



Jericho Elementary School

34 North Coleman Road, Centereach, NY 11720 ~ Ph: (631) 285-8600

Elena Marie Baldwin, Principal

Dr. Roberta A. Gerold, Ed.D. Superintendent of Schools
Middle Country Central School District

August 2024

Dear Jericho Family,

It is with great enthusiasm that I welcome you and your child to Jericho Elementary School for the 2024-2025 school year! It is truly an honor and a privilege to be able to serve the families of Jericho as principal. One thing is certain: your child will be nurtured, challenged, and supported by the Jericho staff. It is our priority to ensure that your child's academic, social, and emotional needs are being met.

The first day of school is Wednesday, September 4th, 2024. Jericho Elementary School's doors open at 8:35 a.m. Please note that no child can enter the building prior to 8:35 a.m. The expectation is that students are in their seats, unpacked, settled, and ready to learn no later than 8:50 a.m. **Our dismissal process begins at 2:50 p.m.** Additionally, if picking your child up at dismissal, please be certain to arrive on time. If your child's usual method of dismissal is changing on any given day, please be sure to send a note to school with your child, informing us of the change.

If you need care for your child prior to Jericho's arrival time and/or after Jericho's dismissal time, you might consider enrolling your child in the SCOPE before care and/or after care program. Registration for SCOPE is online only at <http://www.scopeonline.ce.eleyo.com/>. Children enrolled in the SCOPE before care or after care program should be dropped off and picked up from the cafeteria, located on the playground side of the building.

The name of your child's classroom teacher is currently available via the Parent Portal. Your child's bus information will be posted on the Parent Portal during the last week in August.

School supply lists can currently be found on the Jericho website.

The start of the school year is always such an exciting time for students and families. Please mark your calendars with the following dates:

Wednesday, September 6th: The first day of school!

Wednesday, September 11th: Red, White, and Blue Day at Jericho in observance of the anniversary of September 11th, 2001

Tuesday, September 17th: PTA Meeting and Back to School Night

Thursday, September 26th: Jericho's PTA Sponsored Welcome Back Social

Thursday & Friday, October 3rd and 4th: School closed in observance of Rosh Hashanah

Please be certain that your child's outerwear, including sweatshirts that may be removed during the course of the day, are clearly labeled with their name. This will help us get misplaced items back to the appropriate child. Please ensure that your child comes to school in footwear that is appropriate for outdoor recess and Physical Education class- sneakers are best. It is recommended that students come to school with a reusable water bottle, filled with water, each day. Please ensure that the water bottle is also labeled with your child's name.

The home-school partnership is vital in ensuring the success of students. One way in which we can work in partnership is by keeping the health and well-being of the entire Jericho community at the forefront of our minds. Please be sure to keep your child at home if they are exhibiting signs of illness. **Additionally, please be certain to fill out the enclosed Emergency Contact Card, in its entirety. Please be certain to send this with your child on the first day of school.**

The Jericho staff is hard at work to ensure that the start of this school year is a special one. I look forward to working with you and your child during the coming school year!

Sincerely,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Elena Marie Baldwin', written in a cursive style.

Elena Marie Baldwin
Principal



Jericho Elementary School

34 North Coleman Road, Centereach, NY 11720 ~ Ph: (631) 285-8600

Elena Marie Baldwin, Principal

Dr. Roberta A. Gerold, Ed.D. Superintendent of Schools
Middle Country Central School District

Agosto 2024

Querida familia de Jericho,

Es con gran entusiasmo que les doy la bienvenida a ustedes y a sus hijos a Jericho Elementary School para el año escolar 2024-2025. Es verdaderamente un honor y un privilegio poder servir a las familias de Jericho como directora. Una cosa es cierta: su hijo será nutrido, desafiado y apoyado por el personal de Jericho. Es nuestra prioridad asegurar que las necesidades académicas, sociales y emocionales de su hijo se están cumpliendo.

El primer día de escuela es el miércoles, 4 de septiembre de 2024. Las puertas de Jericho Elementary School abren a las 8:35 a.m. Por favor note que ningún niño puede entrar al edificio antes de las 8:35 a.m. La expectativa es que los estudiantes estén en sus asientos, desempacados, acomodados y listos para aprender a más tardar a las 8:50 a.m. Nuestro proceso de salida comienza a las 2:50 p.m. Además, si va a recoger a su hijo a la salida, por favor asegúrese de llegar a tiempo. Si el método habitual de salida de su hijo va a cambiar en un día determinado, por favor asegúrese de enviar una nota a la escuela con su hijo, informándonos del cambio.

Si usted necesita cuidado para su niño antes de la hora de llegada de Jericho y/o después de la hora de salida de Jericho, usted podría considerar inscribir a su niño en el programa SCOPE de cuidado antes y/o después de la escuela. La inscripción para SCOPE es en línea solamente en <http://www.scopeonline.ce.eleyo.com/>. Los niños inscritos en el programa de cuidado antes o después de SCOPE deben ser dejados y recogidos en la cafetería, ubicada en el lado del patio de recreo del edificio.

El nombre del profesor del aula de su hijo está actualmente disponible a través del Portal de Padres. La información sobre el autobús de su hijo se publicará en el Portal de Padres durante la última semana de agosto. Las listas de útiles escolares se pueden encontrar actualmente en el sitio web de Jericó.

El comienzo del año escolar es siempre un momento muy emocionante para los estudiantes y las familias. Por favor marquen sus calendarios con las siguientes fechas:

Miércoles, 6 de septiembre: ¡El primer día de escuela!

Miércoles, 11 de septiembre: Día Rojo, Blanco y Azul en Jericó en observancia del aniversario del 11 de septiembre de 2001.

Martes, 17 de septiembre: Reunión de la PTA y Noche de Regreso a la Escuela

Jueves, 26 de septiembre: Bienvenida social patrocinada por el PTA de Jericho

Jueves y viernes, 3 y 4 de octubre: Escuela cerrada en observancia de Rosh Hashanah

Por favor, asegúrese de que la ropa exterior de su hijo, incluyendo las sudaderas que puedan quitarse durante el transcurso del día, estén claramente etiquetadas con su nombre. Esto nos ayudará a devolver los artículos extraviados al niño apropiado. Por favor, asegúrese de que su hijo viene a la escuela con calzado apropiado para el recreo al aire libre y la clase de Educación Física - zapatillas de deporte son los mejores. Se recomienda que los alumnos vengan al colegio con una botella de agua reutilizable, llena de agua, cada día. Por favor, asegúrese de que la botella de agua también está etiquetada con el nombre de su hijo.

La colaboración entre el hogar y la escuela es vital para garantizar el éxito de los alumnos. Una manera en la cual podemos trabajar en asociación es manteniendo la salud y el bienestar de la comunidad entera de Jericó al frente de nuestras mentes. Por favor, asegúrese de mantener a su hijo en casa si muestran signos de enfermedad. Además, por favor asegúrese de llenar la Tarjeta de Contacto de Emergencia adjunta, en su totalidad. Por favor, asegúrese de enviar esto con su hijo el primer día de escuela.

