

---

# GENERAL REGISTRATION FORM

---

Los niños que se convertirá en 5 años de edad en o antes del 31 de octubre de 2017, son elegibles para inscribirse en la guardería en septiembre de 2017. Los niños que se convertirán en 6 años de edad en o antes del 31 de octubre de 2017, son elegibles para inscribirse en primer grado. Todos los estudiantes requieren un registros de salud y tarjeta de transferencia de su escuela anterior.

**FORMULARIOS COMPLETADOS Y MATERIALES REQUERIDOS DEBEN SER TRAÍDOS CON USTED CUANDO SE REGISTRE.**

Por favor traiga con usted lo siguiente:

- 1. Contenido de este paquete**
- 2. Certificado de nacimiento de su hijo**
- 3. Historia y forma de evaluación** física del niño relleno, firmaron y fechado por un médico y un formulario de examen dental firmado y fechado por un dentista. El examen físico debe realizarse dentro de los 12 meses antes del primer día de escuela.
- 4. Prueba de vacunas del niño (política de la escuela requiere prueba de las siguientes vacunas en el momento del registro de Kinder):**
  - A. Pre-K students require an annual influenza vaccine given between September 1 and December 31.
  - B. DPT: (age 1-6 years) 4 doses, with 1 dose given on or after the 4<sup>th</sup> birthday, OR any 5 doses.
  - C. Oral Polio (OPV) or enhanced IPV: (age 1-6 years) 3 doses, with one dose given on or after the 4<sup>th</sup> birthday OR any four doses given at least 28 days apart.
  - D. Measles: 2 doses of a measles containing vaccine administered after the 1<sup>st</sup> birthday, and separated by an interval of at least 1 month OR laboratory evidence of immunity.
  - E. Rubella: 1 dose of live rubella vaccine administered on or after the 1<sup>st</sup> birthday OR laboratory evidence of immunity.
  - F. Mumps: 1 dose live mumps vaccine administered on or after the 1<sup>st</sup> birthday OR laboratory evidence of immunity.
  - G. Hepatitis B: 3 doses OR laboratory evidence of immunity or a physician's written certification of past hepatitis B disease.
  - H. Varicella (Chicken Pox): One dose of varicella vaccine on or after the 1<sup>st</sup> birthday or proof of disease immunity.
  - I. Valid Tuberculin test and results.
- 5. Prueba de residencia (todos los documentos deben ser originales, no copias por favor)**
  - A. Conducir licencia de con dirección Roselle Park / tarjeta de seguro de auto
  - B. Necesito 2 de los siguientes: factura de tarjeta de crédito / Comcast factura y/o comprobar o banco declaración
  - C. Dos facturas actuales
  - D. Rellene el formulario para la vivienda (disponible en la inscripción)
  - E. Si tienes tu propio hogar: Copia de escritura, libro de declaración o pago de hipoteca o impuesto bill  
Si renta una casa o apartamento: copia del contrato de arrendamiento o carta notariada de propietario establecer todos los residentes que viven en la casa o apartamento indicaban... todos los nombres debe figurar

**NUEVA JERSEY ley estatal requiere que todos los archivos médicos deben estar en posesión de la escuela antes de que un niño puede entrar en jardín de infantes.**

**NINGÚN NIÑO SERÁ ADMITIDO A LA ESCUELA SIN ESTOS DOCUMENTOS COMPLETADOS.**

***Roselle Park Public Schools***  
510 Chestnut Street  
Roselle Park, New Jersey 07204

*"A High-Performing District"*

Pedro Garrido  
Superintendent of Schools  
(908) 245-1197  
FAX (908) 245-1226

Susan M. Guercio  
School Business Administrator/  
Board Secretary  
(908) 245-2103

---

Dear Parent/Guardian:

Bienvenidos a las escuelas públicas de Roselle Park! Cada niño que se inscribe en nuestras escuelas es habia aceptada en su propio nivel educativo y entonces el desafío de alcanzar el máximo crecimiento y desarrollo. Nuestro Distrito ofrece una educación de calidad para todos los estudiantes.

