



Departamento Escolar de New Bedford

455 County Street, Sala 105, New Bedford

Fax # 508-999-4037

Telefone # 508-997-4515

CENTRO DE REGISTRO FAMILIAR

Estamos muito contentes em servir os alunos e pais de New Bedford no nosso novo Centro de Registro Familiar! A nossa visão é criar um caminho claro para o ensino dos alunos desta bela cidade. A equipe está empenhada em ouvir as necessidades dos nossos pais e apoiá-los com os instrumentos para fazer a diferença na vida dos seus filhos.

No momento, estamos a aceitar **Matrículas para os Novos Alunos** para crianças do Jardim-escola ao 12º ano de escolaridade no Edifício Administrativo Paul Rodrigues, localizado na 455 County Street, sala 105, todos os dias de **Segunda a Sexta-feira, das 8:00 da manhã às 3:30 da tarde**. É recomendado marcar um horário.

Os pais ou encarregados devem fornecer os seguintes documentos:

- 1. Documentos Completos para a Matrícula do Aluno
 - *Todos os alunos do Jardim-escola necessitam ter o Questionário para os Pais*
- 2. Certidão de Nascimento ou Passaporte
- 3. Registros de Imunização (incluindo prova de avaliação de chumbo)
- 4. Prova de identificação com foto dos pais / encarregado
- 5. Duas (2) provas do endereço de New Bedford (Contrato de aluguel, conta de serviço público, conta de impostos, Correio dos EUA, licença de MA)
 - *Se não puder fornecer os documentos mencionados acima, fale com um especialista*
- 6. Documentos legais demonstrando tutela ou custódia
- 7. Último relatório de notas / transcrição atual
- 8. Plano de Educação Individual (IEP) ou Plano 504
- 9. Plano de Sucesso do Estudante EL (SSP) se disponível

Iniciais da Especialista de Registro _____



New Bedford School Department

455 County Street, Room 105, New Bedford

Fax No. 508-999-4037

Telephone No. 508-997-4515

FAMILY REGISTRATION CENTER

We are very excited to be serving the New Bedford students and parents/guardians in our new Family Registration Center! Our vision is to create a clear pathway to education for the students in this beautiful city. The team is invested in listening to the needs of our parents and supporting them with the tools to make a difference in the lives of their children.

We are currently accepting **New Student Registrations** for children in grades PK-12 at the Paul Rodrigues Administration Building located at 455 County Street, room 105, every day.

Monday-Friday 8:00am to 3:30pm. An appointment is highly recommended.

Parents or Guardians please provide the following documents:

- 1. Completed Student Registration Packet
 - *All Kindergarten students require Parent Questionnaire*
- 2. Birth Certificate or Passport
- 3. Immunization Records (including proof of lead screening)
- 4. Proof of parent/guardian photo identification
- 5. Two (2) proofs of New Bedford address (Lease, utility bill, tax bill, US Post Office, MA license)
 - *If you are unable to provide above listed items, please speak to a Registration Specialist*
- 6. Legal papers demonstrating guardianship or custody
- 7. Latest report card/current transcript
- 8. Individual Education Plan (IEP) or 504 plan
- 9. EL Student Success Plan (SSP) if available

