



Enrollment Checklist

Name of Student _____

Completed Application Packet (includes lunch application, Early Childhood Registration Form, Medicaid Cover Letter, Medicaid Consent Form, Health Room Information Form and Home Language Survey)

Legal Birth Certificate

SC Certificate of Immunization

Proof of Residency (acceptable forms of proof of residence: current electric or gas bill, lease or rental agreement)

Medicaid Identification Card (if applicable)

Central Child Development Center and ATC 4K are needs based programs. Age-eligible children qualify through the Free & Reduced Lunch Application, Medicaid, documented developmental delays or through the screening process.

***South Carolina Early Childhood Registration Form**
2019–20 School Year

School and District Information			
School:		School District:	
Child Information			
Last Name:		First Name:	Middle Name:
Check if Applicable Generation: <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. Nickname:			
Date of Birth (<i>mm/dd/yy</i>): ___/___/___ Social Security Number (<i>Preferred but optional</i>): _____ - ____ - _____			
Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Federal Race/Ethnicity: Is the student Hispanic or Latino? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
What is the student's race? Check all appropriate. <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American			
<input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian or Other Pacific Islander <input type="checkbox"/> White			
Child lives with: <input type="checkbox"/> both parents <input type="checkbox"/> mother <input type="checkbox"/> father <input type="checkbox"/> grandparent <input type="checkbox"/> other (specify):			
Does your child have any legal issues concerning custody/guardianship affecting school pick-up or family participation in school activities? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No (<i>*If yes, current legal documents must be provided</i>)			
Student is in a Foster Home? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Home Address:		Home Phone:	
City:	County:	South Carolina	Zip Code:
Mailing Address (if different from Home Address):			
City:	County:	South Carolina	Zip Code:
Mother's/Guardian's Last name:		First Name:	Middle Initial:
<i>If different from child's information:</i>			
Street Address:			
City:	County:	South Carolina	Zip Code:
Home Phone:		Cell Phone:	
Place of Employment:		Work Phone:	
Phone number for attendance and school messaging calls:			
Mother's Education (<i>highest level</i>) <input type="checkbox"/> No high school diploma <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> H.S. Diploma <input type="checkbox"/> Associate Degree			
<input type="checkbox"/> Bachelor's Degree <input type="checkbox"/> Master's Degree <input type="checkbox"/> Doctorate/PhD			
Mother's/Guardian's email:			
Father's/Guardian's Last Name:		First Name:	Middle Initial:
<i>If different from child's information:</i>			
Street Address:			
City:	County:	South Carolina	Zip Code:
Home Phone:		Cell Phone:	

***Formulario de registro de niñez temprana en Carolina del Sur**
Año escolar 2019–20

Información de la escuela y del distrito			
Escuela:		Distrito escolar:	
Información del niño			
Apellido:	Primer nombre:		Segundo nombre:
Marque si corresponde	Generación: <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr. Apodo:		
Fecha de nacim. (mm/dd/aa): __/__/__ Número de seg. Soc. (Preferible pero opcional): ____ - ____ - ____			
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Raza/Etnicidad Federal: ¿El estudiante es hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cuál es la raza del estudiante? Marque todas las apropiadas. <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano			
<input type="checkbox"/> Nativo indígena americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco			
El niño vive con: <input type="checkbox"/> ambos padres <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> abuelo(a) <input type="checkbox"/> otro (especifique):			
¿Su hijo tiene inconvenientes legales de custodia, que afecten su recogida en la escuela o la participación de la familia en actividades? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (*Si respondió sí, debe presentar documentación legal vigente)			
¿El estudiante está en un hogar sustituto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de residencia:		Teléfono de residencia:	
Ciudad:	Condado:	Carolina del Sur	Código Postal:
Dirección postal (si es diferente a la de residencia):			
Ciudad:	Condado:	Carolina del Sur	Código Postal:
Apellido de la madre/guardián:	Primer nombre:		Iniciales del segundo nombre:
<i>Si es diferente de la información del niño:</i>			
Dirección de residencia:			
Ciudad:	Condado:	Carolina del Sur	Código Postal:
Teléfono de residencia:		Teléfono celular:	
Lugar de empleo:		Teléfono del trabajo:	
Número telefónico para llamadas de asistencia y mensajes de la escuela:			
Educación de la madre (nivel más alto) <input type="checkbox"/> No terminó secundaria <input type="checkbox"/> Diploma en Educación General <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Profesional <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado/PhD			
Correo electrónico de la madre/guardián:			
Apellido del padre/guardián:	Primer nombre:		Iniciales del segundo nombre:
<i>Si es diferente de la información del niño:</i>			
Dirección de residencia:			
Ciudad:	Condado:	Carolina del Sur	Código Postal:
Teléfono de residencia:		Teléfono celular:	
Place of Employment:		Work Phone:	