Nos esforzamos por inculcar en cada estudiante la capacidad de autodirección constructiva. Nuestra misión, a través de una asociación comunitaria, es proporcionar personalizada, ejemplares de aprendizajes para el desarrollo óptimo de los estudiantes que les permitan convertirse en aprendices para toda la vida y aportando los miembros de una sociedad diversa y cambiante.

Interés de los padres en la vida escolar mejora el aprendizaje de los estudiantes. Por lo tanto, le animamos a visitar nuestras escuelas, para afiliarse a las organizaciones de padres y maestros, para asistir a las reuniones de la Junta de educación y participar en funciones de la escuela. Apreciamos sus preguntas y sugerencias, su ayuda y su cooperación. Esperamos trabajar con usted en la educación de sus hijos.

Sincerely,

Pedro Garrido  
Superintendent of Schools

lb

*"Where Children Come First"*

***Roselle Park Public Schools***  
510 Chestnut Street  
Roselle Park, New Jersey 07204

*“A High-Performing District”*

Pedro Garrido  
Superintendent of Schools  
(908) 245-1197  
FAX (908) 245-1226

Susan M. Guercio  
School Business Administrator/  
Board Secretary  
(908) 245-2103

---

RESOLUTION

**TAREA CENTRAL DE LOS ESTUDIANTES DE PRIMARIA**

**Considerando** que, la Roselle Park Junta de educación ha llevado a cabo estudios extensos y exhaustivos sobre los Central oficina de asignación de estudiantes de primaria; y

**Considerando** que, la Roselle Park Junta de educación ha considerado el impacto de la asignación de estudiantes primaria Oficina Central sobre la seguridad de los estudiantes; y

**Considerando** que, la Roselle Park Junta de educación ha considerado el impacto de la asignación de estudiantes primaria Oficina Central en el mantenimiento de la unidad familiar dentro de una escuela primaria específica así como dentro del sistema de la escuela primaria; y

**Considerando** que, la Roselle Park Junta de educación ha considerado el impacto de la asignación de estudiantes primaria Oficina Central a la capacidad del estudiante para continuar y completar su educación primaria en las escuelas primarias uno o como pocos como sea posible; y

**Considerando** que, la Roselle Park Junta de educación ha considerado el impacto de la asignación de estudiantes primaria Oficina Central sobre la continuidad de la educación en el B...

3/8/83

*“Where Children Come First”*

**ROSELLE PARK BOARD OF EDUCATION  
ROSELLE PARK, NJ 07204**

---

PLEASE PRINT

**REGISTRATION FORM**

Date Entered \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

**CHILD'S**

Name \_\_\_\_\_  
Last First Middle Generation Suffix (i.e., Jr.,

II) Address \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_

Birth Date: Month \_\_\_\_\_ Day \_\_\_\_\_ Year \_\_\_\_\_ Gender: Male ( ) Female ( )

City of Birth: \_\_\_\_\_ State of Birth \_\_\_\_\_ Country of Birth \_\_\_\_\_

School Last Attended \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_

Last Home Address \_\_\_\_\_

Language Most Often Spoken at Home \_\_\_\_\_

**FATHER'S NAME** \_\_\_\_\_ *Living?* \_\_\_\_\_  
First Last

Date of Birth \_\_\_\_\_ Birthplace \_\_\_\_\_ Citizen \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_ Employer \_\_\_\_\_ Business Phone \_\_\_\_\_

Home Address (if different) \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

**MOTHER'S NAME** \_\_\_\_\_ *Living?* \_\_\_\_\_  
First Maiden Last

Date of Birth \_\_\_\_\_ Birthplace \_\_\_\_\_ Citizen \_\_\_\_\_

Occupation \_\_\_\_\_ Employer \_\_\_\_\_ Business Phone \_\_\_\_\_

Home Address (if different) \_\_\_\_\_

Home Phone \_\_\_\_\_ Cell Phone \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

If parents are separated/divorced, provide documentation (preferably in the form of a court order) determining legal custody.

Please list: **ALL** Other Children Living in your household.

