



**OFFICE OF STUDENT EQUITY  
AND PLACEMENT**

Rochester City School District

Complete los formularios de este paquete usando Adobe Reader en su computadora o teléfono inteligente. Puede descargar la aplicación aquí:



Devuelva estos formularios por correo electrónico  
a [studentregistration@rcsdk12.org](mailto:studentregistration@rcsdk12.org)

¿Necesita ayuda para completar los formularios?

Llame a nuestras oficinas al (585) 262-8241

Horario: lunes a viernes

8:00 a.m. - 4:30 p.m.

## **POR FAVOR TENGA EN CUENTA QUE:**

Las familias deben enviar con su solicitud escaneos y / o fotografías de su identificación válida con foto, certificado de nacimiento del niño y prueba de residencia por correo electrónico a [studentregistration@rcsdk12.org](mailto:studentregistration@rcsdk12.org).

También se solicitan los registros de vacunación y el examen físico más reciente del niño. Ambos documentos se deben presentar, pero no se requiere para completar el registro.

Algunos formularios deberán firmarse en persona en la Oficina de Ubicación de Estudiantes. Los padres y / o encargados serán contactados por personal de ubicación para una cita de seguimiento.

Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester  
Formulario de Matricula

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial: \_\_\_\_\_

Masculino  Femenino  Fecha de Nacimiento / / Grado al que entra" ¿Repitiendo?

**Necesita/recibe el estudiante servicios de educación especial? Si  No  Lista de Servicio(s)**

¿Tiene el estudiante un plan de 504?  Si  No ¿Está usted en servicio activo en las fuerzas?  Si  No

Categoría étnica federal:  Hispanos o latinos  No Latino/Hispano

Raza federal:  American Indian or Alaska Native  Black or African American  White  
 Native Hawaiian/ or Other Pacific Islander  Asian

**INFORMACIÓN DE ADULTO**

	PADRES/ENCARGADO LEGAL	ADULTO #2
Nombre		
Parentesco		
Dirección/Código postal		
Teléfono del Hogar		
Teléfono del Trabajo		
Pager/Teléfono Celular		
Correo electrónico		

**Dirección anterior si está dentro de NYS:** \_\_\_\_\_

Seleccione el modelo de aprendizaje:  Virtual  Híbrida

(Para el modelo híbrido, la ubicación escolar puede depender de la disponibilidad.)

**INFORMACIÓN DE HERMANOS**

Nombre de hermana(s) hermano(s)	Años	Nombre de hermana(s) hermano(s)	Años

*La Ley de Estado requiere que se complete un Cuestionario de Idioma en el Hogar para todos los que entran nuevos a las escuelas publicas de Rochester. Recuerde seguir las instrucciones del Cuestionario Idioma en le Hogar (formulario separado) relacionado con referir estudiantes al Centro de Ubicación del Idioma.*

Firma de Padre/Encargado \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY			
Student I.D. # _____	Start Date _____	Cohort Year _____	<input type="checkbox"/> Transportation (1)
School Assigned _____	Grade Level _____		<input type="checkbox"/> Close to home (2)
Pre-K Only: AM Sessions _____	PM Session _____	Full Day _____	<input type="checkbox"/> Location (3)
<input type="checkbox"/> Transfer within District from			<input type="checkbox"/> Sibling (4)
<input type="checkbox"/> Entering from non-public school			<input type="checkbox"/> Sped Prgm. Avail. (5)
<input type="checkbox"/> Entering from out of District			<input type="checkbox"/> Academic Prgm. (6)
<input type="checkbox"/> Home School/Other, specify			<input type="checkbox"/> No Option (7)
Registration completed by _____	Zone _____	Date _____	

Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester  
CUESTIONARIO DE VIVIENDA

A TENCION ESCUELAS Y DISTRITOS: Ofrezca asistencia a los estudiantes y familias para completar este formulario. Este formulario deberfa de ser incluido como la primera pagina de los materiales de inscripci6n que el distrito comparte con familias. No incluya este formulario en el paquete de inscripci6n sin advertencias apropiadas. Por ejemplo, tendra que cambiar partes del paq

Nombre del Distrito Escolar: Rochester City School District

Nombre de la Escuela: \_\_\_\_\_

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Apellido

Primer Nombre

Segundo Nombre

Género: Hombre  Mujer  Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ ID#: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección Address: \_\_\_\_\_