Phone number for attendance and school messaging calls:	
Father's/Guardian's email:	
Emergency Contact Information (*other than parent/guardian information already provided)	
Primary Contact Name:	Cell Phone:
Relationship to Child:	
Daytime Street Address:	Daytime Phone:
City:	South Carolina
Zip Code:	
Emergency Primary Contact's email:	
Second Contact Name:	Cell Phone:
Relationship to Child:	
Daytime Street Address:	Daytime Phone:
City:	South Carolina
Zip Code:	
Emergency Second Contact's email:	
Child's Prior Care/Education Provider (5K students only) *Definitions of providers attached	
<p>Last year my child's care was provided by the following public provider (Check one):</p> <input type="checkbox"/> Unknown <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Child Development Education Program (CERDEP) <input type="checkbox"/> Prekindergarten My child attended the program (check one) <input type="checkbox"/> full day <input type="checkbox"/> partial day Name of provider:	
<p>Last year my child's care was provided by the following private provider (Check one):</p> <input type="checkbox"/> Military Child Care Center <input type="checkbox"/> Registered Faith-Based Center <input type="checkbox"/> Registered Family Home Center <input type="checkbox"/> Group Home <input type="checkbox"/> Exempt Provider <input type="checkbox"/> First Steps (CERDEP) <input type="checkbox"/> Other Provider My child attended the program (check one) <input type="checkbox"/> full day <input type="checkbox"/> partial day Name of provider:	
<input type="checkbox"/> Last year my child's care was provided by an informal child care provider (at home, other family member, or non-family member)	
Lugar de empleo:	Teléfono del trabajo:
Número telefónico para llamadas de asistencia y mensajes de la escuela:	

Correo electrónico del padre/guardián:		
Información de contacto de emergencia (*diferente a la información de padres/guardián ya proporcionada)		
Nombre del contacto principal:	Teléfono celular:	
Relación con el niño:		
Dirección física durante el día:	Teléfono de contacto durante el día:	
Ciudad:	Carolina del Sur	Código postal:
Correo electrónico de contacto principal de emergencia:		
Nombre del contacto secundario:	Teléfono celular:	
Relación con el niño:		
Dirección física durante el día:	Teléfono de contacto durante el día:	
Ciudad:	Carolina del Sur	Código postal:
Correo electrónico de contacto secundario de emergencia:		
Anterior proveedor de cuidado/educación del niño (solo estudiantes de 5K) *Se adjuntan definiciones de proveedores		
El año pasado el cuidado de mi hijo lo dio el siguiente <i>proveedor público</i> (marque uno):		
<input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Programa de Educación para el Desarrollo de Niños (CERDEP) <input type="checkbox"/> Pre kínder		
Mi hijo asistió al programa (marque uno) <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> parte del día		
Nombre del proveedor:		
El año pasado el cuidado de mi hijo lo dio el siguiente <i>proveedor público</i> (marque uno):		
<input type="checkbox"/> Centro militar de cuidado infantil <input type="checkbox"/> Centro religioso registrado <input type="checkbox"/> Centro de hogar familiar registrado <input type="checkbox"/> Hogar de grupo <input type="checkbox"/> Proveedor exento <input type="checkbox"/> Primeros pasos (CERDEP) <input type="checkbox"/> Otro proveedor		
Mi hijo asistió al programa (marque uno) <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> parte del día		
Nombre del proveedor:		
<input type="checkbox"/> El año pasado el cuidado de mi hijo lo prestó un proveedor informal de cuidado infantil (en casa, otro familiar, o un allegado a la familia)		

Child's healthcare information
Did your child weigh less than 5.5 pounds at birth? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

My child receives regular medical care from: Health Clinic (Health Department)

Emergency Room Family Doctor Other

Name: _____ Phone: _____

List any long-term health concerns, illnesses, and/or allergies:

List any medication(s) prescribed for continuous long-term use:

List any special accommodation(s) that may be required to meet my child's needs most effectively while he or she is at the school:

Family Income Range

Number of persons in family or household:

Income Range of Family: \$0-\$10,000 \$10,001-\$20,000 \$20,001-\$30,000 \$30,001-\$40,000
 \$40,001-\$50,000 \$50,001-\$60,000 \$60,000 and above

Language Background

What is the child's primary language?

What language is primarily spoken in the home?

Oral Communication Language:

Written Communication Language:

Family Literacy Services

Who in your family has participated in a school district Family Literacy Program, such as adult literacy, adult education (GED, High School Diploma), parent education, child development, or parent and adult/child interactive literacy?

