamento de saúde pública e treinados em técnicas de triagem de visão a serem desenvolvidas pelo departamento de saúde pública em consulta com o departamento de educação... realizado por um optometrista ou oftalmologista licenciado escolhido pelo pai ou responsável da criança, indicando qualquer diagnóstico, tratamento, prognóstico, recomendação e evidência de tratamento de acompanhamento, se necessário, deve ser fornecido."

Assim, agora é obrigatório em Massachusetts que:

- Todos os pré-escolares têm um exame de visão feito dentro de 12 meses antes de sua entrada no jardim de infância.
- Todas as crianças com atraso no neurodesenvolvimento e todas as crianças que falham na triagem de visão devem ser encaminhadas para um exame oftalmológico abrangente por um oftalmologista ou optometrista.

Como você sabe, a Lei Geral de Massachusetts, Capítulo 71, seção 57, exige que cada aluno faça um exame físico em determinados intervalos. Após a conclusão, o Formulário de Exame do Provedor de Saúde de Massachusetts deve ser compartilhado com a escola para se tornar parte do registro de saúde escolar do aluno. Durante o ano passado, o Departamento de Saúde Pública de Massachusetts colaborou de perto com médicos, pediatras e enfermeiros da escola para atualizar o formulário existente. O objetivo desse processo era identificar as informações necessárias à escola para proteger a saúde e a segurança do aluno e atender a certos requisitos legais. Outro objetivo era criar um documento de página única para facilitar a implementação. O formulário pode ser encontrado no site do MDPH localizado em (http://www.mass.gov/dph/fch/schoolhealth/health_record.htm) e inclui um local para registrar os resultados de um exame de visão.

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE E EMERGÊNCIA DO ESTUDANTE

Por favor, preencha as seguintes informações. Entre em contato com a enfermeira da escola se precisar de assistência para preencher o formulário.

Sobrenome do estudante: _____ Nome: _____ Nome do meio: _____

Endereço: _____ Telefone de casa: _____

Grau _____ Gênero _____ D.D.N _____ Idioma primário _____

Nome dos pais/responsáveis: _____ Número de contato _____

Nome/Grau de irmãs/irmãos no prédio escolar _____

Seu filho tem plano de saúde? _____ Sim _____ Não _____

Companhia de Seguros de Saúde _____

Número da apólice _____ Nome do subscritor: _____

Se você não tiver seguro de saúde, Massachusetts tem planos de seguro de saúde que fornecerão a crianças sem seguro cuidados de saúde acessíveis (restrições podem ser aplicadas). Entre em contato com a enfermeira da escola para obter mais informações sobre esses programas. Todas as comunicações serão confidenciais.

Em caso de emergência, a escola tentará entrar em contato com os pais/responsáveis antes de ligar para o prestador de cuidados primários do aluno (médico). Seu filho será transportado de ambulância para uma unidade de atendimento de emergência, se necessário.

Nome do Médico _____ Telefone _____

Nome do Dentista _____ Telefone _____

História pré-natal: A gravidez, o trabalho de parto e o parto foram normais? sim _____ Não _____

Se não, por favor explique _____

Crescimento e Desenvolvimento: Seu filho completou os marcos de desenvolvimento a tempo? (ou seja, sentado, caminhando, treinando no banheiro) Sim _____ Não _____.

Se não, por favor explique _____

Por favor, liste todos os medicamentos que seu filho toma.

Seu filho já esteve no hospital? Não _____ Sim _____. se sim, por favor explique _____

Seu filho está em uma dieta especial? Não _____ Sim _____. se sim, por favor explique _____

Continua na próxima página...

FORMULÁRIO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE E EMERGÊNCIA DO ESTUDANTE (CONT)

Seu filho participará de um programa de dia estendido durante o ano? sim _____ Não _____

Por favor, explique se seu filho foi avaliado para necessidades especiais. _____

Por favor, marque tudo o que se aplica ao seu filho:

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Condição cardíaca | <input type="checkbox"/> TDAH | <input type="checkbox"/> Desordem sanguínea |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Enxaquecas | <input type="checkbox"/> Urina na cama |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Depressão | <input type="checkbox"/> Envenenamento por |
| <input type="checkbox"/> Distúrbio Convulsivo | <input type="checkbox"/> Doença renal | chumbo |

Outro (especificar) _____

Alergias (alimentos, insetos, medicamentos, meio ambiente) (especifique) _____

Problemas de audição (especifique) Orelha esquerda _____ Orelha direita _____ Aparelhos auditivos _____

Problemas de visão (especifique) Usa óculos _____ Lentes de contato _____

Dou permissão à enfermeira da escola para compartilhar informações relevantes sobre a condição de saúde do meu filho com o pessoal apropriado da escola quando necessário para atender às necessidades de saúde e segurança do meu filho. Dou permissão para trocar informações com o médico de cuidados primários do meu filho para fins de encaminhamento, diagnóstico e tratamento.