**Su respuesta abajo permitira al distrito escolar definir los senicios que puede aprovechar su hijo/hija segun el Acto de McKinney-Vento. Los estudiantes elegibles tienen derecho a la inscripci6n inmediata en la escuela, aun si ellos no tienen los documentos necesarios tales como: prueba de residencia, documentos escolares, documentos de inmunizaci6n, o partida de nacimiento. Los estudiantes elegibles segun el Acto de McKinney-Vento tienen ademas derecho al transporte gratuito y otros senicios que ofrece el distrito escolar.**

¿Donde esta el estudiante viviendo actualmente? (Por favor marque una caja.)

- En un refugio
- Con otra familia o otra persona debido a la perdida del hogar o a dificultades econ6micas
- En un hotel/motel
- En un carro, parque, autobus, tren, o camping
- Otra vivienda temporal (Por favor describa): \_\_\_\_\_
- En un hogar permanente
- Jovenes no Acompafiados

\_\_\_\_\_  
Nombre de Padre, Guardian, o Estudiante (para jóvenes sin acompafiamiento)

\_\_\_\_\_  
Firma de Padre, Guardian, o Estudiante (para jóvenes sin acompafiamiento)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de Empleado Que Ayudo con Esta Forma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si CUALQUIER caja que no sea "En un hogar permanente" esta marcada, no se requieren prueba de domicilio u otros documentos normalmente requeridos para inscripci6n y el estudiante debe ser matriculado inmediatamente. Despues de que el estudiante sea matriculado, el distrito o la escuela debe pedir los documentos escolares, incluyendo los documentos de inmunizaci6n, al distrito o la escuela anterior. El enlace del distrito debe ayudar al estudiante conseguir cualquier otro documento necesario o inmunizaci6n.

ATENCIÓN ESCUELAS Y DISTRITOS: Si el estudiante NO vive en un hogar permanente, favor de asegurarse que una Formulario de Designaci6n sea completado.



Lissette Colon-Collins, Assistant Commissioner  
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 ("HLQ" por sus siglas en inglés)

**Estimados padres o tutores:**  
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, 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.

**Por favor escriba con claridad al completar esta sección.**

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

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

### 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"/> Madre	_____	<input type="checkbox"/> Padre	_____
	<input type="checkbox"/> Tutor(es)	_____		_____
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	_____	<input type="checkbox"/> No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____	<input type="checkbox"/> No sabe escribir

### TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

<b>SCHOOL DISTRICT INFORMATION:</b>	<b>STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:</b>
District Name (Number) & School	
Address	

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

## Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

### 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.

Si\*  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 ("IEP" por sus siglas en inglés)?  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 del padre/madre o de la persona en relación paternal*

*Date*

Relación con el estudiante:  Madre  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:

ADMINISTER NYSITELL  
 ENGLISH PROFICIENT  
 REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM

### NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL

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

DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:

MO.          DAY          YR.

PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:

ENTERING     EMERGING     TRANSITIONING     EXPANDING     COMMANDING

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

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE ROCHESTER  
FORMULARIO DE ENTREGA DE ESTUDIANTE

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Madre/Encargada: \_\_\_\_\_ Teléfono #'s: \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente a la de arriba: \_\_\_\_\_

Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Teléfono #'s: \_\_\_\_\_

Dirección si es diferente a la de arriba: \_\_\_\_\_

Otros niños en esta escuela (nombre y apellidos): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN EN CASO DE EMERGENCIA**

**En caso de enfermedad o lesión, la escuela se comunicará con las siguientes personas para que provean cuidado y transportación:**

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono #'s \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_ Teléfono #'s \_\_\_\_\_

Médico del estudiante \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono #'s \_\_\_\_\_

Dentista del estudiantne \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono #'s \_\_\_\_\_

Hospital/Clinica preferida \_\_\_\_\_  
Teléfono #'s \_\_\_\_\_

Proveedor de seguro medico del estudiante \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE ENTREGA DEL ESTUDIANTE**

Para asegurar el bienestar de su niño/niña, favor de escribir los nombres de adultos responsables que puedan recoger a su hijo/hija en caso que sea necesario en la oficina de la escuela.