Both Parents Mother Father Guardian/Grandparent No One

Did your child ever participate in school district Family Literacy Services? Yes No

If, "yes," please check how long: 1 Year 2 Years 3 Years 4 or more years

Child's Special Needs

Does your child have a current Individual Education Program (IEP) or Section 504 plan? Yes No

Student's Disability Status: None Emotional Learning Speech Physical Other

Child's Transportation

How do you anticipate your child will get to school? Car Child Care or Day Care Transportation
 School Bus from home School Bus from different address:

How do you anticipate your child will travel from school? Car Child Care or Day Care Transportation
 School Bus to home address School Bus to different address:

Información sobre el cuidado médico del niño

¿Su hijo pesó menos de 5,5 libras al nacer? Sí No

Mi hijo recibe atención médica con frecuencia de: Clínica de Atención Médica (Departamento de salud)

Sala de emergencias Médico de la familia Otro

Nombre: _____ Teléfono: _____

Enumere cualquier problema de salud a largo plazo, enfermedad y/o alergias:

Indique cualquier medicamento(s) prescrito(s) para su uso continuo a largo plazo:

Enumere cualquier adaptación especial que pueda ser necesaria para satisfacer las necesidades de su hijo de manera más eficiente mientras que está en la escuela:

Rango de ingresos del hogar

Número de personas en el hogar:

Rango de ingresos de la familia: \$0-\$10,000 \$10,001-\$20,000 \$20,001-\$30,000 \$30,001-\$40,000
 \$40,001-\$50,000 \$50,001-\$60,000 \$60,000 y más

Trasfondo de idioma

¿Cuál es principal idioma del niño?

¿Qué idioma se habla principalmente en casa?

Idioma de comunicación oral:

Idioma de comunicación escrita:

Servicios de alfabetización de la familia.

¿Quién de su familia ha participado en un Programa de Educación para la Familia de un distrito escolar, tales como alfabetización para adultos, educación para adultos (Diploma de Educación General, Diploma de Secundaria) educación para padres, desarrollo infantil, o educación interactiva entre padres y adultos o hijos?
 Ambos padres Madre Padre Guardián/Abuelo(a) Nadie

¿Su hijo alguna vez participó en Servicios de Educación para la Familia del distrito escolar? Sí No
Si respondió sí, ¿durante cuánto tiempo? 1 año 2 años 3 años 4 o más años

Necesidades especiales del niño

¿Su hijo tiene un Programa Personalizado de Educación (IEP) o un plan de la sección 504? Sí No

Tipo de discapacidad: Ninguno Emocional De aprendizaje De habla Físico Otro

Transporte del niño

¿Cómo planea el transporte para que su hijo llegue a la escuela? Automóvil Transporte de guardería o cuidado de niños

Bus escolar desde el domicilio Bus escolar desde una dirección diferente:

¿Cómo planea el transporte de su hijo desde la escuela? Automóvil Transporte de guardería o cuidado de niños Bus escolar al domicilio Bus escolar a una dirección diferente:

Other

Does your child have permission to access the internet at school with adult supervision? Yes No

Do you give permission for the RHSD to use picture(s) of your student in district/school approved publications? (*Please initial) ____ Yes ____ No

Parent Military Status:

- ____ Neither Parent nor Guardian is serving in any military service
- ____ A Parent or Guardian is serving Full-time in the National Guard and is not currently deployed
- ____ A Parent or Guardian is serving Full-time in the Reserves and is not currently deployed
- ____ A Parent or Guardian is serving Full-time in the National Guard and is currently deployed
- ____ A Parent or Guardian is serving Full-time in the Reserves and is currently deployed
- ____ A Parent or Guardian is serving in the military on active duty member and is not deployed
- ____ A Parent or Guardian is serving in the military on active duty and is currently deployed
- ____ The student's Parent or Guardian died while on active duty within the last year
- ____ The student's Parent or Guardian was wounded while on active duty within the last year

Below is for District Use Only

ALL CHILDREN PARTICIPATING IN A CERDEP CLASSROOM MUST BE CODED WITH A CERDEP PROGRAM SERVICE CODE.

Early Childhood Placement: 3 year old class 4 year old class 5 year old class multi-age class

Classroom Type: FDS Full-Day PDS Partial-Day

Funding Source: State funded District funded Parent Pay

Student Identification Number:

Program Entry Date: _____ Program Exit Date: _____ Reason for exit: _____

Income Verification Method (Medicaid, Free or Reduced Lunch, W2 forms, Pay Stubs, Other Income Verification Documented): _____

Meals: Free or Reduced Lunch Yes No N/A if District enrolled in Community Lunch Program

Was child served by Head Start any time from birth to age 4? Yes No

DIAL 3 or 4: (Indicate which) ____ Screening Date: _____

Scores: Motor: _____ Concepts: _____ Language: _____ Self-Help: _____ Social: _____

Classroom Curriculum: Big Day in PreK Creative Curriculum High Scope InvestiGator
 Montessori World of Wonders