Assinatura dos pais/responsáveis

Data

**Aviso dos pais de Massachusetts para consentimento único para permitir o distrito escolar
Para acessar os benefícios do MassHealth (Medicaid)**

Nome e Código do Distrito Escolar: Escolas Públicas de Milton 0189000

Contato Escola/Distrito: Serviços de Pessoal do Aluno, 25 Gile Road, Milton, MA 02186 617-696-4470 x 5572

Prezado Pai/Responsável:

O objetivo desta carta é pedir sua permissão (também conhecida como consentimento) para compartilhar informações sobre seu filho com o MassHealth. As comunidades locais em Massachusetts foram aprovadas para receber reembolso parcial do MassHealth pelos custos de certos serviços relacionados à saúde fornecidos pelo distrito ao seu filho (ou filhos). Para que sua comunidade receba de volta parte do dinheiro gasto em serviços, o distrito escolar precisa compartilhar com o MassHealth os seguintes tipos de informações sobre seu filho: nome; data de nascimento; Gênero sexual; tipo de serviços prestados, quando e por quem; e MassHealth ID.

Com sua permissão, o distrito escolar poderá solicitar reembolso parcial por serviços prestados pelo MassHealth, incluindo, entre outros, um teste de audição ou exame oftalmológico; um exame físico escolar; terapia ocupacional ou fonoaudiológica; algumas visitas de enfermeiras da escola; e serviços de aconselhamento com a assistente social ou psicólogo da escola. A cada ano, o distrito notificará você sobre sua permissão; você não precisa assinar um formulário todos os anos.

O distrito escolar não pode compartilhar com o MassHealth informações sobre seu filho sem sua permissão. Ao considerar dar permissão, esteja ciente do seguinte:

1. O distrito escolar não pode exigir que você se inscreva no MassHealth para que seu filho receba os serviços relacionados à saúde e/ou educação especial aos quais seu filho tem direito.
2. O distrito escolar não pode exigir que você pague nada para o custo dos serviços de saúde e/ou educação especial de seu filho. Isso significa que o distrito escolar não pode exigir que você pague um co-pagamento ou franquia para poder cobrar do MassHealth pelos serviços prestados. O distrito escolar pode concordar em pagar o co-pagamento ou franquia se tal custo for esperado.
3. Se você der permissão ao distrito escolar para compartilhar informações e solicitar reembolso do MassHealth:
 - a. Isso não afetará a cobertura vitalícia disponível do seu filho ou outro benefício do MassHealth; nem limitará de forma alguma o uso dos benefícios do MassHealth por sua própria família fora da escola.
 - b. Sua permissão não afetará os serviços de educação especial de seu filho ou os direitos do IEP de forma alguma, se seu filho for elegível para recebê-los.
 - c. Sua permissão não levará a nenhuma alteração nos direitos do MassHealth de seu filho; e
 - d. Sua permissão não levará a nenhum risco de perder a elegibilidade para outros programas financiados pelo Medicaid ou MassHealth.
4. Se você der permissão, você tem o direito de mudar de ideia e retirar sua permissão a qualquer momento.
5. Se você retirar sua permissão ou se recusar a permitir que o distrito escolar compartilhe os registros e informações de seu filho com o MassHealth com o objetivo de solicitar reembolso pelo custo dos serviços, o distrito escolar continuará sendo responsável por fornecer os serviços ao seu filho, em nenhum custo para você.

Li o aviso e entendi. Todas as perguntas que eu tinha foram respondidas. Dou permissão ao distrito escolar para compartilhar com o MassHealth registros e informações sobre meu(s) filho(s) e seus serviços relacionados à saúde, conforme necessário. Entendo que isso ajudará nossa comunidade a buscar o reembolso parcial dos serviços cobertos pelo MassHealth.