El personal de Jericó está trabajando duro para asegurar que el comienzo de este año escolar sea especial. ¡Espero con interés trabajar con usted y su hijo durante el próximo año escolar!

Sinceramente,



Elena Marie Baldwin

Directora

Court Order Y N

Room/Salon _____ Grade/Grado _____

(FIRST / NOMBRE)

HOME PHONE/TELEFONO DE CASA

(HOUSE #, STREET, TOWN / NUMERO / CALLE / CIUDAD)

CELL

CELL

—

(Father/Padre/Guardian)

ON TO ASSUME RESPONSIBILITY IF CHILD IS ILL:

NOMBRE DOS AMIGOS LOCALES QUE PODEMOS LLAMAR Y PUEDAN TOMAR RESPONSABILIDAD SI SUN NIÑO(A) ESTA ENFERMO:

NAME/NOMBRE

ADDRESS/DIRECCIÓN Y CIUDAD

TELÉFONO
RELACIÓN

PHONE-CELL RELATIONSHIP

PHONE _____

MOTHER/MADRE/GUARDIAN

TRANSPORTATION OF ILL CHILD TO BE ARRANGED BY PERSONS NAMED ABOVE. IT IS A PARENTAL RESPONSIBILITY TO NOTIFY NURSE/OFFICE OF CHANGES IN THE ABOVE. I AM AWARE OF DISTRICT POLICIES ON: ATTENDANCE, CODE OF CONDUCT, AND INTERNET/COMPUTER USE.

TRANSPORTE DE NIÑO ENFERMO DEBE SER ARREGLADO POR PERSONAS NOMBRADAS ARRIBA. ES RESPONSABILIDAD DE LOS PADRES NOTIFICAR A LA OFICINA/ENFERMERA DE CUALQUIER CAMBIO DE LA INFORMACION DE ARRIBA. SOY CONSCIENTE DE LAS POLITICAS DEL DISTRITO SOBRE: ASISTENCIA, CÓDIGO DE CONDUCTA Y USO DE INTERNET / COMPUTADORA:

PLEASE LIST ANY ADDITIONAL NAMES OF PERSONS WHO MAY PICK UP YOUR CHILD

Enumere los nombres adicionales de las personas que pueden recoger a su hijo

NAME / Nombre	ADDRESS / Dirección	PHONE / Teléfono	RELATIONSHIP / Relación

PLEASE LIST ANY SIBLINGS ATTENDING IERICHO

Por favor escribe cualquier hermana/o en Iericho

Please list any siblings attending other MCCSD Schools **NAME/Nombre:** _____

SCHOOL/Escuela: _____

Por favor escribe cualquier hermana/ o en escuelas de MCCSD **NAME/Nombre:** _____

SCHOOL/Escuela: _____

IMPORTANT HEALTH INFORMATION FOR PARENTS

Dear Parent(s),

The Emergency Contact Card on the other side of this form is vital to the School Nurse when your child becomes ill in school. Please fill out and return it to your child's school nurse as soon as possible.

As a reminder, a physical examination is required in Grades Pre-K, K, 1, 3, 5, 7, 9 and 11 and for all new entrants to any school in the district. We prefer to have this examination performed by your family physician as he/she is the most familiar with your child's health needs and immunizations. If you do not have the examination performed by your own physician within thirty days of the first day of the current school year the nurse will arrange for the examination to be done by district school physician during the school year.

INFORMACIÓN IMPORTANTE DE SALUD PARA LOS PADRES

Queridos Padres,

La tarjeta de contacto de emergencia al otro lado de este formulario es vital para la enfermera escolar cuando su hijo(a) se enferma en la escuela. Complete y devuélvalo a la enfermera de la escuela de su hijo(a) lo antes posible.

Como recordatorio, se requiere un examen físico en los grados Pre-K, K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11 y para todos los nuevos participantes en cualquier escuela del distrito. Preferimos que su doctor familiar realice este examen médico ya que él / ella está más familiarizado con las necesidades de salud y las vacunas de su hijo(a). Si no tiene el examen realizado por su propio médico dentro de los treinta días posteriores al primer día del año escolar actual, la enfermera hará los arreglos para que el examen sea realizado por el médico de la escuela del distrito durante el año escolar.



Jericho Elementary PTA



every child. one voice



YOUR MEMBERSHIP MATTERS!!!!!!

Please join the Jericho Elementary PTA by filling out the form below and returning it (along with cash or check payment) in a sealed envelope labeled "Jericho PTA - Membership". If you would prefer to join online, you can purchase memberships at <https://nyspta-jericho.givebacks.com/store>. 40% of your membership fee goes directly to New York State while the remaining 60% will go towards this year's PTA budget. Our PTA funds events like school dances, our annual Fall Harvest Festival, and Field Day (just to name a few!).

It is important to note that in order to VOLUNTEER at ANY PTA events, you MUST be an active PTA member. This rule is in accordance with our New York State By-Laws. PTA meetings take place in our school cafeteria approximately every other month. Meetings are held at 7pm on Tuesday evenings unless noted otherwise and usually last about half an hour. Your children are welcome to join you. PTA Memberships cost \$10 each. Please make checks payable to Jericho PTA. *Fees and charges due to returned checks are the responsibility of the issuer. Your membership card will be emailed to you so be sure to include your preferred email address.

Thank you for your participation! We are VERY EXCITED to welcome you to Jericho PTA!



- *Jericho PTA*

MEMBERSHIP ENROLLMENT FORM

Member Name: _____
Spouse/Additional Member Name: _____
Contact Number: _____
Email Address (required): _____
Single Membership _____ @\$10/member for a total of \$10 *If paying check, please write check # here: _____
Additional Members _____ @\$10 per member for a total of \$ _____

*Please make checks payable to Jericho PTA. Fees and charges due to returned checks are the responsibility of the issuer. If you have any questions, you can email us at JerichoJaguarsPTA@gmail.com.

Student's Name	Grade	Teacher

On the line below, please share with us ANY way you can help Jericho PTA! Can you face paint at a school dance? Do you work at a restaurant that can donate a gift card for us to raffle off? Have any other ideas? We would LOVE to have your help!

*We will send home a separate Committee Form looking for volunteers for specific events.

Jericho Elementary PTA



every child. one voice



!!!SU MEMBRESÍA IMPORTA!!!