Readiness Assessment: myIGDIs PALS- Pre-K Teaching Strategies GOLD Other

Medicaid: Yes No Medicaid Number _____ Medicaid Active Yes No

***Copy of Medicaid Card attached**

Migrant/Immigrant: Yes No Birth Country: _____ State Id #:

Did the child participate in Countdown to Kindergarten (5K only)? Yes No

Reason the child was not served in 4K: Lack of classroom space DIAL score Lack of full day services

Personnel Transportation Other

Otro

¿Su hijo tiene permiso para ingresar a internet en la escuela con supervisión de un adulto? Sí No

Da usted permiso para que RHSD use fotografías de su estudiante en publicaciones aprobadas por el distrito/la escuela? (*Por favor escriba sus iniciales) ____ Sí ____ No

Estatus militar de los padres:

Ninguno de los padres o guardianes sirve en el ejército

Uno de los padres o guardián sirve de tiempo completo en la Guardia Nacional y no está desplegado ahora

Uno de los padres o guardián sirve de tiempo completo en las reservas y no está desplegado ahora

Uno de los padres o guardián sirve de tiempo completo en la Guardia Nacional y está desplegado ahora

Uno de los padres o guardián sirve de tiempo completo en las reservas y está desplegado ahora

Uno de los padres o guardián sirve en el ejército como miembro en deber activo y no está desplegado

Uno de los padres o guardián sirve en el ejército como miembro en deber activo y está desplegado ahora

El padre o guardián del estudiante murió estando en servicio activo durante el último año

El padre o guardián del estudiante fue herido estando en servicio activo durante el último año

Lo siguiente es solo para uso del distrito

TODOS LOS NIÑOS QUE PARTICIPEN EN UN AULA CERDEP DEBEN ESTAR CODIFICADOS CON UN CÓDIGO DE SERVICIO DEL PROGRAMA CERDEP.

Ubicación de primera infancia: clase de 3 años clase de 4 años clase de 5 años Aula de diferentes edades

Tipo de aula: Día completo de FDS Día parcial de PDS

Fuente de financiamiento: Financiamiento estatal Financiamiento del distrito Pagado por los padres

Número de identificación del estudiante:

Fecha de ingreso al programa: _____ Fecha de salida del programa: _____ Razón de la salida: _____

Método de verificación de ingresos (Medicaid, Almuerzo gratuito o a precio reducido, formularios W2, Recibos de pago,

Otra verificación de ingresos (documentada): _____

Comidas: Almuerzo gratis o a precio reducido Sí No N/A si está inscrito por el distrito en el programa de almuerzo comunitario

¿El niño se benefició de Head Start en cualquier momento desde su nacimiento hasta los 4 años? Sí No

MARQUE 3 o 4: (Indique cuál) ____ Fecha de examen: _____

Puntuaciones: Motor: _____ Conceptos: _____ Lenguaje: _____ Autonomía: _____ Social: _____

Plan de estudios del aula: Big Day in PreK Plan de estudio creativo Alto alcance InvestiGator Montessori Mundo de maravillas

Evaluación de preparación: myIGDIs PALS- Pre-K Estrategias de enseñanza GOLD Otra

Medicaid: Sí No Número de Medicaid _____ Activo en Medicaid Sí No

* Adjunta copia de la tarjeta de Medicaid

Migrante/Inmigrante: Sí No País de nacimiento: _____ # de Id del estado: _____

El niño participó en Countdown to Kindergarten (solo 5K)? Sí No

Razón por la que el niño no recibió servicio en 4K: Falta de espacio en el aula Puntaje DIAL Falta de servicios durante todo el día

Personal Transporte Otro

Definitions of Child Care Providers (Public)

South Carolina Child Early Reading Development and Education Program (CERDEP) – A public, state-funded, income based developmentally appropriate education program adhering to best practice, using research-based curriculum and assessment that must adhere to South Carolina Department of Social Services (DSS) regulations and South Carolina Department of Education (SCDE) Guidelines.

Prekindergarten (Half-day 4K) program in a public school – A district or federally funded developmentally appropriate half/partial day program for 4-year-olds adhering to best practice, using research-based curriculum and assessment that must adhere to district and/or federal guidelines.

Prekindergarten (Full-day 4K) program in a public school – A district or federally funded developmentally appropriate full-day program for 4-year-olds adhering to best practice, using research-based curriculum and assessment that must adhere to district and/or federal guideline.

Head Start – A program of the US Department of Health and Human Services that provides comprehensive early childhood education, health, nutrition, and parent involvement services to low income children and their families. Locate your local Head Start: <https://www.benefits.gov/benefits/benefit-details/1938>.

Unknown – Self-explanatory

Definitions of Child Care Providers (Private)

Military Child Care Centers – On-post child care centers that offer full-day, partial day, or hourly child care services to military families that must be registered with DSS. Locate your local military child care centers: <http://www.militaryonesource.mil/-/military-child-care-programs>.

