

**Putnam Valley Central School District
171 Oscawana Lake Road
Putnam Valley, NY 10579**

Procedimiento de registro de estudiantes

Bienvenido al Distrito Escolar Central de Putnam Valley. Todos los estudiantes en los **grados K-12 deben inscribirse con la Registradora del Distrito ubicada en la oficina del Distrito. Haga una cita llamando al (845) 528-8130 ext. 1317.** (Para todos los de Educación Especial Preescolar, edades 3-5, por favor llame a la Oficina de Educación Especial al (845) 528-8130 ext. 1317.)

*** Tenga en cuenta que, como padre, tiene el derecho de recomendar a su hijo para una evaluación de educación especial si cree que puede tener una discapacidad educativa. Para obtener información adicional, póngase en contacto con la Directora de la Comisión de Educación Especial (CSE por sus siglas en inglés), al 845-528-8130, extensión 1315.**

Se adjunta un paquete de información para que complete, pero deberá proporcionar la información que se indica a continuación para comenzar el proceso de registro. Todos los documentos de residencia están sujetos a verificación.

Usted debe traer los siguientes documentos originales:

- Documentación original de la prueba de edad
(es decir: Acta de nacimiento, certificado de bautismo, pasaporte)
- Registro de inmunización completo y físico, **firmado / sellado por el médico (el examen físico DEBE realizarse no más de 12 meses antes de la entrada del estudiante en la escuela)**
- Los registros educativos de su hijo, según corresponda
(es decir, boleta de calificaciones, IEP, plan de la Sección 504, servicios de ELL)
- Documentos de divorcio / separación y / o custodia (si corresponde)
- Documentos de tutela (si corresponde)
- Documentos de cuidado / control (si corresponde)
- Fomentar la hoja de datos menor (si corresponde)
- Orden de Emancipación o Declaración jurada de Emancipación (si procede)

(continúa en la página siguiente)

Usted debe demostrar prueba de residencia proporcionando los siguientes documentos:

- Declaración jurada de residencia legal (notariada)
- RCuestionarioesidency

Así como los siguientes documentos originales que reflejan la dirección:

Para propietarios: debe presentar tres (3) documentos, de la siguiente manera:

Escritura original, recibo del impuesto a la propiedad o a la escuela, declaración de la hipoteca
(elija 1)

Y

Dos (2) de los siguientes actuales documentos (con fecha del último mes) en el nombre del propietario:

- Certificado de seguro de propiedad
- Factura de servicios públicos (que incluye gas, electricidad, petróleo, teléfono y cable / satélite. Puede elegir dos)

Nota: No se aceptarán documentos con solo una dirección de apartado postal.

Para inquilinos: debe presentar tres (3) documentos, de la siguiente manera:

Un contrato de arrendamiento válido y totalmente ejecutado para la unidad de alquiler, que incluye la dirección y el número de teléfono del propietario y la dirección de la propiedad de alquiler.

O

UNA Declaración jurada completada, firmada y notariada del propietario / propietario de la propiedad

Y

dos (2) de los siguientes documentos actuales (con fecha dentro del último mes) a nombre del Arrendatario:

- Factura de servicios públicos (que incluye gas, electricidad, petróleo, teléfono y cable / satélite, puede elegir dos)
- Certificado de Seguro de Propiedad
- Sección de 8 o Declaración de Vivienda Municipal

Si se incluyen los servicios públicos, pregunte acerca de otras pruebas aceptables de residencia.

Nota: No se aceptarán documentos con solo una dirección de apartado postal.

