

ESCOLAS PÚBLICAS DE ROCKLAND

PROCESSO DE REGISTRO

Nós gostaríamos de receber bem os estudantes para a Escola Pública de Rockland. Para ajudar o (a) seu (sua) filho (a) a matricular-se assim que possível, nós criamos uma lista com as seguintes informações que voce irá precisar antes do (a) seu (sua) filho (a) estiver oficialmente matriculado(a).

AS MATRICULAS NÃO SERÃO PROCESSADAS ATÉ QUE TODOS OS DOCUMENTOS LISTADOS ABAIXO SEJAM RECEBIDOS:

- Certidão de Nascimento Original com carimbo alto relevo oficial (A Certidão de Nascimento do Hospital não é um document legal).
- Prova de residência – veja o formulário na próxima página para documentação necessária.
- Exame físico e registro de imunizações (incluindo 5 DTaP, 4 Polio, 2 MMR, 3 Hepatite B, 2 Varicela- ou prova de doença, um teste contra o chumbo e um teste de visão completado pelo Médico Pediatra de sua criança. Caso as imunizações de seu(sua) filho(a) não estejam completas, por favor contacte o médico de seu(sua) filho(a) imediatamente para marcar uma consulta. As crianças serão excluídas de atender o Jardim de Infância no Outono caso não tenham tido as imunizações requeridas.

Por favor complete os Formulários listados abaixo:

- Formulário #1: Formulário de Registro/ Informação da Matrícula do estudante (Census).
- Formulário #2: Informação de emergência do(a) estudante.
- Formulário #3: Informação atualizada da saúde do estudante.

Formulários Opcionais (use somente caso isto se aplique para a situação atual do estudante)

- Formulário #4: Formulário para a liberação dos registros escolares do estudante.
- Formulário #5: Formulário para verificar a residencia do(a) estdante (usar somente se os pais/tutores E o estudante estão residindo com membros da familia ou não são proprietários ou alugam o local onde moram).

** Por favor observem que se os pais/tutores e o estudante estão residindo com um membro da familia e não são proprietários ou alugam a propriedade onde moram voce deve providenciar o seguinte:

- Uma Declaração Notarizada da Residencia do Estudante assinada pelo chefe da casa, declarando que a criança e os pais/tutores estão residindo neste endereço.
- Carteira de Motorista de Massachusetts/ Identidade de Massachusetts do chefe da casa desta residencia com endereço atualizado e a Carteira de Motorista de Massachusetts/ Identidade de Massachusetts dos pais/ tutores.
- Prova de residência como declarado acima.

ESCOLAS PÚBLICAS DE ROCKLAND

PROCEDIMENTOS PARA REGISTRO E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA

De acordo com a MGL- Capítulo 76, Seção 5, cada pessoa “ tem o direito de atender a Escola Publica na cidade onde Ela/Ele atualmente reside”. Os seguintes procedimentos serão seguidos para verificar a residência do(a) estudante:

Antes de qualquer estudante ser matriculado nas Escolas Públicas de Rockland, os pais/ guardião legal do(a) estudante deverão provar residência legal na cidade de Rockland. Crianças nas quais a residência primária está fora de Rockland não poderão atender a Escola do Distrito de Rockland. Uma Residência significa o domicílio na qual a criança passa a maioria do tempo. O padrão que Rockland usa é simples: A lei é clara de que a determinação da residência significa o estabelecimento de um “domicílio”- onde o(a) estudante reside, como determinado pelo estabelecimento onde o centro da sua vida doméstica, social e cívica e, e isto é onde ele(a) atenderá a Escola. Este padrão deve ser o primeiro passo atingido antes de uma família provar a residência da criança.

Todos os aplicantes deverão submeter no mínimo 3 provas de residência.

Os documentos deverão ser impressos com o nome e endereço dos pais/tutores do estudante. *Quando registrar um estudante na Escola Pública de Rockland, o Registrante do Distrito irá confirmar a residência. Estes documentos também serão requeridos caso haja mudança de endereço.

Todos os aplicantes deverão submeter no mínimo um documento de cada uma das seguintes colunas:

Coluna A	Coluna B	Coluna C
Deverá estar mostrando o endereço Atual de Rockland ** <ul style="list-style-type: none">- Carteira de Motorista válida- Identidade válida de Massachusetts- Passaporte Válido e datado Caso a Carteira de Motorista /Identidade, não mostrar o endereço atual, você poderá verificar online no endereço eletrônico: www.massdot.state.ma.us/rmv e clicar na “Mudança de Endereço”, e eles te enviarão através de email o seu recibo. Por favor submeta uma Cópia para o Registrante da Escola.	<ul style="list-style-type: none">- Cópia do Contrato de aluguel- Documento da Hipoteca da casa (Mortgage).- Acordo da Seção 8- Declaração Legal do dono da propriedade afirmando de que você é o inquilino.- Cópia da escritura da compra da casa ou acordo da compra e venda da casa.	Uma conta qualquer da casa ou ordem datada nos últimos 60 dias incluindo: <ul style="list-style-type: none">- Contas de gás- Contas de óleo- Contas elétricas- Contas de telefone residenciais e de celular.- Contas de TV a cabo Por favor notem que algumas Companhias provêem acesso online para baixar ou acessar as suas contas pessoais de sua residência.