Assinatura dos pais/responsáveis:

Data: _____

Nome da criança:	Data de nascimento:	SASID # (PARA O DISTRITO ADICIONAR)
Nome da criança:	Data de nascimento:	SASID # (PARA O DISTRITO ADICIONAR)
Nome da criança:	Data de nascimento:	SASID # (PARA O DISTRITO ADICIONAR)

Adicionar mais crianças

LISTA DE VERIFICAÇÃO

Documentos/Informações necessários para matricular um novo aluno nas Escolas Públicas de Milton.

- Identificação com foto dos pais (ou seja, licença/passaporte/identificação com foto emitida pelo governo)
- Certidão de Nascimento Original da Criança
- Formulário de registro
- Formulário de Exame Físico preenchido pelo Provedor de Saúde
- Registro de imunização
- Documentos de Declaração Jurídica de Tutela/Cuidador (Se Aplicável)
- Ordens de Custódia Legal/Física/Acordo de Separação (Se Aplicável)
- Registros/Transcrições/Boletins de Alunos
- Resultados do teste MCAS de grau 10 (se aplicável)
- Comprovante de Residência / Ocupação - Consulte os seguintes documentos de Comprovante de Residência / Comprovante de Ocupação para itens requeridos. Todos os novos candidatos devem apresentar todas as provas de residência exigidas. Os candidatos que não tiverem os documentos exigidos serão solicitados a retornar ao Registrador com os materiais apropriados antes de iniciar o processo de registro. O Registrador não aceitará nenhuma substituição de itens na lista de comprovantes de residência aceitáveis.

Forneça a documentação original/atualizada dos itens listados acima. Observe que os documentos originais serão copiados e devolvidos durante o registro

Lista de Verificação de Residência dos Pais/Responsáveis e Restabelecimento de Residência

***As famílias devem residir na cidade de Milton no momento da inscrição para que os alunos possam frequentar as Escolas Públicas de Milton. ***

Nome Completo e Endereço do Aluno: _____

Proprietários
_____ Declaração de hipoteca mais recente
inquilino
Forneça os seguintes documentos _____ Contrato de Convivência do Proprietário assinado e autenticado a ser preenchido pelo Proprietário. (forma segue neste pacote) OU _____ Formulário de Certificação de Proprietário da Propriedade assinado e autenticado a ser preenchido pelo proprietário se você residir com um membro da família (o formulário segue neste pacote) E Forneça um (1) documento da lista abaixo _____ Cópia do contrato de arrendamento atualizado e assinado e datado pelo proprietário e pelo inquilino _____ Pagamento de aluguel mais recente (cheque cancelado) _____ Contrato da Seção 8 mais recente
Todos os registrantes (proprietários e inquilino)
Forneça uma (1) conta de serviços públicos (forneça a conta inteira datada nos últimos 60 dias.) _____ TV a cabo/satélite/Internet _____ Elétrico _____ Gás ou Óleo Se você mudou-se recentemente uma ordem de serviço das empresas de serviços públicos informando que seu serviço foi solicitado ou instalado, será aceito. Forneça um (1) documento com endereço no Milton da lista a seguir _____ Identificação válida com foto (licença, ID MA) Deve ter o endereço atual no Milton _____ Extrato bancário (datado nos últimos 60 dias) _____ Apólice de seguro de proprietário ou do inquilino _____ Seguro Automóvel _____ Registro de carro A colaboração das Escolas Públicas de Milton com a cidade de Milton reúne informações sobre todos os residentes referentes a questões de residência através da Conta de Imposto Predial, Conta de Água, Conta de Lixo e Conta de Imposto de Consumo de Motor.

Declaração de Residência

Forneça declaração de residência (apenas assinatura e data são necessárias).

Eu/nós, o(s) pai(s) ou responsável(is) legal(is) de _____, certifico o seguinte:
(Imprima o nome completo do estudante)