NAME	SEX	DATE OF BIRTH
1. _____		
2. _____		
3. _____		
4. _____		

**LEGAL GUARDIAN'S** (Please provide documentation determining the legal custody of the student)

Name \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Home Phone \_\_\_\_\_

Remarks \_\_\_\_\_

The following questions are for State Report use only:

1. Is the child a citizen of the USA? \_\_\_\_\_

2. If the child is not a citizen, what is the country of origin? \_\_\_\_\_

Date arrived in USA \_\_\_\_\_ Date of SCHOOL ENTRY in USA \_\_\_\_\_

3. What was first language spoken by child? \_\_\_\_\_

**Ethnicity:** (Answer "Yes" or "No"):

**I AFFIRM THE ABOVE FACTS TO BE TRUE.**

\_\_\_\_\_ Relationship to Child: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

**Race** (Check all that apply) Note that a non-Hispanic student ("No" above) will check off at least one race category below. A Hispanic student ("Yes" above) can have all race categories blank below.  
\_\_\_\_ American Indian – *American Indian or Alaska Native*

E-Mail: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Health Related Information**  
  
Does the student have health insurance? (Check one): \_\_\_\_ Yes  
\_\_\_\_ No  
  
If "Yes" Health Insurance Company: \_\_\_\_\_

Other adults living in home and relationship: \_\_\_\_\_

If parents are not living together, to whom shall communication be addressed? \_\_\_\_\_

Are there any issues the school should know about regarding:

Elimination ( )    Play ( )    Speech ( )    Attitudes ( )    Sleeping ( )

Special Interest or Abilities – Please Specify \_\_\_\_\_

Has the child any fears or tensions?    No ( )    Yes ( ) Explain: \_\_\_\_\_

Does the child seem happy and well balanced?    No ( )    Yes ( )

Any other information that we should have to help your child: \_\_\_\_\_

***I AFFIRM THE ABOVE FACTS TO BE TRUE.***

Signature \_\_\_\_\_ Relationship to Child \_\_\_\_\_

---

---

**TO BE COMPLETED BY SCHOOL PERSONNEL**

VERIFICATION OF DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

VERIFICATION OF RESIDENCY: \_\_\_\_\_

OTHER: \_\_\_\_\_

APPROVED BY: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_

SCHOOL: \_\_\_\_\_

# Roselle Park School District

Roselle Park, NJ 07204

---

## **PARTICIPATION RELEASE FORM**

Dear Parents/Guardians:

Durante el año escolar, la Junta de Roselle Park educación utilizará imágenes de estudiantes que participan en ciertos programas educativos y recreativos.

Imagen de su hijo/hija puede usarse como parte de su participación en diversas actividades de la escuela. Imágenes pueden ser usados para varios propósitos incluyendo, pero sin limitarse a, enseñanza, formación docente y la información pública. Los propósitos para los cuales las imágenes pueden utilizarse no incluirá lucro venturas.

Por favor, marque la casilla apropiada y enviar este formulario a la escuela. Por favor, entienda que su objeción a la utilización de su imagen podría requerir la exclusión de su hijo/hija de la actividad en algunos casos. (Ejemplo: montaje del premio – los estudiantes recibirán premios en sus aulas en vez de frente a la cámara en la Asamblea.)

***Este permiso será en efecto para el resto de sus años aquí en el distrito escolar de Roselle Park.***

---

### **Participation Release Permission Slip**

- Yo doy permiso para la imagen de mi hijo/hija ser utilizado
- No quiero imagen de mi hijo/hija usada

Student Name: \_\_\_\_\_ Class: \_\_\_\_\_

Relationship to child: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Parent/Guardian Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Roselle Park Public Schools**  
510 Chestnut Street  
Roselle Park, New Jersey 07204

*"A High-Performing District"*

Pedro Garrido  
Superintendent of Schools  
(908) 245-1197  
FAX (908) 245-1226

Susan M. Guercio  
School Business Administrator/  
Board Secretary  
(908) 245-2103

---

TO: Parents/Guardians  
FROM: Pedro Garrido  
Superintendent of Schools  
DATE: Comenzando el año escolar 2013-2014  
SUBJECT: Encuesta de idioma - los estudiantes Roselle Park