PUTNAM VALLEY CENTRAL SCHOOL DISTRICT
171 Oscawana Lake Road
Putnam Valley, NY 10579

Solicitud de acceso a los expedientes

Nombre y apellido del alumno/a

Fecha de nacimiento

Nombre de la última escuela a la que asistió

Dirección de la escuela

Teléfono de la escuela

Fax de la escuela

De conformidad con las disposiciones de la ley de la Familia y Privacidad Educacional de 1974, por la presente solicito que la Junta de Educación envíe copias de todos los expedientes de la escuela e informes tales como:

- Expediente completo de calificaciones y de los créditos obtenidos
- Calificaciones hasta la fecha de egreso de su escuela y fecha de egreso
- Resultados de los exámenes estandarizados
- Resultados de los exámenes psicológicos y de ubicación especial
- Todos los informes de evaluación, sin restricción, que puedan ser de valor en la planificación de la educación de este/a alumno/a

Por favor envíe todo Plan de educación individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) por IEPDirect al Distrito Escolar Central de Putnam Valley.

Firma del padre/madre/tutor

Clarificación en imprenta de la firma

(Por favor indicar si este/a alumno/a necesita
servicios educativos o psicológicos especiales).

POR FAVOR ENVIAR TODOS LOS EXPEDIENTES A:

Oficina Principal
Putnam Valley Elementary School
171 Oscawana Road
Putnam Valley, NY 10579
Teléfono: 845-528-8092
Fax: 845-528-8171

Guidance Department
Putnam Valley Middle School
142 Peekskill Hollow Road
Putnam Valley, NY 105789
Teléfono: 845-528-8101
Fax: 845-528-8145

Lynn Keller/
Guidance Department
Putnam Valley High School
146 Peekskill Hollow Road
Putnam Valley, NY 10579
Teléfono: 845-526-7810
Fax: 845-526-7814

PUTNAM VALLEY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

Formulario de inscripción

I. INFORMACIÓN DEL/LA ALUMNO/A

Por favor llene la sección sobre el/la alumno/a completamente. Esté preparado para presentar en el momento de la inscripción verificación de nacimiento y comprobante de residencia (ver más abajo *).

* Los propietarios deben presentar una factura original de impuestos a la propiedad/escuela, declaración de hipoteca, o póliza de seguro de propietarios de vivienda, MÁS dos de las siguientes facturas originales recientes: Factura de gas/electricidad, factura del petróleo, factura telefónica, factura de cable/satélite.

* Los inquilinos deben presentar el documento original de arrendamiento o Declaración Jurada notariada (de la escuela) MÁS dos de las siguientes facturas originales recientes: Factura de gas/electricidad, factura del petróleo, factura telefónica, factura de cable/satélite.

Apellido: _____ Primer nombre: _____ Segundo nombre: _____ Sexo: _____

Domicilio: _____

Teléfono del hogar: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar: _____

Escuela previa: _____ Grado _____ Domicilio de la escuela: _____

*****Para ciertos programas federales y estatales, el distrito debe informar la etnicidad y la raza del/la alumno/a. Por favor marque la designación apropiada para su hijo/a.

¿Cuál es el origen étnico del/la alumno/a? hispano o latino no es hispano o latino

¿Cuál es la raza del alumno/a? (marque todos que corresponden)

afro-americana o negra asiática indígena hawaiana o isleña del Pacífico indígena norteamericana o indígena de Alaska blanca

II. INFORMACIÓN DE CONTACTO

Por favor llene esta sección completamente. Usted debe incluir la información de tres contactos. Para contactos adicionales utilice una página en blanco.

	PADRE/MADRE/TUTOR	OTROS PADRE/MADRE/TUTOR	CONTACTO DE EMERGENCIA (QUE NO SEAN LOS PADRES)
Nombre completo del contacto			
Relación con el/la alumno/a			
¿Vive con el/la alumno/a? (Marque con un círculo)	Sí / No Si no, escriba la dirección aquí. _____ _____	Sí / No Si no, escriba la dirección aquí. _____ _____	Favor de escribir la dirección aquí. _____ _____ _____
Teléfono del hogar:	()	()	()
Teléfono del trabajo	()	()	()
Celular	()	()	()
Dirección de correo electrónico			Esta información no es necesaria
Empleadores			Esta información no es necesaria
Idioma principal si no es inglés			

En caso de divorcio, separación o tutela por favor proporcionar documentos sobre custodia del/los niño(s).