Registration Specialist Initials_____

ESCOLAS PÚBLICAS DE NEW BEDFORD

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA DO ESTUDANTE

USO OFICIAL EXCUSIVO	
Student ID#: _____	Grade: _____
INFORMAÇÃO DO ESTUDANTE	
Último Nome: _____ Primeiro Nome: _____ Nome do Meio: _____ Data de Nascimento (MM/DD/AAAA): _____ Sexo: Masculino _____ Feminino _____ N _____ Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Telefone Primário: _____ Cidade/Lugar de Nascimento: _____ Telefone de Emergência: _____ País de Origem: _____	
Idioma Principal do Estudante (marque um): Inglês _____ Espanhol _____ Português _____ K'iché _____ Cabo Verdeano Crioulo _____ Árabe _____ Haitian Creole _____ Outro (escreva aqui) _____	
Étnia do Estudante (marque um): Não-Hispanico ou Não-Latino _____ Hispanico ou Latino _____	
Raça (marque todos que se aplicam): <i>Esta informação é necessária para os relatórios estaduais e federais do censo.</i> Branco _____ Negro ou Descendente Africano _____ Nativo de Havai ou Ilhas do Pacífico _____ Asiático _____ Índio americano/Nativo do Alasca _____ Você se identifica com um grupo de indígena? Sim _____ Não _____ Qual deles? _____	
INFORMAÇÃO DOS PAIS/ENCARREGADO/FAMÍLIA	
Pais/Encarregado 1: _____ Relação com a Criança: _____ Endereço: _____ Endereço linha 2: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Telefone Primário: _____ Telefone do Trabalho: _____ E-mail: _____ Irmãos do Estudante: _____ A criança vive com: SIM _____ NÃO _____	Pais/Encarregado 2: _____ Relação com a Criança: _____ Endereço: _____ Endereço linha 2: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Telefone Primário: _____ Telefone do Trabalho: _____ E-mail: _____ Irmãos do Estudante: _____ A criança vive com: SIM _____ NÃO _____
Pais/Responsável Militar ativo SIM _____ NÃO _____ (Serviço Ativo / Morreu durante o Serviço Ativo / Veterano / Medicamento Dispensado) Data em que foi dispensado(a) por razões médicas: _____	Pais/Responsável Militar ativo SIM _____ NÃO _____ (Serviço Ativo / Morreu durante o Serviço Ativo / Veterano / Medicamento Dispensado) Data em que foi dispensado(a) por razões médicas: _____
<input type="checkbox"/> Recebi os direitos linguísticos dos pais/encarregados para o acesso às informações essenciais da escola. Escreva o nome dos pais ou encarregados que está assinando abaixo: _____ Assinatura dos pais/encarregado: _____ Data: _____	

POR FAVOR, PREENCHA O OUTRO LADO

ESCOLAS PÚBLICAS DE NEW BEDFORD

FORMULÁRIO DE MATRÍCULA DO ESTUDANTE

INFORMAÇÃO ESCOLAR PRÉVIA

Nome da Escola: _____ Último Ano/Série: _____
Endereço da Escola: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
País: _____ Previamente matriculado(a) em New Bedford: SIM _____ NÃO _____

INFORMAÇÃO DOS ENCARREGADOS OU GUARDIÃO LEGAL

A pessoa preenchendo o formulário **deve** responder às seguintes três perguntas. Marque um quadrado ou explica a seção marcada.

1. Custódia Física:

- Esta criança vive comigo e um dos pais responsável, e nós compartilhamos a custódia física e legal.
- Esta criança vive comigo em tempo integral e eu tenho a custódia física (deve apresentar a papelada judicial).
- Esta criança vive comigo a tempo parcial e tenho a guarda conjunta física (deve fornecer nome e informação de contato de outros pais/responsáveis e documentos judiciais).
- Esta criança vive com o outro pais/responsável que tem a custódia física, mas eu tenho acesso a informação sobre a educação da criança. O outro pais/responsável é: _____ e sua relação à criança é: _____ (deve apresentar a papelada judicial).
- Outro, explica _____

2. Custódia Legal:

- Tenho a custódia legal da criança e eu posso tomar decisões médicas e educacionais sobre esta criança (deve apresentar a papelada judicial).
- A custódia legal é compartilhado com _____ (deve apresentar a papelada judicial).
- Eu não tenho a guarda legal da criança. A custódia legal dessa criança pertence a _____ e a relação à criança é: _____.

3. Se houver outros pais/encarregado sem custódia, por favor indique o nome, a relação à criança, endereço de contato e números de telefone e qualquer informação relevante abaixo:

Comentários:

Por favor, forneça qualquer documentação judicial para ajudar a escola na determinação de contatos familiares apropriados. Se houver ordens judiciais relacionadas ao tempo com os pais, custódia (física e/ou legal), acesso à educação, ordens de restrição, ordens de proteção à criança, ou qualquer outra coisa **relacionada diretamente à criança**, forneça essa documentação.



Escolas Públicas de New Bedford

New Bedford, MA

Inquérito Sobre o Idioma do Lar

Os regulamentos do Departamento de Educação Primária e Secundária de Massachusetts exigem que todas as escolas determinem o(s) idioma(s) falado(s) em casa de cada aluno, com o fim de identificar as suas necessidades linguísticas específicas. Esta informação é essencial para que as escolas ofereçam ensino significativo a todos os alunos. Se um idioma diferente do inglês for falado em casa, o distrito deve fazer uma avaliação adicional da sua criança. Por favor, ajude-nos a cumprir este requisito importante, respondendo às seguintes perguntas. Obrigado pela sua ajuda.