Pido su colaboración para ayudarnos a completar un informe muy importante que nos debemos presentar ante el Departamento de Educación de Nueva Jersey cada año. Estamos obligados a obtener la siguiente información:

- **Lengua hablada en el hogar**
- **Primer niño idioma aprendió a hablar**
- **Número de niño años ha residido en los Estados Unidos**

.....  
Student's Name: \_\_\_\_\_  
(Please print your name)

Grade: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_

Lenguaje infantil primero aprendió a hablar? \_\_\_\_\_

Idioma más hablado en tu página de inicio? \_\_\_\_\_

Número de años niño ha residido en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

Mes / año estudiante entró en Estados Unidos: \_\_\_\_\_

Fecha empezado la escuela en Estados Unidos: \_\_\_\_\_

**Por favor devuelva esta encuesta en el momento de la inscripción.  
Gracias por su ayuda.**



Roselle Park Public Schools  
510 Chestnut Street  
Roselle Park, New Jersey 07204

*"A High-Performing District"*

Pedro Garrido  
Superintendent of Schools  
(908) 245-1197  
FAX (908) 245-1226

Susan M. Guercio  
School Business Administrator/  
Board Secretary  
(908) 245-2103

---

### **Elementary Internet Use Form**

El Internet es una herramienta especial que me pueda ayudar aprender, comunicarse y resolver problemas. Antes de que puedo usar Internet en mi escuela, hay algunas promesas que necesito hacer para mi profesora, mis compañeros, mis padres y yo. Estas promesas se hacen para ayudar a mantenerme a salvo y que mi tiempo a la diversión de Internet, interesante y educativa.

Cuando yo, \_\_\_\_\_ use Internet,  
(print name)

I promise to...

- Activamente utilizar la información que encontré en Internet en mi aprendizaje;
- Siga todas las instrucciones de mi maestro da y quedarse solamente en las áreas que sugieren a mí;
- Dígale a mi maestro u otro adulto inmediatamente si veo algo es inapropiado o me hace sentir incómodo;
- Utilizar un lenguaje apropiado en Internet y tratar las máquinas que utilizar con respeto;
- Nunca dar información personal como mi dirección o número de teléfono;
- Tenga en cuenta que hay consecuencias por elegir no seguir las reglas de Internet.

Entiendo que mi maestro sabe cómo mantenerme a salvo en Internet, así que es importante que siga las instrucciones. Entiendo que hay algunas cosas en Internet que no son para los niños. Si encuentro algo en Internet que me hace sentir incómodo, sé que es importante compartir con mi profesor de inmediato.

**Este permiso será en efecto para el resto de sus años en el distrito escolar de Roselle Park.** Por favor firmar abajo y volver a la escuela. Si usted tiene alguna pregunta, por favor no dude en contactar con la oficina de la escuela.

Student Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Current Class \_\_\_\_\_

Parent Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

**Roselle Park Public Schools**  
510 Chestnut Street  
Roselle Park, New Jersey 07204

*"A High-Performing District"*

Pedro Garrido  
Superintendent of Schools  
(908) 245-1197  
FAX (908) 245-1226

Susan M. Guercio  
School Business Administrator/  
Board Secretary  
(908) 245-2103

---

**LANDLORD VERIFICATION FORM**

**Este formulario se completará en la ausencia de un contrato de arrendamiento.**

\_\_\_\_\_  
(Date)

TO THE ROSELLE PARK BOARD OF EDUCATION:

This is to state that I, \_\_\_\_\_, am the landlord and owner of the  
property located at \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

This is to further state that \_\_\_\_\_  
(List All Family Members)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

are tenants at the above address.