Únase a la PTA de la escuela primaria Jericho completando el formulario a continuación y devolviéndolo (junto con el pago en efectivo o con cheque) en un sobre sellado con la etiqueta "Jericho PTA - Membresía". Si prefiere unirse en línea, puede comprar membresías en <https://nyspta-jericho.givebacks.com/store>. El 40 % de su cuota de membresía se destina directamente al estado de Nueva York, mientras que el 60 % restante se destinará al presupuesto de la PTA de este año. Nuestra PTA financia eventos como bailes escolares, nuestro Festival anual de la cosecha de otoño y el Día del campo (¡solo por nombrar algunos!).

Es importante tener en cuenta que para OFRECERSE COMO VOLUNTARIO en CUALQUIER evento de la PTA, DEBE ser un miembro activo de la PTA. Esta regla está de acuerdo con nuestros estatutos del estado de Nueva York. Las reuniones de la PTA se llevan a cabo en la cafetería de nuestra escuela aproximadamente cada dos meses. Las reuniones se llevan a cabo a las 7 p. m. los martes por la noche, a menos que se indique lo contrario, y generalmente duran aproximadamente media hora. Sus hijos son bienvenidos a unirse a usted. Las membresías de la PTA cuestan \$10 cada una. Por favor, haga los cheques a nombre de Jericho PTA. *Las tarifas y los cargos por cheques devueltos son responsabilidad del emisor. Su tarjeta de membresía le será enviada por correo electrónico, así que asegúrese de incluir su dirección de correo electrónico preferida. ¡Gracias por su participación! Estamos MUY EMOCIONADOS de darle la bienvenida a Jericho PTA!



- Jericho PTA

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE MEMBRESÍA

Nombre: _____

Numero de Telefono: _____

Dirección de correo electrónico (obligatorio): _____

Membresía Única _____ @\$10/member * Si paga con cheque, escriba el número del cheque aquí: _____

* Haga los cheques a nombre de Jericho PTA. Los cargos y tarifas por cheques devueltos son responsabilidad del emisor. Si tiene alguna pregunta, puede enviarnos un correo electrónico a JerichoJaguarsPTA@gmail.com.

El nombre del estudiante	Grade	nombre del profesor



MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

8 43RD STREET • CENTEREACH, NY 11720
631-285-8005 • 631-738-2719 (fax) • www.mccsd.net

Roberta A. Gerold, Ed.D., Superintendent of Schools
James G. Donovan, Assistant Superintendent for Human Resources
Beth A. Rella, Ed.D., Assistant Superintendent for Business
Jonathan Singer, Assistant Superintendent for Instruction

Letter to Parents/Guardians for School Meal Programs-Community Eligibility Provision 2024-2024

Dear Parent or Guardian:

We are pleased to inform you that **Middle Country Central School District** will be implementing a meal certification option available to schools participating in the National School Lunch and School Breakfast Programs for the **2024-2025 School Year**.

What does this mean for your child(ren)?

Pending additional New York State funding, all students enrolled at a **Middle Country school** are eligible to receive a healthy breakfast and lunch at school at **no charge** to your household each day of the **2024-2025** school year. No further action is required of you. Your child(ren) will be able to participate in these meal programs without having to pay a fee or submitting an application.

Middle Country CSD is requesting all non-direct certified households to complete the Community Eligibility Provision (CEP) Household Income Eligibility Form as it is used to determine eligibility for additional State and Federal program benefits that your child(ren) may qualify for. This form is enclosed, and available on mccsd.net under Important Resource Information, Food and Nutrition and the Food Services Department page. You may also request a copy by calling (631) 285-8190 or sending an email to, foodservice@mccsd.net.

If you have any questions, please contact the Middle Country, Food Service Office at (631) 285-8190.

Sincerely,

Sharon Dyke
School Lunch Coordinator
Middle Country Central School District
14-43rd Street
Centereach, NY 11720
foodservice@mccsd.net

In accordance with federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity.

Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

To file a program discrimination complaint, a Complainant should complete a Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form which can be obtained online at: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, from any USDA office, by calling (866) 632-9992, or by writing a letter addressed to USDA. The letter must contain the complainant's name, address, telephone number, and a written description of the alleged discriminatory action in sufficient detail to inform the Assistant Secretary for Civil Rights (ASCR) about the nature and date of an alleged civil rights violation. The completed AD-3027 form or letter must be submitted to USDA by:

- (1) mail: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or
- (2) fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

The mission of the MCCSD is to empower and inspire all students to apply the knowledge, skills, and attitudes necessary to be creative problem solvers, to achieve personal success, and to contribute responsibly in a diverse and dynamic world.



MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

8 43RD STREET • CENTEREACH, NY 11720
631-285-8005 • 631-738-2719 (fax) • www.mccsd.net

Roberta A. Gerold, Ed.D., Superintendent of Schools
James G. Donovan, Assistant Superintendent for Human Resources
Beth A. Rella, Ed.D., Assistant Superintendent for Business
Jonathan Singer, Assistant Superintendent for Instruction

Carta a Los Padres/Tutores Sobre Los Programas de Comidas Escolares- Disposicion de Elegibilidad de la Comunidad 2024-2025

Estimado Padre o Tutor:

Nos complace informarle que **Middle Country Central School District** Implementará una nueva opción disponible para las escuelas que participan en el Programas Nacional de Desayunos y Almuerzos Escolares llamado Provisión de Elegibilidad de la Comunidad (CEP) para el año escolar **2024-2025**

¿Qué significa esto para usted y sus hijos?

Pendiente de financiación adicional del estado de Nueva York, todos los estudiantes matriculados en una escuela de **Middle Country** son elegibles para recibir un desayuno y almuerzo saludable en la escuela **sin ningún costo** para los padres cada día del año escolar **2024-2025**. No se requiere ninguna acción adicional de usted. Su(s) hijo(s) podrá participar en estos programas de alimentación sin tener que pagar para las comidas o presentar una aplicación.

Middle Country CSD solicita a todos los hogares certificados indirectamente que completen el Formulario de Elegibilidad de Ingresos del Hogar de la Provisión de Elegibilidad Comunitaria (CEP), ya que se utiliza para determinar la elegibilidad para beneficios adicionales del programa Estatal y Federal para los que su(s) hijo(s) pueden calificar. Este formulario está se encuentra adjunto, y disponible en mccsd.net en la página Información Importante sobre Recursos, Alimentos y Nutrición y Departamento de Servicios Alimentarios. También puede solicitar una copia llamando al (631) 285-8190 o enviando un correo electrónico a foodservice@mccsd.net.

Si tiene preguntas, por favor contacte nuestra Oficina de Servicio de Alimentos de Middle Country, (631) 285-8190.

Atentamente,

Sharon Dyke
School Lunch Coordinator
Middle Country Central School District
14-43rd Street
Centereach, NY 11720
(631) 285-8190
foodservice@mccsd.net

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), discapacidad, edad, o represalias o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano), deben comunicarse con la agencia estatal o local responsable que administra el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720- 2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (Forma AD-3027) que está disponible en línea en: <http://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17> o llame al (866) 632-9992 o mande por FAX, o escriba una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del denunciante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o su carta debe enviarse al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

La misión del MCCSD es empoderar e inspirar a todos los estudiantes para que apliquen el conocimiento, las habilidades y las actitudes necesarias para resolver problemas de manera creativa, lograr el éxito personal y contribuir responsablemente en un mundo diverso y dinámico.