1. Eu/nós desejamos matricular o aluno acima mencionado nas Escolas Públicas de Milton. Eu/nós entendemos que, de acordo com a lei de Massachusetts e a Política do Comitê Escolar de Milton, os alunos que não residem na cidade de Milton não podem frequentar as Escolas Públicas de Milton. Eu/nós reconhecemos que sou/nós somos obrigados a notificar a escola do aluno acima, por escrito, sobre qualquer mudança no endereço do referido aluno dentro de cinco (5) dias corridos de tal mudança de endereço.
2. Eu/nós entendemos que, na ausência de outras informações em contrário, esta declaração será invocada pelas Escolas Públicas de Milton com o propósito de determinar a elegibilidade do aluno acima para frequentar as Escolas Públicas de Milton com base na residência. Se o referido aluno estiver matriculado nas Escolas Públicas de Milton com base nas informações contidas nesta declaração e for posteriormente determinado que o aluno não reside de fato em Milton, eu/nós entendemos que a matrícula do aluno nas Escolas Públicas de Milton será imediatamente encerrada e Eu/nós seremos solidariamente responsáveis perante as Escolas Públicas de Milton pelas mensalidades do aluno para o(s) ano(s) acadêmico(s) completo(s).
3. Eu/nós certificamos ainda que sou/nós somos o(s) pai(s) ou responsável(is) legal(is) do aluno acima.
4. Eu/nós entendemos que o sistema de Escola Pública de Milton se reserva o direito de investigar a residência de um aluno em potencial ou atual a qualquer momento. Esta investigação pode incluir o reenvio de documentos e/ou uma visita domiciliar por uma escola ou policial.
5. Eu/nós entendemos que se eu não puder fornecer os documentos de residência solicitados, eu/nós seremos colocados em um Status "Único/Referência" e estará sujeito a documentação alternativa, investigação via visita domiciliar e, potencialmente, uma reunião individual com o Superintendente Assistente.
6. O Capítulo 76, Seção 5 das Leis Gerais de Massachusetts fornece:
"Toda pessoa tem direito a frequentar as escolas públicas da cidade em que reside, observado o disposto na seção seguinte. Nenhum comitê escolar é obrigado a matricular uma pessoa que não resida na cidade, a menos que tal inscrição seja autorizada por lei ou pelo comitê escolar. **Qualquer pessoa que viole ou ajude na violação desta disposição pode ser obrigada a remeter a restituição integral para a cidade das escolas públicas inadequadamente frequentadas.** Nenhuma pessoa será excluída ou discriminada no ingresso em uma escola pública de qualquer cidade, ou na obtenção de vantagens, privilégios e cursos de estudo de tal escola pública por causa de raça, cor, sexo, religião, nacionalidade ou orientação sexual."

Assinado sob as penas de perjúrio neste _____ dia dos _____, 20_____.

Responsável legal #1

Responsável legal #2



ACORDO DE MORADIA DO PROPRIETÁRIO

Nome do Proprietário: _____

Endereço do proprietário: _____

#Telefone do proprietário : _____

Certifico e juro sob juramento que sou o proprietário/locatário legal do imóvel em: _____

Também certifico e juro que (nome dos pais/responsáveis): _____

e seus filhos (listar todos os nomes): _____

_____ são meus inquilinos e moram no endereço acima.

- Eu concordo que se as Escolas Públicas de Milton investigarem e descobrirem que essas declarações são falsas, eu posso ser responsável pelo reembolso de qualquer taxa de matrícula ou custos educacionais devidos às Escolas Públicas de Milton pela educação das crianças mencionadas acima.
- Concordo que se os inquilinos listados acima se mudarem da residência listada acima, notificarei as Escolas Públicas do Milton desta mudança de residência.

Assinado sob as penas de perjúrio: _____

(Assinatura do Proprietário)

Ao assinar este formulário, o Proprietário reconhece que todo o número de inquilinos e quartos está em conformidade com o Código de Construção do Estado de MA e/ou o Código de Construção da Cidade de Milton.

(Imprima o Nome do dono/proprietário)

(Data)

Carimbo/assinatura
do notário





FORMULÁRIO DE CERTIFICAÇÃO DO PROPRIETÁRIO DO IMÓVEL

Por favor, use este formulário se você tiver membros da família morando com você cujos filhos irão frequentar as Escolas Públicas de Milton. Como proprietário da casa, você deverá fornecer comprovante de residência e uma carta informando por que o aluno matriculado e seus pais/responsáveis estão residindo com você. Favor forneça conta de serviços públicos e cópia da declaração de hipoteca.

Informações do proprietário do imóvel

Nome: _____

Relação com a família: _____

Endereço: _____

Telefone residencial: _____ Celular: _____ Endereço de e-mail: _____

Eu sou o proprietário do imóvel em _____, Milton, MA. e reconheço que as seguintes pessoas residirão no endereço acima e os filhos menores estarão se matriculando na escola em Milton:

Nome dos pais/responsáveis: _____

Telefone residencial: _____ Celular: _____ Endereço de e-mail: _____

Por favor, liste todos os filhos menores que moram com os pais/responsáveis listados acima.

