

2009-2010 \*

<b>REQUIRED DOCUMENTATION FOR SCHOOL USE ONLY – PAR USO UNICAMENTE DE LA ESCUELA</b>		
SC Immunization Certificate _____	Medicaid Card (if applicable) _____	Birth Certificate _____
THREE PROOFS OF RESIDENCY PRESENTED – <b>ONE REQUIRED</b> – CURRENT TAX NOTICE _____, LEASE AGREEMENT _____, MORTGAGE AGREEMENT _____, NOTARIZED LETTER OF RESIDENCY _____ TWO OF THE FOLLOWING: CURRENT POWER BILL _____, CURRENT PHONE BILL _____, CURRENT WATER BILL _____, CURRENT FEDERAL TAX RETURN _____		
ENGLISH PROFICIENT _____ PRIMARY HOME LANGUAGE _____		
BUS RIDER _____ CAR RIDER _____		

THIS INFORMATION IS VERY IMPORTANT IN ORDER TO PROVIDE A SAFE EDUCATIONAL ENVIRONMENT FOR YOUR CHILD. THIS INFORMATION IS KEPT CONFIDENTIAL AND WILL ONLY BE RELEASED IN CASE OF AN EMERGENCY IN THE ABSENCE OF A GUARDIAN. IT IS VERY IMPORTANT TO UPDATE THIS INFORMATION EVERY SCHOOL YEAR OR WHEN CHANGES OCCUR. (i.e. – phone numbers, address, etc.)

ESTA INFORMACION ES MUY IMPORTANTE PARA PROVEER UN AMBIENTE EDUCACIONAL SEGURO PARA SU HIJO, ESTA INFORMACION ES CONFIDENCIAL Y SERA USADA EN CASO DE EMERGENCIA O EN CASO DE LA AUSENCIA DEL GUARDIAN. ES MUY IMPORTANTE ACTUALIZAR ESTA INFORMACION O CUANDO HAYAN CAMBIOS. (i.e. – números telefónicos, direcciones, etc.)

**STUDENT INFORMATION / INFORMACION DEL ESTUDIANTE**

**\*Please print as shown on Birth Certificate**

**Escriba como aparece en el certificado de nacimiento**

Last Name \_\_\_\_\_ First Name \_\_\_\_\_ Middle Name \_\_\_\_\_  
Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_

Name called \_\_\_\_\_ Grade \_\_\_\_\_ Sex: \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_\_ Female \_\_\_\_\_ Birth Place \_\_\_\_\_  
Apodo \_\_\_\_\_ Grado \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_ Sitio do nacimiento \_\_\_\_\_

Mailing Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ County you reside in \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_ Condado donde reside \_\_\_\_\_

911 Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Dirección en caso de emergencia \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

**A CHANGE OF ADDRESS DURING THE SCHOOL YEAR WILL REQUIRE NEW PROOF OF RESIDENCY!**  
**UN CAMBIO DE DIRECCION DURANTE EL AÑO ESCOLAR REQUIERE NUEVA PRUEBA DE RESIDENCIA**

Parents/Guardians \_\_\_\_\_  
Padres/Encargados \_\_\_\_\_

Student Phone # \_\_\_\_\_ Unlisted? \_\_\_\_\_ Student Birthday \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Student Social Security # \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Estudiante Teléfono \_\_\_\_\_ Estudiante Cumpleaños \_\_\_\_\_ Estudiante Seguro Social # \_\_\_\_\_

\*Student Ethnic Code \_\_\_\_\_ All languages spoken in the home \_\_\_\_\_ Church/Religion \_\_\_\_\_  
\*Código étnico del estudiante \_\_\_\_\_ Lenguajes hablados en casa \_\_\_\_\_ Iglesia/Religión \_\_\_\_\_

\*ETHNIC CODES

A – ASIAN	I – AMERICAN INDIAN	WA – WHITE ASIAN
B – AFRICAN AMERICAN	O – OTHER	WB – WHITE/AFRICAN AMERICAN
BI – AFRICAN AMERICAN/AMERICAN INDIAN	P – HAWAIIAN – PACIFIC ISLANDER	WI – WHITE/AMERICAN INDIAN
H – HISPANIC	W – WHITE	

**NEW STUDENT INFORMATION / INFORMACION DEL ESTUDIANTE NUEVO**

School Last Attended by Child \_\_\_\_\_ School District \_\_\_\_\_  
Ultima escuela atendida por el niño \_\_\_\_\_