Nombre	Parentesco	Teléfono #'s

Firma del Padre/Encargado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE ROCHESTER**  
**AUTORIZACION PARA EL USO O REVELACION DE INFORMACION DE SALUD (HIPAA)**

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nae: \_\_\_\_\_

Proveedor de Cuidado de Salud: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Proveedor de Cuidado de Salud: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

Clínicas del Departamento de Salud del Condado de Monroe:

Prueba de plomo  Clínica de TB  Clínica de inmunización  Otro \_\_\_\_\_

Par este media autorizo a mi medico(s)/al medico de mi hijo(a) anotado(s) arriba a intercambiar la siguiente información con el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, incluyendo:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Todo                     | <input type="checkbox"/> Inmunizaciones para cumplir con las regulaciones del ENY                                  |
| <input type="checkbox"/> O especifique:           | <input type="checkbox"/> Exámenes físicos para cumplir con las regulaciones y requisitos deportivos del ENY        |
| <input type="checkbox"/> Enfermera Escolar        | <input type="checkbox"/> Autorización para medicaciones durante el día escolar o durante excursiones escolares     |
| <input type="checkbox"/> Oficial médico           | <input type="checkbox"/> Autorizaciones medicas segun se necesiten despues de una lesion o cambio en una condición |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta Físico         | <input type="checkbox"/> Órdenes medicas requeridas para necesidades de terapia, evaluaciones                      |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional    | <input type="checkbox"/> Referido medico para servicios (OT, PT)   |
| <input type="checkbox"/> Terapeuta del Habla      | <input type="checkbox"/> Planes de condición/tratamiento medico que pueda tener un impacto en la atmósfera escolar |
| <input type="checkbox"/> Audiólogo                | <input type="checkbox"/> Otro _____  |
| <input type="checkbox"/> Departamento de la vista |  |
| <input type="checkbox"/> Educación Especial       |  |
| <input type="checkbox"/> Otro _____               |  |

Esta información sera usada para proveer una atmósfera segura y saludable y para desarrollar un programa apropiado para este estudiante en la escuela. La matrícula a no depende de firmar esta autorización, sin embargo, para poder planificar el programa mas apropiado para este estudiante, se pudiera requerir de esta información. Las vacunas específicas por regulaciones del ENY SON requeridas para matricularse. Los resultados positivos sobre la prueba de plomo son compartidos entre las servicios de salud y el equipo de educación necesitan saberlo para desarrollar una programación adecuada para abordar cualquier problema asociado con altos niveles de plomo.

Esta autorización expira el ultimo día de la matrícula del estudiante mencionado arriba en el Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester, y puede ser revocada en cualquier momento enviando una petición escrita y firmada para cancelar este permiso a la dirección mencionada arriba. Dicha revocación no afectara ninguna revelación hecha antes de que esto sea recibido por el Distrito. La información de salud protegida no sera revelada sin el consentimiento del Acta de Derechos y Privacidad Educativa de la Familia (20 U.S.C. § 1232g) e implementando las regulaciones (34.C.R.F. § 99). Se me ha provisto con una copia de esta autorización. Entiendo que esta sera enviada a los proveedores apropiados cuando se haga una petición, y estoy de acuerdo en que los proveedores anotados arriba revelen la información al Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester.

\_\_\_\_\_  
(Firma del estudiante mayor de 18 o par las Padres/Encargados)\*\*

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\*\*Si el estudiante es menor de 18 años de edad, las padres o encargados tienen que firmar el formulario de consentimiento. Si otro representante es el que esta firmando, indique la autoridad que tiene para firmar en nombre del estudiante:

\_\_\_\_\_. \*\*Si el estudiante es mayor de 18 años de edad y es un estudiante con una discapacidad segun esta definida par el Acta de Educación para Individuos con Discapacidades y la información solicitada tiene que ver con ello, entonces las padres/encargados tambien tiene que firmar el formulario de consentimiento.