- O tutor Legal requer documentação adicional do Tribunal ou agência.
- As regras de residência de Rockland não se aplicam aos estudantes sem teto. (Lei de “Mckinney-Vento”)

Nós entendemos que todos os aplicantes devem residir em Rockland (Leis Gerais de Massachusetts, Capítulo 76, Sec. 5) cada pessoa deve ter o direito de atender as Escolas Públicas da cidade onde ele/ela atualmente reside, sujeito a seção mencionada. Nenhum Comitê escolar é obrigado de matricular uma pessoa que não reside, no momento, na cidade da escola, ao menos que esta matrícula seja autorizada por Lei ou pelo Comitê escolar. Qualquer pessoa que violar ou ajudar na violação desta Lei terá que enviar uma restituição para a cidade em que a escola se encontra, porque atendeu imprpropriamente a Escola Pública. Nenhuma pessoa deverá ser excluída ou discriminada na sua admissão na Escola Pública, seja pela sua raça, cor, sexo, religião, origem nacional ou orientação sexual.

FORMULÁRIO 2

N° da Identidade: _____

Estudante: _____

**ESCOLAS PÚBLICAS DE ROCKLAND
Informação Confidencial de Emergência do(a) Estudante**

Data: _____

Nome do(a) Estudante: _____
(Sobrenome) (Primeiro Nome) (Nome do Meio)

Endereço: _____ Tel. de casa: _____

Emergências tais como doenças repentinas ou acidentes frequentemente ocorrem na Escola. Caso um evento de emergência ocorra, a sua criança será transportada para o Hospital mais próximo. Por favor complete a seguinte informação:

Nome da Mãe: _____ Endereço (caso seja diferente): _____

Tel. do trabalho da Mãe: _____ Tel Celular da Mãe: _____ e mail da Mãe: _____

Nome do Pai: _____ Endereço(caso seja diferente): _____

Tel do trabalho do Pai: _____ Tel Celular do Pai/ Guardiã: _____ e mail do pai: _____

A criança vive com: Ambos() Pai() Mãe () Guardiã() Mãe/Padrasto () Pai/ Madrasta()

Por favor coloque **DOIS OUTROS** adultos responsáveis para cuidar da sua criança caso nos não conseguirmos contactá-los:

1)Nome: _____ Endereço: _____

Tel: _____ Relação com o(a) Estudante: _____

2)Nome _____ Endereço: _____

Tel: _____ Relação com o(a) Estudante: _____

Por favor liste de outras crianças que moram com você:

NOME	DATA DE NASCIMENTO	NOME DA ESCOLA

Informação Confidencial/ Fotografia das crianças

Se Eu desejar que os documentos escolares de minha criança sejam confidenciais ou Eu não quero que sejam tiradas fotos da minha criança enquanto estiver estudando na Escola, Eu entendo que Eu devo enviar uma carta para a Diretora da Escola para efetuar este pedido.

Liberacao de Informacoes relacionadas com o "Medicaid" (Ajuda de remedies do Governo):

Como Pais/Guardiões da criança acima mencionada, Eu dou permissão para liberar a informação dos documentos escolares para outros distritos escolares e pessoas designadas, representantes da Administracao Federal e Estadual do "Medicaid" para o único objetivo de pedir reembolso do "Medicaid" para serviços de saude de apoio no Plano Educacional Individualizado (IEP).

INICIAIS: _____

Assinatura do Pai/ Guardiã: _____ Data: _____

FORMULÁRIO 3

Identidade N° _____

Estudante: _____

ESCOLAS PÚBLICAS DE ROCKLAND

Informação sobre a saúde do(a) Estudante – Formulário Recente (Por favor Imprima)

Pais/ Responsáveis: Para assegurar uma resposta rápida caso haja um evento de emergência médica, por favor complete os campos abaixo:

Nome do(a) estudante: _____
(Sobrenome) (Primeiro Nome) (Nome do Meio)

Data de Nascimento (Mês/ Dia/ Ano): _____

Cidade/Estado/País de Nascimento: _____

INFORMAÇÃO MÉDICA:

Nome do Médico pediatra: _____ Tel. : _____

Nome do Dentista: _____ Tel: _____

Nome do seguro de saúde: _____ () Seguro Publico () Seguro Privado () Mass Health

() Não tem Seguro de Saúde. Caso a sua criança não tenha seguro de saúde, o Estado de Massachusetts tem um plano de saúde que proverá às crianças sem seguro um cuidado de saúde dentro do orçamento (restrições se aplicam). Caso você esteja interessado a obter mais informações sobre este programa, por favor contacte a enfermeira da escola.