Address of transferring school \_\_\_\_\_  
Direccion de la escuela que transfere \_\_\_\_\_ Number & Street/Route & Box \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Numero & Calle/Tuta & Apartado \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Phone/Fax # \_\_\_\_\_  
Teléfono/Fax# \_\_\_\_\_

Has the student attended Newberry County Schools before? \_\_\_\_\_ Yes \_\_\_\_\_ No If yes, last school attended? \_\_\_\_\_ Grade? \_\_\_\_\_  
Ha El estudiante atendido a escuelas \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No ¿Ultima escuela atendida? \_\_\_\_\_ ¿Grado? \_\_\_\_\_

Special Programs: \_\_\_\_\_ Math \_\_\_\_\_ Reading \_\_\_\_\_ Speech \_\_\_\_\_ Gifted \_\_\_\_\_ Special Education/IEP  
Programas especiales: Mat \_\_\_\_\_ Lectura \_\_\_\_\_ Terapia de lenguaje \_\_\_\_\_ Talento \_\_\_\_\_ Educación especial/IEP

Other: \_\_\_\_\_  
Otros: \_\_\_\_\_

**PARENT/GUARDIAN INFORMATION / INFORMACION DEL PADRE O GUARDIAN**

**Father/Guardian** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Padre/Guardian** Last First Middle Mo. Day Year  
Apellido Nombre Año

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Zip

Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Alternate Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell/Pager # \_\_\_\_\_  
Teléfono# Teléfono Alterno# Cell/Beper#

Birth Place \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento Dirección electrónica

Last Grade Completed: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 High School Bachelors Masters PhD GED No High School Diploma  
Ultimo grado completado: 12 Bachillerato Carreras Doctorado Sin diploma de bachillerato

Employer \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_ Work Address \_\_\_\_\_  
Empleador Ocupacion Dirección en el trabajo

Work Hrs./Shift \_\_\_\_\_ Work Telephone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Extension \_\_\_\_\_ Is work contact  
Horas de trabajo/Turno? Teléfono en el trabajo Extensión allowed?  
Es permitido llamarlo al trabajo?

**Mother/Guardian** \_\_\_\_\_ **DOB** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
**Madre/Guardian** Last First Middle Mo. Day Year  
Apellido Nombre Año

Address \_\_\_\_\_ City \_\_\_\_\_ State \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Zip

Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Alternate Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Cell/Pager # \_\_\_\_\_  
Teléfono# Teléfono Alterno# Cell/Beper#

Birth Place \_\_\_\_\_ Email Address \_\_\_\_\_  
Lugar de nacimiento Dirección electrónica

Last Grade Completed: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 High School Bachelors Masters PhD GED No High School Diploma  
Ultimo grado completado 12 Bachillerato Carreras Doctorado Sin diploma de bachillerato

Employer \_\_\_\_\_ Occupation \_\_\_\_\_ Work Address \_\_\_\_\_  
Empleador Ocupacion Dirección en el trabajo

Work Hrs./Shift \_\_\_\_\_ Work Telephone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Extension \_\_\_\_\_ Is work contact  
Horas de trabajo/Turno? Teléfono en el trabajo Extensión allowed?  
Es permitido llamarlo al trabajo?

Alternate Phone # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ \*\*\*Marital Status of Parents: \_\_\_\_\_ Married \_\_\_\_\_ Divorced \_\_\_\_\_ Single  
Teléfono alterno# Estado civil de los padres: Casados Divorciados Solteros

**EMERGENCY INFORMATION / INFORMACION EN CASO DE EMERGENCIA**

**IN CASE OF ILLNESS/EMERGENCY, WHO SHOULD BE CONTACTED IF PARENT/GUARDIAN CANNOT BE LOCATED?**  
**EN CASO DE ENFERMEDAD/EMERGENCIA, QUIEN DEBIERA SER CONTACTADO SI EL LPADRE NO PUEDE SER LOCALIZADO?**

Contact 1 \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
Contacto 1 Dirección Parentesco Teléfono

Contact 2 \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
Contacto 2 Dirección Parentesco Teléfono

Contact 3 \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
Contacto 3 Dirección Parentesco Teléfono

Contact 4 \_\_\_\_\_ Address \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
Contacto 4 Dirección Parentesco Teléfono

Physician \_\_\_\_\_ Phone \_\_\_\_\_  
Doctor Teléfono

**LEGAL INFORMATION / INFORMACION LEGAL**

Are there copies of legal guardianship/custody papers on file at school?  Yes  No  Not Applicable  
 Hay copias de las custodia legal/papeles de la custodia en los archivos de la escuela?  Si  No  No Aplica