Community Eligibility Provision (CEP)
Household Income Eligibility Form, School Year 2024-2025

Middle Country Central School District is participating in the Community Eligibility Provision (CEP) for the 2023-2024 school year. All children in the school will receive meals at no charge regardless of household income or completion of this form. MCCSD requests households to complete this form as it is used to determine eligibility for additional State and federal program benefits that your child(ren) may qualify for. Read the instructions on the back, complete only one form for your household, sign your name and return it to, Middle Country CSD/Food Service Office, 14, 43rd Street, Centereach, NY 11720 or to your child's school. Call (631) 285-8190, if you need assistance.

1. List ALL children in your household who attend school:

Student Name	School	Grade/Teacher	Foster Child	No Income
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

2. SNAP/TANF/FDPIR Benefits:
If anyone in your household receives either SNAP, TANF or FDPIR benefits, list their name and CASE # here. Skip to Part 5, and sign the application.

Name: _____ CASE # _____

3. Household Gross Income: List all people living in your household, how much and how often they are paid (weekly, every other week, twice per month, monthly). Do not leave income blank. If no income, check box. If you have listed a foster child above, you must report their personal income.

Name of household member	Earnings from work before deductions Amount / How Often	Child Support, Alimony Amount / How Often	Pensions, Retirement Payments Amount / How Often	Other Income, Social Security Amount / How Often	No Income
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	☐

4. Signature: An adult household member must sign this application.
I certify (promise) that all the information on this application is true and that all income is reported. I understand that the information is being given so the school may receive federal funds. The school officials may verify the information and if I purposely give false information, I may be prosecuted under applicable State and federal laws, and my children may lose meal benefits.

Signature: _____ Date: _____

Email Address:
Home Phone
Work Phone
Home Address

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE – FOR SCHOOL USE ONLY

Annual Income Conversion (Only convert when multiple income frequencies are reported on application)
Weekly X 52; Every Two Weeks (bi-weekly) X 26; Twice Per Month X 24; Monthly X 12

SNAP/TANF/Foster Income

Total Household Income/How Often:

Free Eligibility

Reduced Eligibility

Signature of Reviewing Official

Household Size:

Denied Eligibility

CEPI/Provision 2 Non-Base Year Household Income Form INSTRUCTIONS

PART 1

ALL HOUSEHOLDS MUST COMPLETE STUDENT INFORMATION. DO NOT FILL OUT MORE THAN ONE FORM FOR YOUR HOUSEHOLD.

- (1) Print the names of the children, including foster children, for whom you are applying on one form.
- (2) List their grade and school.
- (3) Check the box to indicate a foster child living in your household, and check the box for each child with no income.

PART 2

HOUSEHOLDS GETTING SNAP, TANF OR FDIIR SHOULD COMPLETE PART 2 AND SIGN PART 4.

- (1) List a current SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program), TANF (Temporary Assistance for Needy Families) or FDIIR (Food Distribution Program on Indian Reservations) case number of anyone living in your household. Do not use the 16-digit number on your benefit card. The case number is provided on your benefit letter.
- (2) An adult household member must sign the form in PART 4. **SKIP PART 3** - Do not list names of household members or income if you list a SNAP, TANF or FDIIR number.

PARTS 3 & 4

ALL OTHER HOUSEHOLDS MUST COMPLETE ALL OF PARTS 3 AND 4.

- (1) Write the names of everyone in your household, whether or not they get income. Include yourself, the children you are completing the form for, all other children, your spouse, grandparents, and other related and unrelated people living in your household. Use another piece of paper if you need more space.
- (2) Write the amount of current income each household member receives, before taxes or anything else is taken out, and indicate where it came from, such as earnings, welfare, pensions and other income. If the current income was more or less than usual, write that person's usual income. **Specify how often this income amount is received: weekly, every other week (bi-weekly), 2 x per month, monthly. If no income, check the box.** The value of any child care provided or arranged, or any amount received as payment for such child care or reimbursement for costs incurred for such care under the Child Care and Development Block Grant, TANF and At Risk Child Care Programs **should not be considered as income for this program.**

Family Educational Rights and Privacy Act of 1974 (FERPA)

The Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA) affords parents and students over 18 years of age ("eligible students") certain rights with respect to the student's education records. They are:

- (1) The right to inspect and review the student's education records within 45 days of the day the District receives a request for access. Parents and eligible students should submit to the school principal (or appropriate school official) a written request that identifies the record(s) they wish to inspect. The principal will make arrangements for access and notify the parent or eligible student of the time and place where the record(s) may be inspected.
- (2) The right to request the amendment of the student's education record(s) that the parent or eligible student believes inaccurate or misleading or otherwise in violation of the student's privacy under FERPA. Parents or eligible students may ask the Middle Country Central School District to amend a record they believe is inaccurate or misleading. They should write the school principal, clearly identify the part of the record they want changed, and specify why it is inaccurate or misleading. If the District decides not to amend the record as requested by the parent or eligible student, the District will notify the parent or eligible student of the decision and advise them of their right to a hearing regarding the request for amendment. Additional information regarding the hearing procedures will be provided to the parent or eligible student when notified of the right to a hearing.
- (3) The right to provide written consent before the District discloses personally identifiable information contained in the student's education records, except to the extent that FERPA authorizes disclosure without consent.

One exception, which permits disclosure without consent, is disclosure to school officials with legitimate educational interests. A school official is a person employed by the District as an administrator, supervisor, instructor, support staff member (including health or medical staff and law enforcement unit personnel), or a person serving on the School Board; a person or company with whom the District has contracted to perform a special task (such as an attorney, auditor, medical consultant, or therapist), or a parent or student serving on an official committee, such as a disciplinary or grievance committee, or assisting another school official in performing his or her tasks. A school official has a legitimate educational interest if the official needs to review an education record in order to fulfill his or her professional responsibility.

Another exception permits disclosure without consent to an authorized representative. An authorized representative is any individual or entity designated by a State or local educational authority or a Federal agency headed by the Secretary, the Comptroller General or the Attorney General to carry out audits, evaluations, or enforcement or compliance activities relating to educational programs.

The Board directs that "directory information" such as a student's name, address, telephone number, date and place of birth, major course of study, participation in school activities or sports, weight and height if a member of an athletic team, dates of attendance, degrees and awards received, and most recent school attended.

A directory of names, addresses and telephone numbers of 11th and 12th grade students will also be released to the Armed Services unless a written parental request is made preventing disclosure of this information.

Upon request, the District discloses education records without consent to officials of another school district in which a student seeks or intends to enroll.