**Devuelva el formulario completado a la ENFERMERA en la escuela a la que asiste este niño.**

DISTRITO ESCOLAR DE LA CIUDAD DE ROCHESTER  
Información sobre Servicios de Salud del Estudiante

PARA SER COMPLETADO POR PADRE O ENCARGADO

Mi hijo tiene una de las siguientes afecciones potencialmente mortales y necesitará un plan de atención de emergencia completado por la enfermera de la escuela y por mí mismo con la guía escrita de nuestro médico privado. Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar órdenes a los médicos y cualquier medicamento recetado para salvar vidas a la enfermera de la escuela. Entiendo que si mi hijo necesita llevar medicamentos que salvan vidas, debo recibir aprobación administrativa previa y debo proporcionar una segunda dosis en la oficina de salud de la escuela en caso de que mi hijo extravíe el medicamento que salva vidas.

Nombre legal del estudiante \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Grado/HR \_\_\_\_\_ Male  Female   
Sexo

Nombre del médico \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo(a) seguro médico?: Si  No

Aseguradora: \_\_\_\_\_

¿Usa gafas su hijo?: Si  No

¿Tiene su hijo algún problema de audición?: Si  No

En caso afirmativo explicar: \_\_\_\_\_

PARA SER COMPLETADO POR LOS PADRES O ENCARGADOS

Mi hijo(a) tiene una de las siguientes condiciones que ponen en peligro la vida y va a necesitar un plan de atención de emergencia completado por la enfermera de la escuela y por mí con la orientación escrita de nuestro médico privado. Entiendo que es mi responsabilidad entregar a la enfermera de la escuela las órdenes del médico y cualquier medicamento recetado para salvar vidas. Entiendo que si mi hijo(a) necesita llevar medicamentos que salvan vidas, yo debo recibir aprobación administrativa previa y debo suministrar una segunda dosis a la oficina de salud de la escuela en caso de que mi hijo(a) extravíe el medicamento para salvar vidas.

Favor Especificar:

Alergia que puede ser mortal:  Comida  Insecto  Medicina \_\_\_\_\_

Asma \_\_\_\_\_

Diabetes \_\_\_\_\_

Convulsiones \_\_\_\_\_

Graves problemas para tragar o asfisia \_\_\_\_\_

Enfermedad cardíaca significativa \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_



Centro de Apoyo para el Estudiante y la Familia -formulario de Matricula y Consentimiento

Apreciado Padres/Encargados:

El Distrito Escolar de la Ciudad de Rochester se complace en presentar a ustedes los servicios de los Centros de Apoyo al Estudiante y a la Familia localizados en muchas de nuestras escuelas. El propósito de los Centros de Apoyo del Estudiante y la Familia es proveer una amplia gama de servicios y oportunidades para ayudar a los estudiantes y para asegurar que ellos están preparados social y emocionalmente para lograr sus metas académicas, personales y de carrera. Los servicios incluyen apoyo académico, oportunidades después de clases, respuesta inmediata de consejería durante los tiempos de crisis, apoyo individual y de grupo, y ayuda los estudiantes la necesiten para sobrepasar los problemas para poder triunfar en la escuela y en la vida.

Una vez este matriculado, su hijo/hija podrá tener acceso a los servicios de Centro de Apoyo al Estudiante y a la Familia durante su tiempo libre en la escuela cuando no estén teniendo clases. En caso de una emergencia los estudiantes pueden tener acceso a los servicios inmediatamente en cualquier momento durante el día escolar.

Se necesita su permiso para matricular a su hijo(a) en el Centro de Apoyo al Estudiante y a la Familia para que el/ella pueda tener acceso a los servicios en caso que surja una necesidad. También se necesita su consentimiento para que la escuelas pueda proveer información sobre la asistencia y el informe de notas relacionado con sus hijo(a) para las agencias que son nuestros socios. A cambio, esas agencias proveerán a la escuela con información acerca del tipo de servicios provistos y la frecuencia y duración de esos servicios. Esto permitirá que las escuelas y las agencias socios provean el mejor servicio y apoyo para asegurar el éxito de su hijo(a) en las escuela. Favor de completar AMBOS lados de este formulario y de devolverlo al Centro de Apoyo al Estudiante y a la Familia en la escuela de su hijo(a).

Doy permiso para que \_\_\_\_\_  
(Nombre de Estudiante) (Fecha de Nacimiento)

para inscribirse y acceder a los servicios del centro de apoyo para estudiantes y familias en

\_\_\_\_\_  
(Nombre de la Escuela)

También doy mi consentimiento a la escuela para intercambiar información del record de educación de mi hijo(a) con las agencias socios, según se necesite para proveer los servicios. Si hay alguna agencia que usted NO quiere que trabaje con su hijo(a), favor de TACHAR el nombre de las agencia al dorso de este formulario.