Who has total custody?  Mother  Father  Grandparents  Other \_\_\_\_\_  
 ¿Quien tiene las custodia total?  Madre  Padre  Abuelos  Otros \_\_\_\_\_ (specify/especifique)

Student lives with: Both Parents  Mother  Father  Other  If Other: \_\_\_\_\_  
 El estudiante vive con: Ambos padres  Madre  Padre  Otros  Si Otros \_\_\_\_\_ Name/Nombre Relationship/Parentesco

Total number of persons living in the home: \_\_\_\_\_  
 Numero total de personas que viven en la casa:

Other children living in the home: \_\_\_\_\_  
 Otros niños que viven en la casa:

Child's Name Nombre del niño	Date of Birth Fecha de nacimiento	School Escuela

After School Child Care: \_\_\_\_\_  
 Jardín infantil después de las escuela

**PLEASE REFER TO THE SCHOOL MEDICATION POLICY FOR SCHOOL MEDICATION PROCEDURES**  
**POR FAVOR REFIERACE A LA POLIZA ESCOLAR MEDICA PARA PROCEDERES DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA**

- Does your child have any corrective treatment/equipment?  yes  no  
 If yes, please describe:  
 Glasses  Contacts  Hearing Aids – Other \_\_\_\_\_  
 1. ¿Su hijo ha tenido algún tratamiento correctivo/usa un aparato especial?  si  no  
Si es el caso por favor descríbalo  
 Espejuelos  Lentes de contacto  ayuda auditiva – Otro \_\_\_\_\_
- Does your child have any medical conditions?  yes  no  
 If yes, please describe:  
 Heart Condition  Asthma  Diabetes  Seizures \_\_\_\_\_ Other \_\_\_\_\_  
 2. Tiene su hijo alguna condición médica, tal como  si  no  
Si es el caso por favor descríbalo  
 Problemas del Corazón  Asma  Diabetes  Ataques \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_
- Does your child have any allergies to:  Medication  Environment  Food?  
 If yes, please list \_\_\_\_\_  
 3. Es su niño alérgico a:  Alguna medicina  Medio ambiente  Alguna comida  
 Si es el caso, listelos \_\_\_\_\_
- Does your child take any medication on a regular basis?  yes  no if yes, please list \_\_\_\_\_  
 4. ¿Tomas u niño alguna medicina con frecuencia?  si  no Si es el caso por favor listelos \_\_\_\_\_
- Will your child need to take any medication at school?  yes  no  
**\*IF YES, PLEASE SEE MEDICATION POLICY & REQUIRED MEDICATION PERMISSION FORMS**  
 5. ¿Necesita su niño tomar alguna medicina en la escuela?  si  no  
**\*SI ES EL CASO, REFIERASE A LA POLIZA DE MEDICINAS Y A LOS PERMISOS REQUERIDOS**

**PARENT SIGNATURE FOR RELEASE OF INFORMATION AND MEDICAL TREATMENT CONSENT**

I hereby give the School District Of Newberry County permission to use this information where necessary to benefit my child. I also give the School District Of Newberry County permission to provide health related services to my child. In case of an emergency, if a parent/guardian or alternate person(s) cannot be reached, I give permission for my child to be transported by EMS for emergency medical treatment to the nearest hospital. In such cases, the parent/guardian will be responsible for payment of costs.

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE OF PARENT OR LEGAL GUARDIAN

\_\_\_\_\_  
DATE

\*\*\*\*\*  
**FIRMA DEL PADRE PARA LIBERACION DE INFORMACION Y CONSENTIMIENTO DE TRATAMIENTO MEDICO**

Yo debidamente doy permiso al Distrito Escolar del Condado de Newberry para usar esta información cuando sea necesario para beneficio de mi niño. También le doy permiso al Distrito Escolar del Condado de Newberry para proveer servicios relacionados con la salud de mi niño. En caso de emergencia si el padre/ Guardián o persona alterna no puede ser localizada, doy permiso para que mi hijo sea transportado por EMS para un tratamiento de emergencia al hospital más cercano. En tales casos el padre o Guardián será responsable por el pago o los costos que esto pueda causar.

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL PADRE O GUARDIAN LEGAL

\_\_\_\_\_  
FECHA

I am the undersigned and the parent OR legal guardian of the child being registered. This child resides with me and my place of residence is within the boundaries of the School District of Newberry County and the attendance area for this school. By my signature below, I am affirming that all information provided is accurate and truthful

Parent/Guardian  
Signature \_\_\_\_\_ Relationship \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
Mo. Day Year

\*\*\*\*\*  
Con mi firma aseguro que soy el padre o Guardián del niño que esta siendo registrado. Este niño reside con migo y mi vivienda esta dentro de los predios del área demarcada para esta escuela por el Distrito Escolar del Condado de Newberry. Con mi firma yo estoy afirmando que toda la información proveída es cierta y verdadera.