Informação do Aluno

Primeiro Nome _____	Nome do Meio _____	Sobrenome _____	F <input type="checkbox"/>	M <input type="checkbox"/>	N <input type="checkbox"/>
			Sexo		
País de Nascimento _____	Data de Nascimento (mm/dd/aaaa) _____	Data do primeiro registo em QUALQUER escola norte americana (mm/dd/aaaa) _____			

Informação da Escola

Nome da escola anterior, cidade e país _____
Ano de Escolaridade Atual _____ Colocado no Ano _____

Perguntas para os Pais/Encarregados

Qual é o idioma principal usado em casa, sem ter em conta o idioma falado pelo aluno(a)? _____	Que idiomas são usados para falar com a sua criança? (escolha um) (inclua os parentes - avós, tios, tias, etc. - e pessoa que toma conta da criança) _____ pouca frequência _____ às vezes _____ _____ com frequência _____ sempre _____ _____ pouca frequência _____ às vezes _____ _____ com frequência _____ sempre _____
Qual foi o primeiro idioma que a sua criança compreendeu e falou?	Que idioma você usa com mais frequência com a sua criança?
Há quantos anos frequenta o aluno as escolas dos E.U.A.? (não incluindo a Pré-escola) _____	Que idiomas usa a sua criança? (escolha um) _____ pouca frequência _____ às vezes _____ _____ com frequência _____ sempre _____ _____ pouca frequência _____ às vezes _____ _____ com frequência _____ sempre _____
Qual é a sua língua de comunicação preferida? Pais/Encarregado 1 _____ Relação ao aluno _____ Pais/Encarregado 2 _____ Relação ao aluno _____	Precisa de interpretação oral das informações escolares escritas? Pais/Encarregado 1 Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, que língua? _____ Pais/Encarregado 2 Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, que língua? _____
Precisa receber informações por escrito da escola no seu idioma preferido? Pais/Encaregado 1 Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, que língua? _____ Pais/Encarregado 2 Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, que língua? _____	Precisa de interpretação oral nas reuniões escolares da sua criança? Pais/Encaregado 1 Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, que língua? _____ Pais/Encarregado 2 Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Se sim, que língua? _____
Assinatura dos pais/encarregados: X _____	_____/_____/20 Data de hoje: (mm/dd/aaaa)



NEW BEDFORD PUBLIC SCHOOLS
PAUL RODRIGUES ADMINISTRATION BUILDING
 455 COUNTY STREET, FAMILY REGISTRATION CENTER, ROOM 105
 NEW BEDFORD, MASSACHUSETTS 02740
 www.newbedfordschools.org

(508) 997-4511 ext. 14661 Fax (508) 999-4037

AUTHORIZATION TO RELEASE INFORMATION AND RECORDS

Please Print

I, _____, am the parent or guardian of
(Parent or Legal Guardian's Name/Nombre del padre o encargado legal/Nome dos pais ou encarregado)

_____. I hereby authorize New Bedford Public
(Name of Student/ Nombre del estudiante/ Nome do estudante)

Schools to communicate and exchange documentation, records, and other information pertaining to:

(Name of Student/Nombre del estudiante/ Nome do estudante) _____
(Date of Birth/Fecha de Nacimiento/Data do nascimento) _____
(School/Escuela/Escola)

with the following individual(s), provider(s), agency, facility:

 School Fax Number

(Name, address and phone number of individual, provider, agency, or facility authorized to receive information)

I understand that the information to be shared and released includes, but may not be limited to, the following:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Evaluation Reports | <input type="checkbox"/> Discipline Records |
| <input type="checkbox"/> Special Education Records | <input type="checkbox"/> Assessment Results |
| <input type="checkbox"/> Attendance Records | <input type="checkbox"/> Case Note Summaries |
| <input type="checkbox"/> Teacher Reports | <input type="checkbox"/> Regular Education Records |
| <input type="checkbox"/> Medical Records | <input type="checkbox"/> English Learners Records |
| | <input type="checkbox"/> Other (Please Specify) |

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____
(Firma del padre o encargado legal/Assinatura dos pais ou encargados) *(Fecha/Data)*

Witness Signature: _____ Date: _____

It is understood that a photocopy of this request shall be considered as valid as an original.