Registered Faith Based – Faith based care for 13 or more children that are sponsored by a religious organization that must be registered with DSS. Locate your local registered faith based providers: <http://www.scchildcare.org/>.

Registered Family Home – A family home that provides care for up to 6 children at any given time within the home of the child care provider that maintains a registration or license if a person provides care to more than one unrelated family of children on a regular basis (more than four hours a day or more than two days a week). Locate your local registered family home providers: <http://www.scchildcare.org/>.

Registered Group Home Provider – Group Homes provide care for 7–12 children in the home of the child care provider. They may care for up to 8 children without an additional caregiver. For details on registered group homes: <http://www.scchildcare.org/providers/become-licensed/licensing-requirements/licensed-group-child-care-home.aspx>.

Exempt Provider – A child care provider that operate less than four hours a day or less than two days a week or care for children from only one unrelated family. It is not inspected by DSS Child Care Licensing and monitored only because they volunteer for ABC Quality. For details on exempt providers: <http://scchildcare.org/providers/become-licensed/licensing-exemptions.aspx>.

First Steps (CERDEP/CDEP) – A private state-funded, income based, developmentally appropriate education program adhering to best practice, using research-based curriculum and assessment that must adhere to DSS regulations and SCDE Guidelines. It is housed in a private, registered child care facility. Contact your local First Steps: <http://scfirststeps.com/county-contact-page/>.

Informal Child Care – Unregulated or licensed care provided by family or other caregiver that not subject to regulations or formal guidelines.

Definiciones de proveedores de cuidado infantil (públicos)

Programa de desarrollo temprano de lectura y educación en niños de Carolina del Sur (CERDEP, por su sigla en inglés) - Un programa público de educación financiado por el estado y basado en ingresos, apropiado para el desarrollo, que se ajusta a las mejores prácticas, usando planes de estudio basados en investigaciones y evaluaciones que deben cumplir con las regulaciones del Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur (DSS) y los lineamientos del Departamento de Educación de Carolina del Sur (SCDE).

Programa de pre-kínder (medio día de 4k) en una escuela pública - Un programa de día parcial o medio día apropiado para el desarrollo y financiado con recursos del distrito o federales, para niños de 4 años, el cual cumple con las mejores prácticas, usando plan de estudios basado en investigaciones y evaluaciones que deben seguir los lineamientos distritales y/o federales.

Programa de pre-kínder (día completo de 4k) en una escuela pública - Un programa de día completo apropiado para el desarrollo y financiado con recursos del distrito o federales, para niños de 4 años, el cual cumple con las mejores prácticas, usando plan de estudios basado en investigaciones y evaluaciones que deben seguir los lineamientos distritales y/o federales.

Head Start – Un programa del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, que proporciona educación integral para la primera infancia, salud, nutrición y servicios de participación de padres para los niños y sus familias de bajos ingresos. Ubique su Head Start local: <https://www.benefits.gov/benefits/benefit-details/1938>.

Desconocido - Autoexplicativo

Definiciones de proveedores de cuidado infantil (privados)

Centros militares de cuidado de niños - Centros militares de cuidado de niños que ofrecen servicios de cuidado de todo el día, parte del día o por horas para familias de militares que deben estar registradas en con el DSS. Localice sus centros militares de cuidado de niños: <http://www.militaryonesource.mil/-/military-child-care-programs>.

Servicios religiosos registrados - Cuidado con base en la fe para 13 o más niños que es patrocinado por una organización religiosa que debe estar registrada con el DSS. Localice en su área los proveedores con servicios basados en la fe: <http://www.scchildcare.org/>.

Hogar de familia registrada - Una casa de familia que provee cuidado de hasta 6 niños en cualquier momento dentro de la casa del proveedor de cuidado de niños, que mantiene un registro o licencia si una persona provee de manera regular cuidado a más de una familia no allegada (más de cuatro horas al día o más de dos días a la semana). Localice en su área proveedores registrados de cuidado en casas de familia: <http://www.scchildcare.org/>.

Proveedor registrado de cuidado de grupo en casa – Las casas de grupo proveen cuidado para 7 a 12 niños en la casa del proveedor de cuidado de niños. Ellos pueden cuidar hasta 8 niños sin contar con un cuidador adicional. Para conocer detalles sobre casas de cuidado de grupos: <http://www.scchildcare.org/providers/become-licensed/licensing-requirements/licensed-group-child-care-home.aspx>.

Proveedor exento - Un proveedor de cuidado de niños que opera menos de cuatro horas al día o menos de dos días a la semana, o que cuida niños de solo una familia con la que no tiene relación consanguínea. No es inspeccionado por Licenciamiento de Cuidado de Niños de DSS no es supervisado solo porque ellos son voluntarios para ABC Quality. Para detalles sobre proveedores exentos: <http://scchildcare.org/providers/become-licensed/licensing-exemptions.aspx>.