Este permiso permanecerá en efecto hasta que el estudiante ya no este matriculado en el Distrito Escolar de la Cuidad de Rochester o hasta que los padres/encargado retiren el permiso (por escrito). Además entiendo que a menos que yo provea un permiso adicional por escrito, la escuela, el Centro de Apoyo para el Estudiante y la familia y sus socios de las agencias no pueden ofrecer esta información a terceros.

\_\_\_\_\_  
(Firma de Padres/Encargados)

\_\_\_\_\_  
(Relación con el Estudiante)

\_\_\_\_\_  
(Nombre de Padres/Encargado y Dirección en Letra de Molde)

\_\_\_\_\_  
(Teléfono)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Todas las agencias mencionadas pueden no estar disponibles en todas las escuelas.

Si hay alguna agencia a la que NO le da permiso, marque la casilla junto a esa agencia

- Association for the Blind & Vision Impaired - Vision care
- Action for Better Community - Drug/Alcohol Counseling Prevention
- Alternatives for Battered Women - Dating/ Domestic Violence Prevention
- American Lung Association - Smoking cessation
- American Red Cross - Youth Leadership Program
- Baden Street Settlement - Career, Vocational Academic Services
- Better Days Ahead - Parent Support group - Parent support group under auspices of Mental Health Association
- Boys & Girls Club - Youth Development and Family Support
- Boy Scouts - Explorer Programs
- Catholic Family Center
  - Career, vocational services, job placement
  - Counseling & Referral Linkages to requested services
  - After School Youth Development
- Center for Dispute Settlement
  - Mediation
  - Problem Solving Skills training
- Center for Youth - Alternatives to Suspension
- Counseling & Referral linkages to requested services
- Emergency Housing & Referral
- Charles Settlement House - Youth Development Activities
- Children's Institute
  - Primary Project K - Grade 3 School Adjustment Support
- City Recreation/Rochester After School Alliance
  - After School Youth Development Activities
- Community Place of Greater Rochester/Threshold
  - Youth Development & Prevention Workshops
  - Counseling, Referral linkages to requested services
  - Health services
- Compeer - Mentoring
- Conifer Park - Substance abuse services
- Continuing Developmental Services - Counseling & Referral linkages to requested services
- Crestwood Children's Center - Counseling and support
- Delphi rug & Alcohol Council
  - Drug & Alcohol Prevention Workshops
  - Assessments, intervention, and counseling services
- Eastman Dental Clinic - Primary preventive dental care
- Educational Talent Search (MCC)
  - Career, vocational, academic services
- Epilepsy Foundation - School to Work Program
- Evelyn Brandon Health Center - Mental health support services
- FACT Family Access & Connection Team - Monroe County
  - Counseling & Referral linkages to requested services
- Finger Lakes Developmental Disabilities Services Org.
  - Counseling & Referral linkages to requested services
- Gay Alliances - Counseling & Referral
- Genesee Mental Health Center - Health/mental health services
- Girl Scouts - Scouting
  - Peer Mediation Training
- Hillside Children's Center - Emergency Housing Services
  - Assessments, Counseling & Referral to requested services
  - Preventative services counseling, family support
  - Alternatives for Independent Youth
  - Alternatives to Suspension
- Hillside Work Scholarship (HW-SC)
  - Academic & vocational mentoring
- Huther Doyle - Drug & Alcohol Counseling
- IBERO American Action League/PRYD
  - Mentoring & academic support
- Iglesia Educational Centers
  - Academic tutoring
- LDA Life & Learning Association - Academic services/supports
- Learning to Earn - Work readiness
- Legal Aid Society - Youth Advocacy Program
- Lifetime Assistance - Counseling & Referral to requested services
- Metro Council for Teen Potential
  - Training for healthy decision making
- Monroe County Health Department - Nurse Family Partnership
- Monroe Community College - Academic supports
  - Liberty Partnership Program
  - Upward Bound
- Nazareth College Partners Thru Learning - Tutoring (NEAD) North East Youth Development
  - Youth development activities
- Pathways to Peace - Outreach, violence prevention services
- Planned Parenthood/In Control Program
  - Young Fathers Program
  - Pregnancy Prevention workshops
- Puerto Rican Youth Development/Ibero - Academic support
  - Outreach, Counseling & Referral linkages to requested services
  - Drug prevention services
  - Mentoring
- RIT Gear Up Program - Academic services and supports
- Rochester After School Academy (RASA)
- Rochester City School District
  - Academic Achievement Mentoring
  - Assessments for social support services
- Rochester Community Mobile Crisis Team - Mental health support services and linkages to requested services
- Rochester General Hospital - Health/mental health assessments & services
- Rochester Mental Health Center - Assessments and mental health support services
- (SPCC) Society for Protection & Care of Children
  - Counseling & Referral Linkages to requested services
  - After School Youth Development Programs
- (SWAN) South West Area Neighbors
  - Youth Development Activities
  - Family counseling, support, & Referral linkages to requested services
- St. Joseph's Neighborhood Center
  - Emergency Services
  - Assessments & Mental Health services and supports
- St. Joseph's Villa
  - Counseling & Referral linkages to requested services
- Strong Behavioral Health - Outpatient services, assessments, and supports
- Successful Pathways - Counseling & Referral linkages for girls
- Teen Empowerment Program - Youth Leadership Development
- The Advocacy Center
  - Support for families and students with disability
- Unity Health - Health/mental health assessments and services
  - Stages Program - decision making group for elementary students
- U of R School of Nursing Health Center - Health/mental health assessments and services
- Urban League of Rochester - Youth Development programs
  - Counseling & Referral linkages to requested services
  - Career and employment preparation
  - Mentoring
- VESID - Vocational Preparation
- VIA Health - Assessments, Counseling & Referral linkages to requested health/mental health services
- YES (Youth Emergency Services)
  - Crisis Counseling, Mental Health Support, and Referral linkages to requested services
- YWCA - Pregnant and parenting teen support services