ESCOLAS PÚBLICAS DE NEW BEDFORD
PERFIL DE SAÚDE DO ESTUDANTE

• **INFORMAÇÃO DO ESTUDANTE**

Nome da Criança: _____ Data de Nascimento: _____

País de Nascimento: _____

Médico da Criança: _____ Data do Último Exame Físico: _____

A sua criança vê qualquer outro médico? Sim _____ Não _____

Se a resposta é sim, nome e tipo de médico: _____

• **ALERGÍAS**

A sua criança tem alergias? Sim _____ Não _____

Se sim, por favor faça uma lista: _____

Para criança com alergias, existem tratamentos que são usados se a sua criança tem uma reação?

Sim _____ Não _____

Se sim, por favor faça uma lista: _____

Que tipo de reação tem a sua criança? _____

• **DIETA/COMIDA**

A sua criança está numa dieta especial? Sim _____ Não _____

Se a resposta é sim, tipo de dieta e alimentos específicos que deve evitar? _____

• **MEDICAMENTOS**

A sua criança toma medicamentos regularmente ou quando é necessário? Sim _____ Não _____

Se sim, por favor faça uma lista:

Nome do Medicamento:

Hora que o medicamento é tomado:

“POR FAVOR, SIGA PARA O OUTRO LADO”

• **TRATAMENTO ESPECIAL**

A sua criança necessita de algum procedimento ou tratamento especializado diariamente?

(Exemplo: Cateterismo de urina, tubo no estômago para aceitar a comida?) Sim _____ Não _____

Se sim, por favor faça uma lista: _____

• **HISTORIA MÉDICA**

A sua criança tem alguma condição crónica de saúde, como: (Asma, Diabetes, Convulsões, etc.)?

Sim _____ Não _____ Se sim, por favor faça uma lista: _____

A sua criança fez alguma cirurgia? Sim _____ Não _____

Se sim, que tipo de cirurgia e o ano: _____

A sua criança já foi examinada ou tratada por causa de TB (Tuberculose)? Sim _____ Não _____

A sua criança já esteve fora dos Estados Unidos por mais de 30 dias? Sim _____ Não _____

Se sim, por favor indique o local e as datas: _____

• **HOSPITALIZAÇÕES**

Por favor faça uma lista de qualquer hospitalização que a sua criança teve:

Data

Razão porque foi Hospitalizada

• **SERVIÇOS ADICIONAIS DE SAÚDE**

A sua criança actualmente recebe serviços de fonoaudiologia, terapia ocupacional ou fisioterapia?

Sim _____ Não _____ Se sim, escreva que tipo de serviço, e lugar onde a sua criança recebe estes

serviços: _____

A sua criança tem ou usa algum destes objetos? (Lentes de contato, Oculos, Aparelho para os ouvidos, Tubos nos ouvidos, Braçadeira para os braços ou pernas, Cadeira de rodas)?

Sim _____ Não _____ Se sim, por favor faça uma lista: _____

Há mais alguma coisa na história de saúde de sua criança que a enfermeira da escola deveria saber?

Sim _____ Não _____ Se sim, por favor faça uma lista: _____

Notificação dos pais sobre consentimento ao Distrito Escolar de Massachusetts para acesso único aos benefícios MassHealth (Medicaid)

Escolas Públicas de New Bedford (0201)

Contato na escola/distrito:

Matthew Kravitz-Diretor Executivo
Educação Especial e Serviços Estudantis
455 County Street, New Bedford, MA 02740 **508-997-4511 Ext. 14400**

Prezado pai/mãe/encarregado(a):

O objetivo desta carta é solicitar sua autorização (ou consentimento) para compartilhar informações, sobre o(a) seu/sua filho(a), com o MassHealth. As comunidades locais de Massachusetts receberam aprovação para recebimento de reembolso parcial do MassHealth, pelo custo de certos serviços relativos à saúde, oferecidos pelo distrito ao(à) seu/sua filho(a). Para que a nossa comunidade possa receber o reembolso parcial do dinheiro gasto nos serviços, o distrito escolar precisa compartilhar os seguintes tipos de informação, sobre seu/sua filho(a), com o MassHealth: nome; data de nascimento; sexo; tipo de serviços fornecidos, quando e por quem; e o número de registro no MassHealth.

Com o seu consentimento, o distrito escolar poderá solicitar, ao MassHealth, o reembolso parcial pelos serviços fornecidos, incluindo, além de outros: teste auditivo ou exame oftalmológico; exame físico escolar anual; terapia ocupacional ou de fala; algumas das consultas com a enfermeira da escola; e os serviços de aconselhamento com o(a) assistente social ou psicólogo(a) da escola. A cada ano, o distrito enviará a você uma notificação sobre o seu consentimento. Você não precisará assinar um formulário a cada ano.