Problemas de custodia: s/n

III. INFORMACIÓN DE LOS HERMANOS

Llene esta sección sólo si corresponde.

NOMBRE COMPLETO DEL HERMANO/A	FECHA DE NACIMIENTO	ESCUELA A LA QUE CONCORRE	GRADO

La información dada es verdadera según mi leal saber y entender

Firma del padre/madre/tutor

Fecha



Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594
Brooklyn, New York 11217
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB
Albany, New York 12234
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

Cuestionario de Idioma del Hogar (Home Language Questionnaire - HLQ)

*Estimados padres o persona en relación parental:
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura de él o ella, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas.
Gracias.*

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino
		<input type="checkbox"/> Femenino
INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

HOME LANGUAGE CODE

Conocimientos de idiomas (Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)			
1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Padre 1	<input type="checkbox"/> Padre 2	_____ <i>especifique</i> _____ <i>especifique</i>
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)		_____ <i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe escribir

THIS SECTION TO BE COMPLETED BY DISTRICT IN WHICH STUDENT IS REGISTERED:	
SCHOOL DISTRICT INFORMATION:	STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:
District Name (Number) & School _____ Address _____	

Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela _____

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.
 Sí* No No se sabe
 * En caso afirmativo, por favor explique: _____

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? Poca gravedad Algo grave Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? No Sí* *Por favor, llene 10b.

10b. *Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?
 No Sí - Explique, que forma o formas de educación especial recibió: _____

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):
 De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) 3 a 5 años (Educación Especial) 6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program - IEP)? No Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)? (Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? _____

_____ Mes: _____ Día: _____ Año: _____
 Firma de un padre o de la persona en relación paternal Fecha

Relación con el estudiante: Padre Otra: _____

OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ

NAME: _____ POSITION: _____

IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW

NAME: _____ POSITION: _____

ORAL INTERVIEW NECESSARY: No Yes

**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ MO DAY YR	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
---	--

NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

NAME: _____ POSITION: _____

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:
 ENTERING EMERGING TRANSITIONING EXPANDING COMMANDING
 MO DAY YR

FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:

**PUTNAM VALLEY CENTRAL SCHOOL DISTRICT
HEALTH CERTIFICATE / APPRAISAL FORM**

Name: _____ Date of Birth: _____
 School: _____ Gender: M F Grade: _____

IMMUNIZATIONS / HEALTH HISTORY

Immunization record attached
 No immunizations given today
 Immunizations given since last Health Appraisal:

Sickle Cell Screen: Positive Negative Not done Date: _____
 PPD: Positive Negative Not done Date: _____
 Elevated Lead: Yes No Not done Date: _____
 Dental Referral Yes No Not done Date: _____

Significant Medical/Surgical History: See attached _____

Allergies: LIFE THREATENING Food: _____ Insect: _____ Other: _____
 Seasonal Medication: _____

PHYSICAL EXAM

Height: _____ Weight: _____ Blood Pressure: _____ Date of Exam: _____

Referral

Body Mass Index: _____	Vision - without glasses/contact lenses	R	L	
Weight Status Category (BMI Percentile):	Vision - with glasses/contact lenses	R	L	
<input type="checkbox"/> less than 5 th <input type="checkbox"/> 5 th through 49 th <input type="checkbox"/> 50 th through 84 th	Vision - Near Point	R	L	
<input type="checkbox"/> 85 th through 94 th <input type="checkbox"/> 95 th through 98 th <input type="checkbox"/> 99 th and higher	Hearing <input type="checkbox"/> Pass 20 db sc both ears or:	R	L	

EXAM ENTIRELY NORMAL Tanner: I. II. III. IV. V. Scoliosis: Negative Positive: _____

Specify any abnormality (use reverse of form if needed): _____

MEDICATIONS

Medications (list all): None Additional medications listed on reverse of form

Name: _____ Dosage/Time: _____

Name: _____ Dosage/Time: _____

If AM dose is missed at home: _____

I assess this student to be self-directed Yes No Student may self carry and self administer medication Yes No

Note: Nurse will also assess self-direction for the school setting. Please advise parent to send in additional medication in the event that emergency sheltering is necessary at school or if the morning medication has not been given.