131 W. Broad Street  
Rochester, NY 14614  
PHONE: 585-262-8241  
FAX: 585-295-2615

# FAX

## Rochester City School District Parent Information & Student Registration Center

Previous School: \_\_\_\_\_ From: RCSD

Fax: \_\_\_\_\_ Pages: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Student: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

The above-named student wishes to register with the Rochester City School District, Rochester, NY. Please provide us with the following records as soon as possible.

\_\_\_\_\_ Date registering in the Rochester City School District \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Last Report Card

\_\_\_\_\_ Transcripts

\_\_\_\_\_ Immunization/Health Record

\_\_\_\_\_ Disciplinary Records

\_\_\_\_\_ Proof of age

\_\_\_\_\_ Current Schedule

\_\_\_\_\_ Test Scores

\_\_\_\_\_ Withdrawal grades

\_\_\_\_\_ IEP (If Applicable)

\_\_\_\_\_ Evaluation

\_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_

ACCORDING TO THE FAMILY EDUCATIONAL RIGHTS AND PRIVACY ACT BUCKLEY AMENDMENT DATED JUNE 17, 1976, IT IS NO LONGER NECESSARY TO OBTAIN WRITTEN CONSENT TO RELEASE RECORDS TO ANOTHER SCHOOL SYSTEM IN WHICH THE STUDENT MAY ENROLL.

I, \_\_\_\_\_ parent/guardian of \_\_\_\_\_

Date of Birth \_\_\_\_\_, request that you release the above information to the Rochester City School District, Parent

Information and Student Registration Center, 131 W. Broad Street, Rochester, NY 14614

Signed: \_\_\_\_\_

Dated: \_\_\_\_\_

Please fax records to:  
Parent Registration Center  
(585) 295-2615

If you are unable to fax, please notify us by phone and send the requested information to the above address.  
Thank you for your assistance.

# ESTAMOS AQUÍ PARA AYUDAR.

El personal de ubicación de estudiantes ayudará a los padres en cada paso del proceso de registro. También podemos brindar a los padres información sobre las escuelas disponibles para sus niños para ayudarles a tomar una decisión informada.

O contáctenos por teléfono:

Horario: lunes a viernes  
8:00 a.m. - 4:30 p.m.

Equidad y Ubicación de Estudiantes  
(585) 262-8241

O correo electrónico

[studentregistration@rcsdk12.org](mailto:studentregistration@rcsdk12.org)