Primeros pasos (CERDEP/CDEP) - Un programa privado de educación financiado por el estado y basado en ingresos, apropiado para el desarrollo, que se ajusta a las mejores prácticas, usando planes de estudio basados en investigaciones y evaluaciones que deben cumplir con las regulaciones del Departamento de Servicios Sociales de Carolina del Sur (DSS) y los lineamientos del Departamento de Educación de Carolina del Sur (SCDE). Tiene su base en instalaciones privadas registradas para cuidado de niños. Contacte a su oficina local de First Steps: <http://scfirststeps.com/county-contact-page/>.

Cuidado informal de niños - Cuidado no regulado no licenciado dado por familiares u otros cuidadores que no están sujetos a regulaciones o lineamientos formales.



Home Language Survey (HLS)

The Civil Rights Act of 1964, Title VI, Language Minority Compliance Procedures, requires school districts and charter schools to determine the language(s) spoken in each student's home in order to identify their specific language needs. This information is essential in order for schools to provide meaningful instruction for all students as outlined Plyler v. Doe, 457 U.S. 202 (1982).

The purpose of this survey is to determine the primary or home language of the student. The HLS must be given to all students enrolled in the school district / charter school. The HLS is administered one time, upon initial enrollment in South Carolina, and remains in the student's permanent record.

Please note that the answers to the survey below are student-specific. If a language other than English is recorded for ANY of the survey questions below, the W-APT/WIDA Screener will be administered to determine whether or not the student will qualify for additional English language development support.

Please answer the following questions regarding the language spoken by the student:

1. What is the native language of the **student**? _____
2. What language(s) is spoken most often by the **student**? _____
3. What language(s) is spoken by the **student** in the home? _____
4. In what language do you wish to have communication from the school? _____

Student Name: _____ **Grade:** _____

Parent/Guardian Name: _____

Parent/Guardian Signature: _____ **Date:** _____

By signing here, you certify that responses to the three questions above are specific to your student. You understand that if a language other than English has been identified, your student will be tested to determine if they qualify for English language development services, to help them become fluent in English. If entered into the English language development program, your student will be entitled to services as an English learner and will be tested annually to determine their English language proficiency.

For School Use Only:

School personnel who administered and explained the HLS and the placement of a student into an English language development program if a language other than English was

indicated:

Name: _____ Date: _____



Encuesta de los idiomas hablados en el hogar (HLS, por sus siglas en inglés)

La Ley de Derechos Civiles de 1964, Título VI, Procedimientos para el Cumplimiento con las Minorías Lingüísticas, obliga a los distritos escolares y las escuelas autónomas a determinar el(los) idioma(s) que se habla(n) en el hogar de cada estudiante para identificar sus necesidades lingüísticas específicas. Esta información es esencial para que las escuelas brinden una instrucción significativa a todos los estudiantes, según lo estipulado en Plyler v. Doe, 457 U.S. 202 (1982).

El propósito de esta encuesta es determinar el idioma principal o el idioma hablado en el hogar del estudiante. La HLS se debe administrar a todos los estudiantes inscritos en el distrito escolar / escuela autónoma. La HLS se administra una sola vez, luego de la inscripción inicial en South Carolina, y se mantiene en el expediente permanente del estudiante.

Por favor, tenga en cuenta que las respuestas en la encuesta que se encuentra a continuación son específicas para cada estudiante. Si se registra un idioma diferente del inglés en CUALQUIERA de las preguntas de la encuesta que siguen a continuación, se administrará el W-APT/WIDA Screener para determinar si el estudiante reunirá los requisitos para recibir más apoyo en el desarrollo del idioma inglés.

Por favor, responda las siguientes preguntas sobre el idioma hablado por el estudiante:

1. ¿Cuál es el idioma nativo del **estudiante**? _____
2. ¿Qué idioma(s) habla el **estudiante** con mayor frecuencia? _____
3. ¿Qué idioma(s) habla el **estudiante** en el hogar? _____
4. ¿En qué idioma desea recibir las comunicaciones de la escuela? _____

Nombre del estudiante: _____ **Grado:** _____

Nombre del padre/tutor: _____

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Al firmar aquí, usted certifica que las respuestas a las tres preguntas anteriores son específicas de su estudiante. Usted entiende que, si se ha identificado un idioma distinto del inglés, su estudiante será evaluado para determinar si califica para recibir servicios de desarrollo del idioma inglés, para ayudarlo a ser fluido en inglés. Si es incluido en el programa de desarrollo del idioma inglés, su estudiante tendrá derecho a recibir servicios como estudiante de inglés y será evaluado anualmente para determinar su dominio del idioma inglés.