PHYSICAL EDUCATION / SPORTS / PLAYGROUND / WORK QUALIFICATION / CSE CONSIDERATION

Free from contagions & physically qualified for all physical education, sports, playground, work & school activities OR only as checked:

___ Limited contact: cheerlead, gymnastics, ski, volleyball, cross-country, handball, fence, baseball, floor hockey, softball.

___ Non-contact: badminton, bowl, golf, swim, table tennis, tennis, archery, riflery, weight train, crew, dance, track, run, walk, rope jump.

Specify medical accommodations needed for school: _____ None

Known or suspected disability: _____ Please monitor

Restrictions: _____ Please monitor

Protective equipment required: Athletic Cup Sport goggles/impact resistant eyewear Other: _____

OPTIONAL INFORMATION, if known

Specify current diseases: Asthma Diabetes: Type 1 Type 2 Hyperlipidemia Hypertension
 Other: _____

Provider's Signature: _____ Phone: _____ (Stamp below)

Provider's Name/Address: _____ Fax: _____

Parent Signature: _____ Date: _____

Actualización de salud

NOMBRE DEL/LA ESTUDIANTE _____ GRADO _____ FECHA DE NACIMIENTO _____

* PARA SER LLENADO POR EL/LA PADRE, MADRE O TUTOR: POR FAVOR PROVEA LA INFORMACIÓN SIGUIENTE Y LAS FECHAS APROXIMADAS. SI ES NECESARIO USE PÁGINAS ADICIONALES.

	NO	SÍ	FECHAS	DESCRIPCIÓN
ALERGIAS				
ALERGIAS A: ALIMENTOS				
ALERGIAS A: MEDICAMENTO				
ALERGIAS A: LAS PICADURAS DE INSECTOS				
ALERGIAS: AMBIENTALES (FIEBRE DE HENO)				
ALERGIAS: OTRAS				
ASMA				
¿USO RECETADO DE EPI-PEN O INHALADOR?				
ASPECTOS INTERNOS				
LESIÓN/PROBLEMA DE RIÑÓN O DE VEJIGA				
LESIÓN DEL BAZO				
ÚLCERA DE ESTÓMAGO				
PROBLEMAS TESTICULARES				
DESMAYO				
EPISODIOS DE DESMAYO				
DESMAYOS AL HACER EJERCICIO				
PÉRDIDA DE CONCIENCIA POR GOLPE EN LA CABEZA				
PÉRDIDA DE LA MEMORIA POR GOLPE EN LA CABEZA				
CONVULSIONES				
CARDIOVASCULAR				
SOPLO CARDÍACO				
DOLOR EN EL PECHO				
PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA				
OTRO PROBLEMA DEL CORAZÓN				
MÚSCULO-ESQUELÉTICO				
DOLOR O LESIÓN DE CUELLO/ESPALDA/COLUMNA				
FRACTURAS/LUXACIONES				
ESGUINCE DE ARTICULACIÓN/DESGARRE DE LIGAMEN				
LESIONES/DOLOR DE RODILLA				
SOPORTE ORTOPÉDICO PARA GIMNASIO/DEPORTES				
TIRONES MUSCULARES				
VISIÓN				
PROBLEMAS DE OJO/PÉRDIDA DE VISIÓN				
PÉRDIDA IRREVERSIBLE DE LA VISIÓN EN UN OJO				
USA ANTEOJOS/LENTE DE CONTACTO				
OTROS PROBLEMAS DEL OJO/VISIÓN				
AUDICIÓN				
PROBLEMAS DE OÍDO/PÉRDIDA AUDITIVA				
PÉRDIDA DE LA AUDICIÓN EN UNO O AMBOS OÍDOS				
USA UN DISPOSITIVO AUDITIVO PARA ESCUCHAR				
ORAL				
USA APARATOS DE ORTODONCIA				
TIENE CORONAS EN LOS DIENTES				