Padre o Guardián  
Firma \_\_\_\_\_ PARENTESCO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_  
Mes. Día Año

**CONSENT FOR TREATMENT, RELEASE OF INFORMATION, AND FOR  
MEDICAID REIMBURSEMENT**

The Newberry County School District (the District) and the State Department of Education have my permission to provide health-related services to my child and to release and exchange medical and other confidential information, as necessary, to the Department of Health and Human Services and any third party insurance carrier regarding health-related services provided to my child prior to the date of this consent or thereafter for services that the school district/agency will provide in the future.

By signing this form, I give the District and the State Department of Education my permission to bill Medicaid and any third party insurance and receive payment from Medicaid or any third party insurer for health-related services as set forth in my child's individualized education program (IEP), and for psychological evaluation services, nursing services, and other health-related treatment services billable to Medicaid without the requirement of an IEP.

I understand that Medicaid reimbursement for health-related services provided by the District and the State Department of Education will not affect any other Medicaid services for which my child is eligible. I understand that my child will receive the services listed in the IEP regardless of whether I enroll my child in public or private benefits or insurance programs. I also understand that my refusal to allow access to the Department of Health and Human Services or any third party insurance carrier does not relieve the District of its responsibility to ensure that all required services are provided at no cost to me.

I understand that the granting of consent is voluntary on my part and may be revoked at anytime. If I later revoke consent, that revocation is not retroactive (i.e., it does not negate an action that has occurred after the consent was given and before the consent was revoked).

I also understand that the District and the State Department of Education will operate under the guidelines of the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) to ensure confidentiality regarding my child's treatment and provision of health-related services.

\_\_\_\_\_  
Student's Name

\_\_\_\_\_  
Student's Date of Birth

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Student SSN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10 Digit Medicaid Number

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

\_\_\_\_\_  
Date

**CONSETIMIENTO PARA TRATAMIENTO, LIBERACION DE INFORMACION, Y  
REEMBOLSO DE AYUDA MEDICA**

El distrito escolar del condado de Newberry (el distrito) y el departamento del estado de la educación tienen mi permiso de proporcionar servicios relativos a la salud a mi niño y de liberar e intercambiar información médica y demás información confidencial, como sea necesario, al departamento de salud y de recursos humanos y a cualquier portador de seguro de los terceros con respecto a los servicios relativos a la salud proporcionados a mi niño antes de la fecha de este consentimiento o después de eso para los servicios que el distrito/la agencia de la escuela proporcionará en el futuro.

Firmando esta forma, doy al distrito y al departamento estatal de educación mi permiso de mandar la cuenta de Medicaid y cualquier seguro de los terceros y de recibir el pago de Medicaid o a cualquier asegurador de los terceros para los servicios relativos a la salud según lo dispuesto en el programa individualizado de la educación de mi niño (IEP), y para los servicios psicológicos de la evaluación, los servicios de cuidado, y otros servicios relativos a la salud del tratamiento pagables a Medicaid sin el requerimiento de un IEP.

Entiendo que el reembolso de Medicaid para los servicios relativos a la salud proveído por el distrito y el departamento estatal de educación no afectará ninguno de los otros servicios del Medicaid para las cuales mi niño sea elegible. Entiendo que mi niño recibirá los servicios enumerados en el IEP sin importar si yo inscribo a mi niño en otros programas públicos o privados de seguros de salud. También entiendo que mi denegación para permitir el acceso al departamento de los servicios de salud y recursos humanos o a ningún portador de seguro que alivie la responsabilidad del distrito de asegurar que todos los servicios requeridos son proveídos a ningún costo para mí.

Entiendo que el conceder del consentimiento es voluntario de mi parte y se puede revocar a cualquier momento. Si mas tarde decido revocar, soy conciente que dicha revocación no es retroactiva (es decir, no niega una acción que ha ocurrido después de que el consentimiento fue dado y antes que el consentimiento fuera revocado).

También entiendo que el distrito y el departamento estatal de educación funcionarán bajo las normas de los derechos educativos de la familia y el acta de privacidad (FERPA) para asegurar la confidencialidad referente al tratamiento y los servicios relacionados con la salud de mi hijo.

\_\_\_\_\_  
Nombre del estudiante

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del estudiante

\_\_\_\_\_  
SSN del estudiante

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10 Dígitos del número de Medicaid

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o encargado

\_\_\_\_\_  
Fecha