- (4) The right to file complaint with the U.S. Department of Education concerning alleged failures by the District to comply with the requirements of FERPA. The name and address of the office that administers FERPA are:

Family Policy Compliance Office
U.S. Department of Education
400 Maryland Avenue, SW
Washington, DC 20202-5920

**All rights and protections given parents under the FERPA and this procedure transfer to the student when he or she reaches the age of 18 or enrolls in a post-secondary school. The student then becomes an "eligible student." The following information is designated as student "Directory Information:" student's name, address, date of birth, grade level, extra-curricular participation, awards or honors, photograph, height and weight (if a member of an athletic team), previous school attended, parent's name. "Directory Information" may be disclosed without prior written consent. Parents or eligible students will have two weeks from the beginning of the school year or date a student enrolls to advise the school district, in writing, of any and all items they refuse to permit the district to designate as directory information for the balance of the school year.*

Last Modified on January 11, 2019

Disposición de Elegibilidad Comunitaria (CEP) Formulario de elegibilidad para ingresos de vivienda,
Año Escolar 2024-2025

El Distrito Escolar Central de Middle Country está participando en la Provisión de Elegibilidad Comunitaria (CEP) en el año escolar 2023-2024. Los niños de la escuela recibirán comidas y leche sin costo, sin importar los ingresos de su hogar o si llenaron este formulario. Este formulario tiene la finalidad de determinar la elegibilidad para beneficios adicionales de programas estatales y federales que sus hijos podrían recibir. Lea las instrucciones al reverso, llene **solamente** un formulario por hogar, firmelo y a, **Middle Country CSD/Food Service Office, 14-43rd Street, Centereach, NY 11720 o a la escuela de su hijo. Llame al (631) 285-8190 si necesita ayuda.**

1. Escriba los nombres de todos los niños de su hogar que asisten a la escuela:

Nombre del estudiante	Escuela	Grado/Maestro	Hijo de acogida	Sin ingresos

2. Beneficios de SNAP/TANF/FDPIR:

Si algún miembro de su hogar recibe beneficios de SNAP, TANF o FDPIR, escriba su nombre y número de CASO aquí. Vaya a la parte 5 y firme la solicitud.

Nombre:

N.º de caso:

3. Ingresos brutos del hogar: Escriba los nombres de todas las personas que viven en su hogar, cuál es su sueldo y con qué frecuencia lo reciben (semanal, cada dos semanas, dos veces al mes, mensual). No deje el ingreso en blanco. Si no tiene ingresos, marque la casilla correspondiente. Si mencionó a un hijo de acogida antes, debe incluir sus ingresos personales.

Nombre del miembro del hogar	Ingresos del trabajo antes de deducciones Cantidad / Frecuencia	Manutención de menores, pensión por divorcio Cantidad / Frecuencia	Pensiones, pagos por jubilación Cantidad / Frecuencia	Otros ingresos, Seguro Social Cantidad / Frecuencia	Sin ingresos
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	
	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	\$ ____ / ____	

4. Firma: Un miembro adulto del hogar debe firmar esta solicitud.

Certifico (prometo) que toda la información en esta solicitud es veraz y que se han incluido todos los ingresos. Entiendo que la información se proporciona con el fin de que la escuela pueda recibir fondos federales. Los funcionarios escolares pueden verificar la información, y en caso de que haya proporcionado información falsa de manera deliberada puedo ser procesado de acuerdo con las leyes federales y estatales aplicables, y mi hijo puede perder los beneficios de comidas.

Firma:

Fecha:

Dirección de correo electrónico:

Teléfono de residencia

Teléfono de trabajo

Domicilio

NO ESCRIBA EN ESTE CUADRO – SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA

Conversion de los ingresos anuales (convierta solamente cuando se informen frecuencias de ingresos distintos en la solicitud) Semanal X 52; Cada dos semanas (catorceenal) X 26; Dos veces al mes X 24; Mensual X 12

SNAP/TANF/Acogida

Ingresos del hogar: Ingresos totales del hogar/Frecuencia: ____ / ____ Tamaño del hogar: ____

Elegibilidad gratuita Elegibilidad reducida Elegibilidad denegada

Firma del funcionario que revisa: _____

INSTRUCCIONES del formulario de ingresos del hogar para CEP/Disposición 2 en año no básico

PARTE 1

TODOS LOS HOGARES DEBEN LLENAR LA INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE. NO LLENE MÁS DE UN FORMULARIO PARA SU HOGAR.

- (1) Escriba en un solo formulario y con letra de molde los nombres de los niños para los que presenta la solicitud, incluyendo a los hijos de acogida.
- (2) Escriba sus grados y escuelas.
- (3) Marque la casilla para indicar a un hijo de acogida que vive en su hogar, y marque la casilla para cada hijo sin ingresos.

PARTE 2 **LOS HOGARES QUE RECIBEN SNAP, TANF O FDIPIR DEBEN LLENAR LA PARTE 2 Y FIRMAR LA PARTE 4.**

- (1) Escriba el número de caso vigente de SNAP (siglas en inglés del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria), TANF (siglas en inglés de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) o FDIPIR (siglas en inglés del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indias) de todas las personas que viven en su hogar. No use el número de 16 dígitos que aparece en su tarjeta de beneficios. El número de caso se encuentra en su carta de beneficios.
- (2) Un miembro adulto del hogar debe firmar la PARTE 4 del formulario. **OMITA LA PARTE 3** - No escriba los nombres ni los ingresos de los miembros del hogar si incluyó algún número de SNAP, TANF o FDIPIR.

PARTES 3 Y 4 **TODOS LOS DEMÁS HOGARES DEBEN LLENAR EN SU TOTALIDAD LAS PARTES 3 Y 4.**

- (1) Escriba los nombres de todos los miembros de su hogar, reciban o no ingresos. Incluyase a usted mismo, a los hijos por los que llena la solicitud, a todos sus demás hijos, a su cónyuge, a los abuelos y a las demás personas, con o sin parentesco, que viven en su hogar. Use otra hoja de papel si necesita más espacio.
- (2) Escriba el monto de los ingresos actuales que recibe cada miembro del hogar, antes de impuestos y de cualquier deducción, e indique de dónde proviene, como ingresos, beneficencia, pensiones u otros ingresos. Si los ingresos actuales fueron mayores o menores de lo usual, escriba los ingresos usuales de la persona. **Especifique con cuánta frecuencia recibe este monto de ingresos: semanal, cada dos semanas (quincenal), 2 veces al mes, mensual. Si no tiene ingresos, marque la casilla correspondiente.** El valor del cuidado de niños provisto u organizado, así como cualquier monto recibido como pago por dicho cuidado de niños y reembolso por costos incurridos debido a dicho cuidado de acuerdo con el Subsidio en Bloque para Cuidado y Desarrollo de Niños, TANF y Programas de Cuidado de Menores en Situación de Riesgo, no debe considerarse como ingreso para efectos de este programa.