Actualización de salud

	NO	SÍ	FECHA	DESCRIPCIÓN
ENFERMEDADES				
MONONUCLEOSIS				
DIABETES				
VARICELA				
FIEBRE REUMÁTICA				
OTRAS ENFERMEDADES				
OTRAS				
DOLORES DE CABEZA/MIGRAÑAS				
HEMORRAGIAS NAALES (FRECUENTES O GRAVES)				
PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO DESDE EL AÑO PASADO				
ENFERMO POR 5 DÍAS CONSECUTIVOS O MÁS				
MUERTE REPENTINA DE FAMILIAR ANTES DE LOS 50 AÑOS				
ACTUAL				
MEDICACIONES QUE TOMA (ESPECIFICAR)				
TODA LESIÓN IMPORTANTE DESDE EL AÑO PASADO				
¿ESTÁ AHORA BAJO CUIDADO MÉDICO?				

¿TIENE SU HIJO/A UN MÉDICO DE CABECERA? MÉDICO: TELÉFONO:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	DOMICILIO DEL MÉDICO:
¿TIENE SEGURO DE SALUD?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	EMPRESA ASEGURADORA:
DOY MI AUTORIZACIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE EMERGENCIA MÉDICA QUE EL PERSONAL MÉDICO DESIGNADO POR LAS AUTORIDADES DE LA ESCUELA CONSIDERE NECESARIOS.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LIMITACIONES (SI EXISTEN):
	SÍ	NO	
DOY PERMISO PARA QUE LA DOLENCIA DE MI HIJO/A SEA COMPARTIDA CON EL PERSONAL, CUANDO SEA NECESARIO, EN CASO DE UNA EMERGENCIA MÉDICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	LIMITACIONES (SI EXISTEN):
	SÍ	NO	

CONTACTO DE EMERGENCIA: SI EL PADRE, MADRE O TUTOR NO ESTÁ DISPONIBLE COMUNICARSE CON:	
CONTACTO #1:	Nº DE TELÉFONO:
CONTACTO #2:	Nº DE TELÉFONO:

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR

Nº DE TELÉFONO

NOMBRE EN IMPRENTA

Nº DE TELÉFONO ALTERNATIVO

PUTNAM VALLEY CENTRAL SCHOOL DISTRICT
171 Oscawana Lake Road
Putnam Valley, NY 10579

Admisión a la escuela/Declaración de la residencia legal

Declaración Jurada del padre, madre o tutor:

(NOTA: La Declaración Jurada se debe renovar cada vez que haya un cambio de domicilio.)

1. Yo resido (**marque con un círculo**) temporariamente/permanentemente en _____, que es mi residencia legal y se encuentra en el Distrito Escolar Central de Putnam Valley.
2. Soy el (**marque con un círculo**) padre/madre/tutor de (nombre completo del niño/a **en imprenta por favor**) _____ y resido (**marque con un círculo**) temporariamente/permanentemente en la dirección mencionada en el párrafo uno anterior.
3. Si debo cambiar de residencia notificaré inmediatamente al Distrito Escolar Central de Putnam Valley.
4. Entiendo que un/a alumno/a admitido/a en base a información falsificada está inscrito ilegalmente y será expulsado/a del Distrito Escolar Central de Putnam Valley. Además, el Distrito se reserva el derecho a solicitar el reembolso de los gastos por la educación de alumnos aceptados en las escuelas del Distrito en base a información falsificada.
5. Entiendo que las reglamentaciones del Distrito Escolar Central de Putnam Valley sólo consideran como estudiante residente a quien reside con su(s) padre/madre o tutor dentro del Distrito Escolar Central de Putnam Valley.