Sincerely,

\_\_\_\_\_  
(Landlord's Name & Signature)

\_\_\_\_\_  
(Landlord's Phone Number)

\_\_\_\_\_  
(Landlord's Address)

SWORN AND SUBSCRIBED BEFORE  
ME THIS \_\_\_\_\_ DAY OF \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(A Notary Public of New Jersey)

**Attention New Registrants:**

**Lea la ordenanza abajo pertenecientes a inscribir a un niño en el distrito escolar de Roselle Park y firmar en la parte inferior de la página que lo leíste.**

**ORDINANCE NO. 2315**

**UNA ORDENANZA QUE MODIFICA EL CAPÍTULO XL, ARTÍCULO XVI DEL CÓDIGO DE LA CIUDAD DE ROSELLE PARK CON RESPECTO A LA INSCRIPCIÓN EN LAS ESCUELAS PÚBLICAS**

**Section 40-1604 REGISTRATION IN PUBLIC SCHOOLS**

**A. Registro de residentes ilegales.**

- a. Será ilegal que cualquier padre o tutor ayudar, ayuda, abet, permitir, permiso, sufren o alentar a un menor de edad para registrarse o inscribirse en el municipio de Roselle Park sistema escolar donde el menor es inelegible para asistir como resultado de estatus residente de la menor.
- b. Será ilegal que cualquier persona pueda permitir a sabiendas que su nombre, dirección u otra residencia designando la documentación para ser utilizados en el registro o inscripción de cualquier estudiante no residente en el barrio de Roselle Park sistema escolar a menos que se haya concedido previa aprobación infracciones y sanciones.

c.

**B. Violations and Penalties.**

Cualquier persona violar o no cumplir con cualquiera de las disposiciones de este capítulo, sobre la misma convicción, será reprimido con las penas establecidas en Chapter XL, Article XVI, Section 1604-B.

- a. Será ilegal que cualquier propietario o entidad permitir a un niño, que no es el guardián legal para utilizar su dirección para inscribirse en el sistema escolar de Roselle Park. Si el niño ya ha sido inscrito utilizando la dirección de ilegal, entonces una multa adicional será evaluada según la lista.
- b. Además de la multa se describe en 40-1604, párrafo 1B (a) anterior, cualquier propietario, persona, empresa o entidad que viole cualquier porción de ordenanza 40-1604 será evaluado un bien adicional igual a los gastos incurridos por la Junta de Educación de la ciudad de Roselle Park por un período no debe exceder de tres 3 años previos a la determinación de la corte de la violación. La multa será compensada por el municipio de Roselle Park por sumarios conforme a la ley de aplicación de la pena. El procedimiento deberá iniciarse por corte el municipio de Roselle Park Municipal para la ejecución de la pena en este documento.

**He leído ordenanza 40-1604.**

**Name:** \_\_\_\_\_

**Signature:** \_\_\_\_\_

**Date:** \_\_\_\_\_

*Roselle Park Public Schools*  
510 Chestnut Street  
Roselle Park, NJ 07204

*"A High Performing District"*

Pedro Garrido  
Superintendent  
(908) 245-1197  
FAX (908) 245-1226

Marie Mormelo  
Director of Special Services  
(908) 241-3944  
FAX (908) 241-4812

---

**Roselle Park School District**

**Special Education Medicaid Initiative (SEMI) Parental Consent Form**

Our school district is participating in the Special Education Medicaid Initiative (SEMI) program that allows school districts to bill Medicaid for services that are provided to students. **We must have 100% of these forms completed and returned in order to be in compliance.** Please take a few moments to complete and return this form **immediately** to either your child's school or Special Services.

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 personal 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 insurance to pay for special education or related services under Part 300 (services under the IDEA).

Child's Name: \_\_\_\_\_

Child's Date of Birth: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Parent: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

I give consent to bill for SEMI: Yes  No

This consent can be revoked at any time by contacting the administrator at your child's school.

*Please return this form to:*  
**Roselle Park Board of Education**  
**Special Services Department**  
**510 Chestnut Street, 3<sup>rd</sup> Floor**  
**Roselle Park, NJ 07204**  
*or*  
*to your child's school*

*(Teachers/Secretaries, please put in interoffice mail to Mary Ann Hrubic – Special Services.)*

Roselle Park Public Schools  
510 Chestnut Street  
Roselle Park, NJ 07204

*"A High Performing District"*

Pedro Garrido  
Superintendent  
Services  
(908) 245-1197  
3944  
FAX (908) 245-1226  
4812

Marie Mormelo  
Director of Special  
(908) 241-  
FAX (908) 241-

---

**Roselle Park Distrito Escolar**

**Consentimiento de los padres *Special Education Medicaid Initiative (SEMI)***

Nuestro distrito escolar 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 de salud Medicaid por servicios que se ofrecen a los estudiantes. **Debemos tener el 100% de estas formas completado y devuelto con el fin de estar en compliance.** Por favor tómese unos minutos para completar y devolver lo antes posible ya sea la escuela de su hijo o servicios especiales.