DECLARACIÓN DE PRIVACIDAD (FERPA)

La Ley de privacidad y derechos educativos de la familia (FERPA) otorga a los padres/tutores y estudiantes mayores de 18 años (denominados "estudiantes elegibles" en este aviso) ciertos derechos con respecto a los registros educativos del estudiante. Ellos son:

- 1) El derecho a inspeccionar y revisar los registros educativos del estudiante dentro de los 45 días posteriores al día en que el Distrito Escolar de Middle Country recibe una solicitud de acceso. Los padres/tutores o estudiantes elegibles deberán presentar una solicitud por escrito al director de la escuela que identifica los registros que desean inspeccionar. El director hará los arreglos para el acceso y notificará a los padres o al estudiante elegible sobre la hora y el lugar donde se pueden inspeccionar los registros.
- 2) El derecho a solicitar la enmienda de los registros educativos del estudiante que el padre/tutor o el estudiante elegible crea que son inexactos o engañosos. Los padres/tutores o estudiantes elegibles pueden pedirle al Distrito Escolar de Middle Country que modifique un registro que creen que es inexacto o engañoso. Deben escribir al director de la escuela, identificando claramente la parte del registro que desean cambiar y especificar por qué creen que es inexacto o engañoso. Si el Distrito Escolar de Middle Country decide no enmendar el registro según lo solicitado por el padre/tutor o estudiante elegible, notificará la decisión al padre/tutor o al estudiante elegible cuando se le notifique el derecho a una audiencia de enmienda. Se proporcionará información adicional sobre los procedimientos de audiencia al padre/tutor o al estudiante elegible cuando se le notifique el derecho a una audiencia.
- 3) El derecho a dar su consentimiento para la divulgación de información personal contenida en los registros educativos del estudiante, excepto en la medida en que FERPA autorice la divulgación sin consentimiento. Una excepción que permite la divulgación sin consentimiento es la divulgación a funcionarios escolares con intereses educativos legítimos. Un funcionario escolar es una persona empleada por el Distrito Escolar de Middle Country como administrador, supervisor, instructor o miembro del personal de apoyo (incluido el personal médico o de salud y el personal de seguridad); una persona que sirve en la Junta de Educación; una persona o empresa contratada por el Distrito Escolar de Middle Country para realizar una determinada tarea (como un abogado, auditor, consultor médico o terapeuta), o un padre/tutor o estudiante que participe en un comité oficial, como un comité disciplinario o comité de quejas, o ayudar a otro funcionario escolar a realizar sus tareas.

Un funcionario escolar tiene un interés educativo legítimo si el funcionario necesita revisar un registro educativo para cumplir con sus responsabilidades profesionales. Previa solicitud, el Distrito Escolar de Middle Country divulga registros educativos sin consentimiento a los funcionarios de otro distrito escolar en el que un estudiante busca o tiene la intención de inscribirse. Además, la Ley de Educación Primaria y Secundaria revisada requiere que las escuelas secundarias divulguen la información del directorio de estudiantes (nombre, dirección, números de teléfono) a los reclutadores militares e "institutos de educación superior", que incluyen universidades, escuelas de oficios y escuelas técnicas. Sin embargo, bajo FERPA, los padres/tutores tienen derecho a prohibir la divulgación de información del directorio sin el consentimiento previo de los padres. Si los padres/tutores o estudiantes mayores de 18 años desean ejercer este derecho, se debe enviar una solicitud por escrito dentro de un (1) mes a partir del primer día de clases al Asistente del Superintendente de Educación Secundaria, en el **Middle Country CSD, Administrative Bldg., 8 43rd Street, Centereach, NY 11720.**

- 4) El derecho a presentar una queja ante el Departamento de Educación de los Estados Unidos sobre supuestos incumplimientos por parte del Distrito Escolar de Middle Country de cumplir con los requisitos de FERPA. Más información sobre las regulaciones de FERPA está disponible en cada edificio escolar del Distrito. FERPA se administra a través de la Oficina de Cumplimiento de Políticas Familiares, Departamento de Educación de los Estados Unidos, 400 Maryland Avenue, SW, Washington, DC 20202-4605

**MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES**

**8 43RD STREET • CENTEREACH, NY 11720
631-285-8650 • 631-285-8151 (fax) • www.mccsd.net**

*Roberta A. Gerold, Ed.D., Superintendent of Schools
Francine McMahon, Deputy Superintendent for Instruction
Beth Rella, Ed.D., Assistant Superintendent for Business
James G. Donovan, Assistant Superintendent for Human Resources
Joseph Mercado, Director of Health, Physical Education & Athletics*

ADMINISTRATION OF MEDICATIONS IN SCHOOL

Student's Name

Grade and School

New York State Law states that medication can be given to a child during school hours **only if the school nurse receives a note from the child's physician with the physician's signature. All medication must be in the original container and clearly labeled** stating:

1. Name of medication;
2. Time medication is to be given, and dosage;
3. A request that it be dispensed in school, together with a note from the parent/guardian giving the school nurse permission to dispense the medication.
4. Medication must be in its original sealed container.

MEDICATION TO BE TAKEN IN SCHOOL must be taken to the nurse's office by the parent/guardian. PLEASE do not have medication in school for a child to take on his/her own. We have many children who are allergic to various drugs. If any of these drugs should unknowingly fall into their hands, the results could be **FATAL**.

We cannot accept notes that are stamped, or signed by anyone other than your child's physician.

Dear Parent/Guardian of _____

Your child was receiving medication during the school year. Enclosed is the form needed to be completed by your child's doctor for the next school year. Please return the completed form to your child's nurse in September. Medications must be taken to the nurse's office by the parent/guardian.

Thank you for your cooperation.

Deborah Rouse R.N.

School Nurse

ADMINISTRATION OF MEDICATIONS IN SCHOOL

New York State Law requires that medications can be given during school hours only if the school nurse receives a note from your doctor, including his/her signature (stamped signatures, nurse's signatures or secretary's signatures cannot be accepted) stating:

1. Name of medication;
2. Time and dosage of medication to be given;
3. A request that it be dispensed in school, and a note from the parent giving the school nurse permission to dispense the medication;
4. The medication is in its original sealed container.

MEDICATION TO BE TAKEN IN SCHOOL must be taken to the nurse's office by the parent/guardian. **PLEASE** do not have medication in school for a child to take on his/her own. We have many children who are allergic to various drugs. If any of these drugs should unknowingly fall into their hands, the results could be **FATAL**.

Date: _____

To the Physician:

Please complete the following:

1. Child's Name _____
2. Name of Medication _____
3. Times to be given _____
4. Dosage to be given _____
5. Duration of time child is to receive medication _____

Physician's Signature _____

We cannot accept a stamped signature, or a signature of a nurse or secretary.