Alergias: _____

Problemas de saúde atuais: _____

_____ Nome Dose Hora que tomou o remédio
Medicamentos usados no momento: _____

PERMISSÃO PARA DAR MEDICAMENTOS ENCONTRADOS NA PRATELEIRA DA FARMÁCIA:

A minha criança tem permissão de receber medicamentos que não contenham aspirina sob a supervisão da enfermeira da escola e outras ordens autorizadas pelo Médico das Escolas Públicas de Rockland: ____ Não ____ Sim

O protetor solar pode ser aplicado, se necessário, para eventos realizados do lado de fora? ____ Sim ____ Não

LIBERAÇÃO DA INFORMAÇÃO:

Eu autorizo à Enfermeira da Escola a contactar o médico acima mencionado, quando apropriado, para haver uma comunicação sobre informações médicas do(a) estudante. Eu entendo que eu serei contactado antes de ocorrer esta comunicação. ____ Sim ____ Não

PERMISSÃO PARA O TRATAMENTO:

No caso de ocorrer um doença séria/injúria, Eu, através deste documento, autorizo a Escola a contactar o médico pediatra de minha criança e/ou a procurar emergência médica incluindo transporte para uma clínica médica. Eu através deste documento autorizo ao médico e as pessoas que trabalham na emergência a administrar os cuidados necessários. Eu entendo que todo o esforço será feito para contactar a família e os contatos de emergência primeiro.

____ Sim ____ Não

Hospital de preferência: _____

Assinatura do Pai/ Mãe/ Guardiã: _____ Data: _____

Nome em letra de forma: _____ Relacionamento com o(a) estudante: _____

FORMULÁRIO 4

Identidade N° _____

Estudante: _____

ESCOLAS PÚBLICAS DE ROCKLAND

Formulário de Liberação dos Documentos Escolares do(a) Estudante

A Lei Estadual requer que os estudantes e/ou os pais/ guardiões providenciem uma documentação escolar completa no momento da matrícula do estudante em um Distrito novo. Por favor assine abaixo para permitir a liberação de todos os documentos escolares para o estudante acima para completar a matrícula na Escola Distrital de Rockland.

Por favor liberem os documentos escolares completos de _____ (Nome do(a) Estudante). Data de Nascimento: _____.

Última Escola que frequentou: _____ (nome da Escola anterior)

Endereço: _____ (Endereço da Escola anterior)

Incluindo: Cartão de Transferência ou Carta de transferência; Registros Médicos;

Registros acadêmicos (dados objetivos dos testes)

Registros das Matérias (Disciplinas)

Todos relacionados acima

Por favor envie para: (circule um)

*R. Stewart Esten School

* Jefferson School

*Memorial Park School

* John W. Rogers Middle School

733 Summer Street

93 George Street

One Col. Brian Duffy Way

100 Tauton Ave

Rockland – MA – 02370

Rockland- MA – 02370

Rockland – MA – 02370

Rockland – MA – 02370

*Rockland Senior High School

52 Mackinlay Way

Rockland – MA – 02370

(Assinatura do Pai ou Guardiã)

Data

As Escolas Públicas de Rockland não discriminam ninguém baseado na raça, cor, sexo, idade, religião, deficiência, origem nacional ou orientação sexual.

FORMULÁRIO 5

Escolas Públicas de Rockland
Verificação da Residência do(a) Estudante

(PARA O/A ESTUDANTE E PAIS/GUARDIÕES RESIDINDO/MORANDO EM UM ABRIGO OU COM UM MEMBRO DA FAMÍLIA)

Eu, _____, através deste documento atesto que o individuo a seguir mora atualmente na minha residencia localizada no seguinte endereço:

_____ na cidade de _____, MA - Tel. _____

Nome do Pai/ Mãe/ Guardião: _____

Nome do(a) Estudante: _____

- **Eu/Nós entendemos que todos os aplicantes devem residir em Rockland. Toda a pessoa deve ter o direito de atender as Escolas Públicas da cidade onde ele/ela atualmente reside sujeito a seguinte seção:**

Uma pessoa que não reside atualmente na cidade, ao menos que o Comitê da Escola autorize pela lei de matricula. Qualquer pessoa que violar ou ajudar nesta violação desta provisão pode ser requerido a enviar uma restituição integral para a cidade onde ele impropriamente atendeu a Escola Pública,. Nenhuma pessoa deve ser excluída ou discriminada de ter a sua admissão em uma escola pública de qualquer cidade, ou de obter vantagens ou privilégios ou cursos baseados na raça, cor, sexo, religião, origem nacional ou orientação sexual.