De acuerdo con la Ley federal sobre Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA, por sus siglas en inglés), 34CFR§99.30 y la Sección 617 de la Parte B de la Ley para la Educación de los Individuos con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés) 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 personal 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 del Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) que recibe su hijo(a) (terapia ocupacional, terapia física, terapia del habla, terapia psicológica para estudiantes, 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 o madre/tutor del o la 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 mi hijo(a) o míos para pagar los servicios de educación especial y relacionados al amparo de la Parte 300 (servicios bajo IDEA).

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 con el administrador de la escuela de su hijo(a).

*Por favor devuelva este formulario a la escuela del estudiante.*

**Roselle Park Board of Education  
Special Services Department  
510 Chestnut Street, 3<sup>rd</sup> Floor  
Roselle Park, NJ 07204  
or  
enviar a la escuela de su hijo**

*(Teachers/Secretaries, please put in interoffice mail to Mary Ann Hrubic, Special Services.)*

# Roselle Park 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
- Occupational Therapy
- Psychological Counseling
- Nursing
- Speech Therapy
- Physical Therapy
- Audiology
- Specialized Transportation

## 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 by contacting the school in which your child is enrolled.

## 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

# Roselle Park 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 con el auspicio del Departamento del Tesoro de New Jersey en colaboración con el Departamento de Educación de New Jersey y la División de Asistencia Médica y Servicios de Salud (DMAHS, por sus siglas en inglés) 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
- Consejería psicológica
- Audiología
- Enfermería
- 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 carnet de estudiante, 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 opinión sobre el consentimiento otorgado?

Usted tiene el derecho de retirar su consentimiento que permite la facturación a Medicaid en cualquier momento, poniéndose en contacto 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



# History and Physical Assessment

## Board of Education

ROSELLE PARK \* NEW JERSEY \* 07204

Aldene School	245-1521
Sherman School	245-1886
Robert Gordon School	245-2285
Middle School	245-1634
High School	241-4550
ECC	298-6835

Name of CHILD (Last, First, Middle Initial)	Date of Exam
Street Address	Date of Birth
City	Zip Code
Phone	Name of Parent

CHILD STUDY TEAM EVALUATION

### → TO BE FILLED IN BY EXAMINING PHYSICIAN

NJ Immunization Registry ID #

#### DATES OF IMMUNIZATIONS:

*Fill out completely for students entering school for first time.  
For students already attending, list only recent immunizations.*

D.P.T.	POLIO	MANTOUX TEST	MMR	MEASLES	MUMPS	RUBELLA
1. _____	1. _____	Date _____	1. _____	1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____		2. _____	2. _____	2. _____	2. _____
3. _____	3. _____	Result _____	INFLUENZA _____		MENINGOCOCCAL _____	
4. _____	4. _____		HEP. B 1. _____ 2. _____ 3. _____	VARICELLA _____ TYPE _____		
5. _____	5. _____		HiB. _____			
Tdap _____			OTHER VACCINES: _____			

#### DISEASE HISTORY

	Yes	No	Date of Diagnosis		Yes	No	Date of Diagnosis		Yes	No	Date of Diagnosis
Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Convulsive Disorder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Rheumatic Fever	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chicken Pox	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Strep Infections	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Kidney Disease			_____	Scarlet Fever			_____	Diabetes			_____
Otitis Media			_____	Heart Disease			_____	Other			_____

#### KNOWN VISUAL PROBLEMS

Wears Glasses	Wears Contacts	Visual Acuity
<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> Yes	_____
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	_____