Office Stamp _____

To the Parent:

Please sign the following:

I hereby give my permission for the School Nurse to administer the medication as prescribed by my doctor for my child. All medication(s) must be taken to the nurse's office by the parent/guardian.

Parent's Signature

MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT

HEALTH SERVICES

8 43RD STREET • CENTEREACH, NY 11720

631-285-8650 • 631-285-8151 (fax) • www.mccsd.net

Roberta A. Gerold, Ed.D., Superintendent of Schools

Francine McMahon, Deputy Superintendent for Instruction

Beth Rella, Ed.D, Assistant Superintendent for Business

James G. Donovan, Assistant Superintendent for Human Resources

Joseph Mercado, Director of Health, Physical Education & Athletics

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

Nombre del estudiante

Grado y escuela

La ley del Estado de Nueva York establece que se pueden administrar medicamentos a un niño durante el horario escolar sólo si la enfermera de la escuela recibe una nota del médico del niño con la firma del médico. Todos los medicamentos deben estar en el envase original y claramente etiquetados indicando:

1. Nombre del medicamento;
2. Hora en que se debe administrar el medicamento y la dosis;
3. La solicitud de que se suministre en la escuela, junto con una nota de los padres/tutores en la que se autorice a la enfermera de la escuela a suministrar la medicación.
4. La medicación debe estar en su envase original cerrado.

5. Los medicamentos que se tomen en la escuela deben ser llevados a la enfermería por el padre/tutor. POR FAVOR, no tenga medicamentos en la escuela para que el niño los tome por su cuenta. Tenemos muchos niños que son alérgicos a varios medicamentos. Si alguno de estos medicamentos cayera en sus manos sin saberlo, los resultados podrían ser FATALES.

No podemos aceptar notas que estén selladas o firmadas por alguien que no sea el médico de su hijo.

Estimado padre/tutor de _____

Su hijo ha estado recibiendo medicamentos durante el año escolar. Adjunto está el formulario que debe completar el médico de su hijo para el próximo año escolar. Por favor, devuelva el formulario completado a la enfermera de su hijo en septiembre. Los medicamentos deben ser llevados a la oficina de la enfermera por el padre/tutor.

Gracias por su cooperación.

Enfermera de la escuela

Traducción realizada con la versión gratuita del traductor www.DeepL.com/Translator

ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS EN LA ESCUELA

La ley del Estado de Nueva York exige que los medicamentos se puedan administrar durante el horario escolar sólo si la enfermera de la escuela recibe una nota de su médico, que incluya su firma (no se aceptan firmas estampadas, de la enfermera o de la secretaria) en la que se indique

1. Nombre del medicamento;
2. Hora y dosis de la medicación a administrar;
3. La solicitud de que se dispense en la escuela, y una nota de los padres autorizando a la enfermera escolar a dispensar la medicación;
4. La medicación está en su envase original cerrado.

La medicación que se tome en la escuela debe ser llevada a la oficina de la enfermera por el padre/tutor. POR FAVOR, no tenga medicamentos en la escuela para que el niño los tome por su cuenta. Tenemos muchos niños que son alérgicos a varios medicamentos. Si alguno de estos medicamentos cayera en sus manos sin saberlo, los resultados podrían ser FATALES.

Fecha: _____

Para el médico:

Por favor, complete lo siguiente:

1. Child's Name _____
2. Nombre del medicamento _____
3. Horas de administración _____
4. Dosis a administrar _____
5. Duración de la medicación del niño _____

Physician's Signature _____

No podemos aceptar una firma con sello, ni la firma de una enfermera o secretaria.

Sello de la oficina

Para los padres:

Por favor, firme lo siguiente:

Por la presente doy mi permiso para que la enfermera de la escuela administre la medicación prescrita por el médico para mi hijo. Todos los medicamentos deben ser llevados a la oficina de la enfermera por el padre/tutor.

Firma de los padres



MIDDLE COUNTRY CENTRAL SCHOOL DISTRICT
HEALTH SERVICES

8 43RD STREET □ CENTEREACH, NY 11720
631-285-8650 □ 631-285-8151 (fax) □ www.mccsd.net

Roberta A. Gerold, Ed.D., Superintendent of Schools
Francine McMahon, Deputy Superintendent for Instruction
Beth Rella, Ed.D., Assistant Superintendent for Business
James G. Donovan, Assistant Superintendent for Human Resources
Joseph Mercado, Director of Physical Education, Health and Athletics

Dear Parent or Guardian,

Date: August 2024

Health care provider and parent permission is needed for all prescription and over the counter (OTC) medications used at school or school-sponsored activities.

- Parents/guardians are responsible for having medications delivered directly to the school in a properly labeled original container by an adult, unless the student has a health care provider attestation to carry and use their medication independently (see below).
- Please bring all medication directly to the school health office.
- If your child's health care provider decides your child can carry and use their diabetes, asthma or epinephrine auto-injector medication independently and you wish them to do so, they must put in writing (attest) that your child can do so safely. We have a form they can use to provide this information if they wish.
- Please provide emergency action plan from physician in the event of life threatening allergies
- Please ask the pharmacist to give you a **labeled container for prescription medications** so we can send this bottle on field trips.
- Sending **small containers of any OTC medications** makes it easier to send the correct amount needed on field trips and comply with New York State laws pertaining to medication storage.

Medication forms are available on our district web site or may be obtained from the School Health Office. Your physician may use their own form if desired.

We will be available for medication drop off on Monday, August 26th from 8:00am – 1:00pm.
If you need to make special arrangements to drop off medication, please call to make these arrangements.

Thank you in advance for your cooperation

School Nurse: Mrs. Rouse R.N. Phone: 631-285-8606

Fax: 631-285-8791 Email: drouse@mccsd.net

Dental Health Certificate

Parent/Guardian: New York State law (Chapter 281) permits schools to request an oral health assessment in the following grades: school entry, Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9, & 11. Your child may have a dental check-up during this school year to assess his/her fitness to attend school. Please complete Section 1 and take the form to your registered dentist or registered dental hygienist for an assessment. If your child had a dental check-up before he/she started the school, ask your dentist/dental hygienist to fill out Section 2. Return the completed form to the school's medical director or school nurse as soon as possible.

Section 1. To be completed by Parent or Guardian (Please Print)

Child's Name:		Last	First	Middle
Birth Date:	/ /	Sex: ☐ Male ☐ Female	Will this be your child's first oral health assessment? ☐ Yes ☐ No	
	Month Day Year			
School: Name				Grade
Have you noticed any problem in the mouth that interferes with your child's ability to chew, speak or focus on school activities? ☐ Yes ☐ No				

I understand that by signing this form I am consenting for the child named above to receive a basic oral health assessment. I understand this assessment is only a limited means of evaluation to assess the student's dental health, and I would need to secure the services of a dentist in order for my child to receive a complete dental examination with x-rays if necessary to maintain good oral health.