Para uso exclusivo de la escuela:

El personal de la escuela que administró y explicó la HLS y la inclusión de un estudiante en un programa de desarrollo del idioma inglés si se indicó un idioma distinto del inglés:

Nombre: _____ Fecha: _____



Dear Parent/Guardian,

Rock Hill School District and the South Carolina Department of Education have entered into an agreement with SC Department of Health and Human services that will allow the school district to bill Medicaid for health related services that are provided by the school nurses during the school day. Medicaid reimbursement for school based health-related will not affect any other Medicaid services for which your child is eligible.

If your family participates in the SC Medicaid program and you give the district permission to bill Medicaid please sign the attached consent form. This consent will allow the school district to do the following:

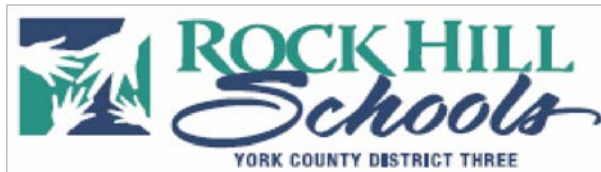
- Release and exchange the following information from my child's record to the Department of Health and Human Services (Medicaid Agency) or Medicaid agency for the purpose of billing for the health-related services provided to my child;
- Bill the Medicaid Agency for the health-related services; and
- Receive payment from the Medicaid Agency for the health-related services that the District provides to my child;
- The District will continue to provide required health-related services for my child at no cost to me even if I refuse to allow billing for services;
- Granting consent is voluntary on my part and may be revoked at any time. 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).

Please complete the attached consent form and return to your child's school. Feel free to contact me with any questions.

Thank you,

Sadie Kirell, RN

Sadie Kirell, RN
Clinical Lead Nurse



Estimado/a padre/madre/tutor,

El Distrito Escolar de Rock Hill y el Departamento de Educación de South Carolina han firmado un convenio con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de SC, que permitirá que el distrito escolar le facture a Medicaid por los servicios relacionados con la salud que hayan sido provistos por las enfermeras de las escuelas durante la jornada escolar. El reembolso de Medicaid por los servicios de salud brindados en la escuela no afectará a ningún otro servicio de Medicaid para el cual su hijo/a cumpla con los requisitos.

Si su familia participa en el programa Medicaid de SC y usted le otorga permiso al distrito para que le facture a Medicaid, por favor firme el formulario de consentimiento que se encuentra adjunto. Este consentimiento permitirá que el distrito escolar pueda hacer lo siguiente:

- Divulgar e intercambiar la siguiente información del registro de mi hijo/a con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Agencia de Medicaid) o Agencia de Medicaid de mi hijo/a a los fines de facturar los servicios relacionados con la salud provistos a mi hijo/a;
- Facturar a la Agencia de Medicaid aseguradoras por los servicios relacionados con la salud;
- Recibir pagos de la Agencia de Medicaid y otras compañías aseguradoras por los servicios relacionados con la salud provistos a mi hijo/a por el Distrito;
- El Distrito seguirá brindando los servicios relacionados con la salud que requiera mi hijo/a sin ningún costo para mí, incluso si me niego a permitir la facturación de los servicios;
- El otorgamiento de consentimiento de mi parte es voluntario y puede ser revocado en cualquier momento. Si en el futuro revoco el consentimiento, dicha revocación no es retroactiva (es decir, no niega una acción que haya tenido lugar después de que el consentimiento fuera otorgado y antes de que el consentimiento fuera revocado).

Por favor, complete el formulario de consentimiento que se encuentra adjunto y devuélvalo a la escuela de su hijo/a. No dude en contactarme si tiene alguna pregunta.

Gracias,

Sadie Kirell, RN

Sadie Kirell, RN, BSN
Jefa de enfermería clínica



Consent to Bill Private Insurance and Medicaid

The Rock Hill School District and the South Carolina Department of Education (SCDE) have my permission to provide services to my child and release and exchange medical, psychological, and other personally-identifiable confidential information, as necessary, to the South Carolina Department of Health and Human Services (SCDHHS) and any applicable third-party insurer regarding billable services provided to my child. I understand the purpose of this consent is to bill Medicaid and/or private third-party insurer for services under the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA).

By signing this form, I give the District and the SCDE my permission to bill and receive payment from Medicaid and any third-party insurer for diagnostic and psychological evaluation services, behavioral health services, nursing services, and other health-related screenings and treatment services billable to Medicaid or a third-party insurer with or without the requirement of an individualized education program (IEP). The District provided me written notification consistent with the IDEA regulation at 34 C.F.R. §§ 300.154(d)(2)(v) and 300.503(c), prior to my signing this consent to release information to bill Medicaid or any third-party insurer and prior to accessing Medicaid or my child's third-party insurance benefits.