Certificación de residencia del propietario/arrendador:

Certifico que soy el (**marque con un círculo**) propietario/arrendador del sitio identificado en el párrafo uno antes de la declaración jurada de los padres/tutor y que los susodichos padre/tutor y niño/a (**marque uno**) temporalmente / permanentemente residen en esa dirección. Entiendo que estoy obligado a informar al Distrito Escolar Central de Putnam Valley todo cambio de residencia del/la niño/a o padre/madre/tutor. (Si se dispone de un contrato de arrendamiento, adjuntar copia)

Fecha _____ Domicilio: _____

Número de departamento: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono: del hogar: _____ del trabajo: _____ Celular: _____

Nombre (en imprenta): _____ Firma: _____

BAJO PENA DE LEY CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN DADA ARRIBA ES VERDADERA Y CORRECTA.

<p>FAVOR DE NOTARIZAR Jurado y suscrito ante mí este ____ día de _____, 20__.</p> <p>Notario Público: _____</p>	<p>Nombre del padre, madre o tutor (En imprenta): _____</p> <p>Firma del/la Padre/Madre/Tutor: _____</p> <hr/> <p>Firma del Director/Persona designada: _____</p>
--	---

Nota: La información anterior está sujeta a verificación a través de la investigación.

PUTNAM VALLEY CENTRAL SCHOOL DISTRICT
171 Oscawana Lake Road
Putnam Valley, NY 10579

Declaración jurada de propietario/arrendador

ESTADO DE NUEVA YORK
(CONDADO DE PUTNAM)

_____ bajo juramento depone y dice, soy el dueño y
(Nombre del propietario/arrendador de la propiedad)
arrendador del edificio designado y señalado como _____,
(Domicilio)

Nueva York. Este local constituye una residencia que es (vivienda múltiple, única vivienda).

_____ es un arrendatario que ocupa este edificio; ocupando el mismo
(Nombre del padre o tutor)
con un acuerdo de alquiler (escrito) (oral) que comienza en el día ___ del mes de _____ 20__.

_____ ocupa dicha residencia con _____ quien es un
(Nombre del/la alumno/a)
menor de edad y prevé asistir a la escuela en Putnam Valley. ¿Se incluyen servicios públicos en el alquiler? ___ (si/no)

Esta declaración jurada se hace con el fin de inducir al distrito escolar de Putnam Valley Central a aceptar a
_____ en el Distrito en base a la residencia declarada en la presente.
(Nombre del/la alumno)

Certifico que la información otorgada en este formulario es verdadera y correcta y que las declaraciones hechas en este documento se hacen conforme a las penalidades de perjurio, sabiendo que el distrito escolar central de Putnam Valley confiará en ellas para determinar si el mencionado niño/a(s) será admitido a su sistema escolar. Entiendo que en caso de que la información contenida en esta declaración jurada se determine inexacta o falsa, en todo o en parte, el distrito puede iniciar procedimientos judiciales contra mí personalmente para recobrar los costos de la educación de tal(es) niño(s) o buscar acción penal en mi contra por falsificación de registros de negocios o presentación de un instrumento falso.¹

Firma del dueño/arrendador de la propiedad

Jurada ante mí este día _____
de _____, 20_____

Notario público

NOTA: EL DISTRITO SE RESERVA EL DERECHO DE PONERSE EN CONTACTO CON LA MUNICIPALIDAD CORRESPONDIENTE PARA VERIFICAR QUE EL USO DE LOS EDIFICIOS ES DE CONFORMIDAD A LOS CÓDIGOS Y LAS LEYES LOCALES. ¹Ley Penal §175.05 (segundo grado de falsificación de registros comerciales) - delito menor clase A. Ley Penal §175.20 (alteración de segundo grado de los documentos públicos) - delito menor clase A. Ley Penal §175.25 (alteración de primer grado de los documentos públicos)-delito de clase D. Ley Penal §175.30 (Presentar un instrumento falso de segundo grado) - delito menor clase A. Ley Penal §175.35 (Presentar un instrumento falso de primer grado)-delito de clase E.