EU CERTIFICO DE QUE TODAS AS DECLARACOES FEITAS NESTES FORMULARIOS ESTÃO CORRETAS NO MELHOR DO MEU CONHECIMENTO.

Assinatura do Chefe da casa

Data

O termo residência ou endereço se refere a sua residência legal como determinado pelos documentos emitidos pelo governo tais como a carteira de motorista ou carteira de identificação. Outros documentos pode ser requeridos, além da sua Carteira de Motorista.

“Acknowledgement of Signature”

On this ____ day of _____, 20____, before me, the undersigned notary public, personally appeared _____(name of document signer), proved to me through satisfactory evidence of identification, which were _____, to be the person whose name is signed on the preceding or attached document, and acknowledged to me that (he/she) signed it voluntarily for its stated purpose.

Massachusetts Notary Public

Notary Print Signature Here

Massachusetts Parental Notice with One-Time Consent to Allow the School District To Access MassHealth (Medicaid) Benefits

Rockland Public Schools

Dear Parent/Guardian:

The purpose of this letter is to ask your permission to bill MassHealth for the cost of special education services that the district provides your child under the IEP that we developed with you. If you agree, MassHealth will reimburse the cost of services that they cover, such as therapy services as well as the cost of time spent by providers of such services to participate in Team meetings, We cannot send records and information about your child and your child's IEP services to MassHealth to ask for reimbursement without your consent and without first notifying you of the following:

1. The school district cannot require you to sign up for MassHealth in order for your child to receive the special education services to which your child is entitled;
2. The school district cannot require you to pay anything towards the cost of your child's special education services. This means that the school district cannot require you to pay a co-pay or deductible so that it can bill MassHealth. The school district can agree to pay the co-pay or deductible if any such cost is expected.
3. If the school district receives your consent:
 - a. Your consent will not decrease your child's available lifetime coverage or other MassHealth benefit; nor will it in any way limit your own family's use of MassHealth benefits outside of school.
 - b. Your consent does not affect your child's special education services or IEP rights in any way.
 - c. Your consent will not lead to any changes in your child's MassHealth rights; and
 - d. Your consent will not lead to any risk of losing eligibility for other Medicaid or MassHealth funded programs.
4. If you consent, you have the right to change your mind and withdraw your consent at any time.
5. If you withdraw your consent, or refuse to agree to allow the school district to share your child's records and information with MassHealth for the purpose of billing the cost of his/her IEP services, the school district will continue to be responsible for providing your child the special education services in his/her IEP at no cost to you.

I have read the notice and understand it. I have had my questions, if any, answered. I agree to give my consent to the school district to share records and information concerning my child and his/her IEP services as necessary to bill MassHealth to obtain federal reimbursement for the cost of the IEP services that MassHealth covers.

Parent/Guardian Signature: _____ Date _____

Student Name: _____ DOB: _____ SASID: _____

ESCOLAS PÚBLICAS DE ROCKLAND

ROCKLAND, MASSACHUSETTS

Transporte de Ônibus Escolar

Jardim da Infância

Todos os estudantes do Jardim da Infância são elegíveis para pegar o ônibus nas suas paradas designadas. Para que seja mantida a consistência durante o ano escolar, nós implementamos um regulamento para o transporte de ônibus.

O regulamento é, a criança pode ser transportada para a escola de um endereço todos os dias e ser transportada para casa em um endereço todos os dias. (5 Dias por semana) Se não forem 5 dias consistentes por semana, você terá que levar e buscar a sua criança na escola.

Com mais de 200 estudantes para monitorar, os motoristas de ônibus e as Escolas Públicas de Rockland não podem controlar qual criança está indo/vindo de casa ou creche.

*Por favor lembre-se que o motorista de ônibus não entregará nenhuma criança do Jardim da Infância sem um adulto presente.

Nós precisamos ter a sua informação de transporte até no máximo **Sexta, 23 de Junho, 2017** para enviar para a companhia de ônibus.

Por favor retorne este formulário para o escritório do Superintendente, 34 MacKinlay Way, Rockland, MA 02370

Nome da Criança _____

A minha criança virá do endereço _____

A minha criança será entregue no endereço _____

Nome do Pai/Mãe _____ Telefone# _____

Todos os pedidos de transporte que vierem após Sexta, 23 de Junho, 2017 terão que esperar até após 18 de Setembro, 2017 para serem atendidos.

Por favor assine confirmando o seu conhecimento sobre a informação do regulamento acima;

Assinatura: _____