#### KNOWN HEARING LOSS

Hearing Aide:  Yes  No

#### LEAD SCREENING:

DATE: \_\_\_\_\_ RESULTS: \_\_\_\_\_

#### GENERAL CONDITION

#### PRESCRIBED MEDICATION

_____	_____	_____
_____	_____	_____
<i>Name of Drug</i>	<i>Dosage</i>	<i>Time(s) Taken</i>

#### ALLERGIES

*Type*

#### INJURIES

_____	_____
_____	_____
<i>Type</i>	<i>Date</i>

#### SURGERY

_____	_____
_____	_____
<i>Type</i>	<i>Date</i>

#### NEED FOR LIMITED PHYSICAL ACTIVITY

No  Yes (Please Explain)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### RESTRICTIONS / CONSIDERATIONS

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

→ ( Please Complete Both Sides ) →

# Physical Examination Form

→ TO BE SIGNED BY EXAMINING PHYSICIAN							
Name of Child (Last)		(First)		(MI)	Sex	Grade	Date of Birth
Weight	Height		Blood Pressure		Pulse		
					Normal	Abnormal	Not Examined
<b>EARS</b>	*Infection	*Gross Hearing Loss	*Eardrum Perforation				
<b>EYES</b>	Assess for Jaundice		Contacts_____	Glasses_____			
<b>LYMPH NODES</b>							
<b>NECK</b>	Assessment To Determine:	*Range of Motion	*Pain	*Thyroid			
<b>NOSE</b>	Deformity Affecting Endurance						
<b>MOUTH</b>	*Pharynx	*Condition Of Teeth					
<b>HEART</b>	*Murmurs	*Note Rate/Rhythm					
<b>LUNGS</b>	*Percussion	*Auscultation					
<b>ABDOMEN</b>	Presence of: *Scars *Heptamegaly *Splenomegaly *Abnormal Masses						
<b>TESTES</b>	Determination of: *Hernia *Presence/Descent of Both Testes *Masses *Configurations						
<b>BACK</b>	Assessment Determining: *Range of Motion *Abnormal Curve of Spine						
<b>CHEST</b>	Contour Assessment						
<b>EXTREMITIES</b>	Determine: *Abnormal Mobility/Immobility *Muscle Weakness *Deformity *Instability *Scars *Atrophy *Varicosities						
<b>SKIN</b>	*Purpura *Scars *Trauma *Jaundice *Presence of Infection						
<b>PHYSICAL MATURATION ASSESSMENT</b>							
<b>NEUROLOGICAL EXAM</b>	Presence of: *Balance/Coordination *Abnormal Reflexes						
<b>SPEECH</b>							
<i>Comments</i> _____							
<i>Comments</i> _____							
<b>→ THIS IS TO CERTIFY THAT THE ABOVE CHILD HAD BEEN EXAMINED AND IS PHYSICALLY ABLE TO PARTICIPATE IN ALL SCHOOL ACTIVITIES.</b>							
Physician's Signature				Date of Exam		Telephone No. ( )	
Physician's Name (Please Print)				Street Address			
City				State		Zip Code	
SCHOOL PHYSICIAN'S COUNTER-SIGNATURE						Date	

Roselle Park Public Schools  
510 Chestnut Street  
Roselle Park, New Jersey 07204

*"A High-Performing District"*

Pedro Garrido  
Superintendent of Schools  
(908) 245-1197  
FAX (908) 245-1226

Susan M. Guercio  
School Business Administrator/  
Board Secretary  
(908) 245-2103

---

Por favor tenga esta forma llenada por el odontólogo en su próxima visita.

NAME: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_

BIRTHDATE: \_\_\_\_\_

SCHOOL: \_\_\_\_\_

The above named child has received the necessary dental care.

\_\_\_\_\_  
Dentist's Name

\_\_\_\_\_  
Dentist's Signature Date

*"Where Children Come First"*

# EXÁMENES Y VACUNAS GRATIS



WESTFIELD CONSEJERÍA DE SALUD  
425 East Broad Street  
Westfield, NJ 07090

Cualquier niño que vive en Roselle Park que no está cubierto por un plan de seguro médico o que tiene un plan que no pagará las vacunas o bien cuidado es elegible para servicios prestados por la

**Westfield Consejería de salud**

Please call the

**Public Health Nurse  
(908) 789-4070 ext. 4073**

Para hacer una cita