Nome: _____ Data de nascimento: _____

Datas previstas de residência para esta família no endereço listado acima: De: _____ para _____

- Eu concordo que se as Escolas Públicas de Milton investigarem e descobrirem que essas declarações são falsas, eu posso ser responsável pelo reembolso de qualquer taxa de matrícula ou custos educacionais devidos às Escolas Públicas de Milton pela educação das crianças mencionadas acima.
- Concordo que, se a família listada acima se mudar da residência listada acima, notificarei as Escolas Públicas de Milton sobre essa mudança de residência.

Juro sob as penas e penalidades de perjúrio que as respostas acima são verdadeiras e precisas. Eu entendo que é minha obrigação informar as Escolas Públicas de Milton se houver uma mudança na residência desta família.

Assinatura do proprietário do imóvel

Data

16

Notário Público
Carimbo e assinatura
necessários

Apenas para as classes 1-12

OUTRAS INFORMAÇÕES DO ESTUDANTE

O aluno já frequentou as Escolas Públicas de Milton? _____

Se sim, qual(is) escola(s)? _____

Datas atendidas? _____

Qual era o endereço residencial enquanto frequentava as Escolas Públicas de Milton?

O aluno já foi excluído de alguma escola? _____

Se sim, qual foi o motivo? _____

O aluno já foi suspenso por porte de arma perigosa, posse de substância controlada ou agressão a funcionários? _____

Se sim, descreva as circunstâncias e dê a duração da suspensão.

O aluno está em período liberdade condicional? _____ Em caso afirmativo, forneça o nome do oficial de justiça, _____, # telefone _____ e nome do Tribunal _____



CONSENTIMENTO PARA QUE OS REGISTROS SEJAM LIBERADOS PARA AS ESCOLAS PÚBLICAS DE MILTON

Por favor, faça com que a escola atual de seu filho preencha este formulário e envie a escola por fax, correio ou escaneamento de registros para registration@miltonps.org . Número de fax 617-696-6990

Eu dou permissão para (Por favor, imprima) _____
(nome da antiga escola)

(Endereço)

(Cidade/Estado)

para liberar o seguinte:

_____ Transcrição oficial, frequência, informações disciplinares, pontuações de testes padronizados

_____ Registros Médicos (Imunizações)

_____ Registros de Educação Especial (incluindo IEP e avaliações)

_____ Pontuações do MCAS

_____ Notas de Saída ou Retirada

_____ Outro (especifique abaixo)

Nome do estudante: _____

Por favor imprima

Assinado: _____

Pais/Aluno

Milton Public Schools

25 Gile Road

Milton, MA 02186

(617) 696-4470

Número de fax 617-696-6990

OUTRAS INFORMAÇÕES DO

ALUNO

(Somente para as séries 1-12)

Lei de Reforma da Educação de 1993

Seção 37. A Seção 37L do Capítulo 71 das Leis Gerais, conforme aparece na Edição Oficial de 1991, é alterada pela adição do seguinte,

“Um aluno transferido para um sistema local deve fornecer ao novo sistema escolar um registro escolar completo do aluno ingressante. O referido registro deve incluir, mas não limitado a, quaisquer incidentes envolvendo suspensão ou violação ou atos criminais ou quaisquer relatórios de incidentes nos quais tal aluno foi acusado de qualquer ato suspenso.”

De acordo com as Disposições da Lei de Reforma da Educação, estamos solicitando informações relativas à disciplina. Por favor responda as seguintes questões.

NOME DO ALUNO E ANO _____ Não há casos de ação disciplinar do escritório.

_____ Vários casos de ação disciplinar. (Infrações leves - cooperativa estudantil)

_____ Necessidade frequente de intervenção no consultório.

_____ Pelo menos um caso de ações graves que requerem grande intervenção disciplinar.

_____ Registro de Ausência

_____ Registro de atraso

Comentários adicionais:

Por favor, anexe uma cópia do registro disciplinar a este formulário

Assinatura do funcionário da escola responsável pela disciplina.

Assinatura: _____ Data: _____

Nome(Imprimir) _____

Título: _____