I also understand that receiving this preliminary oral health assessment does not establish any new, ongoing or continuing doctor-patient relationship. Further, I will not hold the dentist or those performing this assessment responsible for the consequences or results should I choose NOT to follow the recommendations listed below.

Parent's Signature _____

Date _____

Section 2. To be completed by the Dentist/ Dental Hygienist

I. The dental health condition of _____ on _____ (date of assessment) The date of the assessment needs to be within 12 months of the start of the school year in which it is requested. Check one:

Yes, The student listed above is in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

No, The student listed above is not in fit condition of dental health to permit his/her attendance at the public schools.

NOTE: Not in fit condition of dental health means, that a condition exists that interferes with a student's ability to chew, speak or focus on school activities including pain, swelling or infection related to clinical evidence of open cavities. The designation of not in fit condition of dental health to permit attendance at the public school does not preclude the student from attending school.

Dentist's/ Dental Hygienist's name and address

(please print or stamp)

Dentist's/Dental Hygienist's Signature

Optional Sections - If you agree to release this information to your child's school, please initial here.

II. Oral Health Status (check all that apply).

☐ Yes ☐ No **Caries Experience/Restoration History** – Has the child ever had a cavity (treated or untreated)? [A filling (temporary/permanent) OR a tooth that is missing because it was extracted as a result of caries OR an open cavity].

☐ Yes ☐ No **Untreated Caries** – Does this child have an open cavity? [At least ½ mm of tooth structure loss at the enamel surface. Brown to dark-brown coloration of the walls of the lesion. These criteria apply to pits and fissure cavitated lesions as well as those on smooth tooth surfaces. If retained root, assume that the whole tooth was destroyed by caries. Broken or chipped teeth, plus teeth with temporary fillings, are considered sound unless a cavitated lesion is also present].

☐ Yes ☐ No **Dental Sealants Present**

Other problems (Specify): _____

II. Treatment Needs (check all that apply)

☐ No obvious problem. Routine dental care is recommended. Visit your dentist regularly.

☐ May need dental care. Please schedule an appointment with your dentist as soon as possible for an evaluation.

☐ Immediate dental care is required. Please schedule an appointment immediately with your dentist to avoid problems.

Certificado de salud dental

Padre/tutor: La ley del Estado de Nueva York (Capítulo 281) permite que las escuelas soliciten una evaluación de la salud bucal en los siguientes grados: Ingreso a la escuela, Pre-K o K, 1, 3, 5, 7, 9 y 11. Su hijo puede someterse a un examen dental durante este año escolar para evaluar su aptitud para asistir a la escuela. Por favor, rellene la sección 1 y lleve el formulario a su dentista registrado o higienista dental registrado para que lo evalúe. Si su hijo se ha sometido a una revisión dental antes de empezar el colegio, pida a su dentista o higienista dental que rellene el apartado 2. Devuelva el formulario cumplimentado al director médico o a la enfermera del colegio lo antes posible.

Sección 1. Para ser completado por el padre o el tutor (por favor escriba en letra de molde)

Nombre del niño: _____
Apellido Primer Nombre Segundo

Fecha de nacimiento: // //
Month Day Año

Sexo: ☐ Hombre
☐ Mujer

¿Será esta la primera evaluación de la salud oral de su hijo? ☐ Sí ☐ No

Escuela: Nombre _____

Grado _____

¿Ha notado algún problema en la boca que interfiera con la capacidad de su hijo para masticar, hablar o concentrarse en las actividades escolares? ☐ Sí ☐ No

Entiendo que al firmar este formulario estoy dando mi consentimiento para que el niño nombrado arriba reciba una evaluación básica de salud oral. Entiendo que esta evaluación es sólo un medio limitado de evaluación para valorar la salud dental del estudiante, y que necesitaría asegurar los servicios de un dentista para que mi hijo reciba un examen dental completo con radiografías si es necesario para mantener una buena salud oral.

También entiendo que el hecho de recibir esta evaluación preliminar de salud oral no establece ninguna relación nueva, continua o de médico-paciente. Además, no responsabilizaré al dentista o a quienes realicen esta evaluación de las consecuencias o resultados si decido NO seguir las recomendaciones que se indican a continuación.

Firma de los padres _____

Fecha _____

Sección 2. A rellenar por el dentista/ higienista dental

I. El estado de salud dental de _____ en _____ (fecha de la evaluación) La fecha de la evaluación tiene que estar dentro de los 12 meses siguientes al inicio del curso escolar en el que se solicita. Marque una:

Sí, el estudiante mencionado arriba está en condiciones de salud dental que le permiten asistir a las escuelas públicas.

No, el estudiante arriba mencionado no está en condiciones de salud dental para permitir su asistencia a las escuelas públicas.

NOTA: No estar en condiciones de salud dental significa, que existe una condición que interfiere con la capacidad del estudiante para masticar, hablar o concentrarse en las actividades escolares, incluyendo el dolor, la hinchazón o la infección relacionada con la evidencia clínica de caries abiertas. La designación de no estar en condiciones de salud dental para permitir la asistencia a la escuela pública no impide que el estudiante asista a la escuela.

Nombre y dirección del dentista/ higienista dental _____

(en letra de imprenta o con sello) Firma del dentista/ higienista dental _____

Secciones opcionales - Si usted está de acuerdo en divulgar esta información a la escuela de su hijo, por favor ponga sus iniciales aquí.

II. Estado de salud bucodental (marque todo lo que corresponda).

☐ Sí ☐ No **Experiencia de caries/historia de restauraciones** - ¿Ha tenido el niño alguna vez una caries (tratada o no tratada)? [Un empaste (temporal/permanente) O un diente que falta porque fue extraído como resultado de una caries O una caries abierta].

☐ Sí ☐ No **Caries sin tratar** - ¿Tiene este niño una caries abierta? [Al menos ½ mm de pérdida de estructura dental en la superficie del esmalte. Coloración de marrón a marrón oscuro de las paredes de la lesión. Estos criterios se aplican a las lesiones cavitadas en fosas y fisuras, así como a las que se encuentran en superficies dentales lisas. Si la raíz está retenida, hay que suponer que todo el diente ha sido destruido por la caries. Los dientes rotos o astillados, así como los dientes con empastes provisionales, se consideran sanos, a menos que también esté presente una lesión cavitada].

☐ Sí ☐ No **Hay selladores dentales**

Other problems (Specify): _____

II. Necesidades de tratamiento (marque todo lo que corresponda)

☐ No hay ningún problema evidente. Se recomienda un cuidado dental rutinario. Visite a su dentista regularmente.

☐ Puede necesitar atención dental. Programe una cita con su dentista lo antes posible para una evaluación.

☐ Se requiere atención dental inmediata. Programe una cita inmediatamente con su dentista para evitar problemas.