I further understand that the District must provide me annual written notification of my rights relative to Medicaid or any third-party insurer accessing my child's information and before the District and the SCDE access my benefits to pay for services under the IDEA. This consent for release of information to bill Medicaid and any third-party insurer is a one-time consent and is not required annually thereafter, unless there is a change in the type or amount of services to be provided to my child or a change in the cost of the services to be charged to Medicaid or a third-party insurer. I understand that Medicaid and third-party insurance reimbursement for billable services provided by the District and the SCDE will not affect any other Medicaid services or insurance benefits for which my child is eligible. I understand that my child will receive the services listed in the IEP regardless of whether my child is covered by public or private insurance programs and regardless of whether I provide consent to access those benefits. I understand that my refusal to consent to the SCDHHS or any third-party insurer accessing my child's personally-identifiable information does not relieve the District of its responsibility to ensure that all required services in my child's IEP are provided at no cost to me.

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

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

Student's Name: _____ DOB: _____ Medicaid #: _____

Signature of Parent/Guardian

Date



Consentimiento para facturar a las aseguradoras privadas y a Medicaid

El Distrito Escolar Rock Hill y el Departamento de Educación de South Carolina (SCDE, por sus siglas en inglés) cuentan con mi permiso para brindarle servicios a mi hijo/a y divulgar e intercambiar información médica, psicológica y otra información confidencial personalmente identificable, según sea necesario, al Departamento de Salud y Servicios Humanos de South Carolina (SCDHHS, por sus siglas en inglés) y a cualquier aseguradora externa correspondiente, que esté relacionada con servicios facturables prestados a mi hijo/a. Entiendo que el propósito de este consentimiento es facturar a Medicaid y/o a una aseguradora privada externa por los servicios prestados bajo la Ley de Educación de Personas con Discapacidades (IDEA, por sus siglas en inglés).

Al firmar este formulario, le doy mi permiso al Distrito y al SCDE para facturar a y recibir pagos de Medicaid y cualquier aseguradora externa por servicios de diagnóstico y evaluación psicológica, servicios de salud conductual, servicios de enfermería y otros exámenes relacionados con la salud y servicios de tratamiento que se puedan facturar a Medicaid o a una aseguradora externa con o sin el requisito de un programa de educación individualizado (IEP, por sus siglas en inglés). El Distrito me entregó una notificación por escrito de conformidad con la regulación de IDEA en 34 C.F.R. §§ 300.154(d)(2)(v) y 300.503(c), antes de que yo firmara este consentimiento para divulgar información para facturar a Medicaid o aseguradoras externas y antes de acceder a los beneficios de Medicaid o la aseguradora externa de mi hijo/a.

También entiendo que el Distrito tiene que notificarme por escrito todos los años acerca de mis derechos relacionados con el acceso de Medicaid o cualquier aseguradora externa a la información de mi hijo/a y antes de que el Distrito y el SCDE accedan a mis beneficios para pagar por servicios bajo la ley IDEA. Este consentimiento para la divulgación de información para facturar a Medicaid y a cualquier aseguradora externa es un consentimiento que se otorga una sola vez y no requiere ser renovado anualmente a partir de entonces, a menos que se produzca un cambio en el tipo o la cantidad de servicios que reciba mi hijo/a p un cambio en el costo de los servicios a ser cobrados a Medicaid o a una aseguradora externa. Entiendo que el reembolso de Medicaid y la aseguradora externa por los servicios facturables provistos por el Distrito y el SCDE no afectarán a ningún otro servicio de Medicaid o beneficios del seguro para los cuales mi hijo/a cumpla con los requisitos. Entiendo que mi hijo/a recibirá los servicios incluidos en el IEP más allá de que mi hijo/a esté cubierto por programas de seguros públicos o privados y más allá de que yo otorgue o no mi consentimiento para acceder a esos beneficios. Entiendo que mi negativa a otorgar consentimiento para que el SCDHHS o cualquier aseguradora externa accedan a información personalmente identificable de mi hijo/a no exime al Distrito de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios requeridos en el IEP de mi hijo/a me sean provistos sin costo alguno para mí.

Entiendo que este consentimiento es voluntario de mi parte y puede ser revocado en cualquier momento. Si más adelante revoco este consentimiento, dicha revocación no es retroactiva (es decir; no invalida una acción sucedida después de que el consentimiento fuera otorgado y antes de que el consentimiento fuera revocado).

Entiendo además que el Distrito y el SCDE operarán bajo las directrices de la IDEA y la Ley de Derechos de la Familia a la Educación y la Privacidad (FERPA), para garantizar la confidencialidad con respecto al tratamiento y a la provisión de servicios para mi hijo/a.

Nombre del estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____ N° de Medicaid: _____

Firma del padre/tutor

Fecha