O distrito escolar não pode compartilhar informações sobre o(a) seu/sua filho(a) com o MassHealth, sem a sua autorização. Enquanto você toma a decisão de conceder a autorização, por favor, tome conhecimento do seguinte:

1. O distrito escolar não pode exigir sua inscrição no MassHealth como condição para que seu/sua filho(a) receba os serviços relativos à saúde e/ou educação especial, aos quais seu/sua filho(a) tem direito.
2. O distrito escolar não pode exigir que você faça nenhum pagamento dos custos dos serviços relativos à saúde e/ou educação especial. Isso significa que o distrito escolar não pode exigir que você faça o copagamento ou o pagamento do dedutível, com fins de cobrar o MassHealth pelos serviços prestados. O distrito escolar pode concordar em pagar o copagamento ou o dedutível, caso um desses custos seja esperado.
3. Caso você conceda autorização ao distrito escolar para compartilhar informações e solicitar reembolsos do MassHealth:
 - a. Isso não afetará a disponibilidade de cobertura por vida, bem como nenhum outro benefício do MassHealth para seu/sua filho(a); isso também não limitará, de modo nenhum, o direito que a sua própria família tem de utilizar os benefícios do MassHealth fora da escola.
 - b. O seu consentimento não afetará os direitos aos serviços de educação especial ou ao programa de educação individualizada (IEP) do(a) seu/sua filho(a), de modo nenhum, caso seu/sua filho(a) seja elegível para os mesmos.
 - c. O seu consentimento não resultará em nenhuma alteração de direitos do(a) seu/sua filho(a) em relação ao MassHealth, e;
 - d. O seu consentimento não resultará em nenhum risco de perda de elegibilidade para outros programas financiados pelo Medicaid ou MassHealth.
4. Caso conceda autorização, você tem o direito de mudar sua decisão e revogar a autorização a qualquer altura.
5. Caso revogue sua autorização, ou se recuse a autorizar que o distrito escolar compartilhe os registros e informações do(a) seu/sua filho(a) com o MassHealth, com fins de solicitar reembolso de custo de serviços, o distrito escolar continuará a ser o responsável pelo fornecimento dos serviços ao(à) seu/sua filho/filha sem nenhum custo para você.

Eu li e entendi a notificação. Todas as perguntas que eu tinha foram respondidas. Eu concedo autorização ao distrito escolar para compartilhar, com o MassHealth, os registros e informações sobre meu(s)/minha(s) filho(s)/filha(s) e os serviços relativos a saúde que recebe(m), conforme necessário. Eu entendo que isso auxiliará nossa comunidade a receber reembolso parcial pelos serviços cobertos pelo MassHealth.

Assinatura do pai/mãe/encarregado(a): _____

Data: _____

Nome do(a) estudante:	Data de nascimento:	*SASID # (inserido pelo distrito):
Nome do(a) estudante:	Data de nascimento:	*SASID # (inserido pelo distrito):
Nome do(a) estudante:	Data de nascimento:	*SASID # (inserido pelo distrito):

*Registro estadual do(a) estudante (SASID)



Escolas Públicas de New Bedford
Questionário de Elegibilidade McKinney-Vento

Nome do Aluno(a): _____ Data de Nasc.: _____ Ano: _____

Este questionário destina-se a abordar a Lei McKinney-Vento 42 U.S.C. 11435. As respostas sobre a informação de residência nos ajudarão a determinar os serviços que a sua criança pode ser elegível para receber.

1. O seu endereço atual é devido à violência doméstica ou uma situação de emergência? Sim____ Não____
2. Este arranjo de vida é devido à perda de habitação, dificuldades económicas ou razões semelhantes?
Sim____ Não____

Se respondeu **SIM** às perguntas acima, preencha o resto deste formulário. Se respondeu **NÃO**, pode parar aqui.

Onde está o aluno a morar atualmente? (Escolha um lugar)

- Num abrigo**
- Com família, pessoa amiga ou conhecida, Mudando-se de um lugar para outro**
- Num lugar não projetado para acomodações comuns para dormir (ex. carro, parque, acampamento, cave, chão, sala de estar)**
- Hotel / motel**

Nome dos irmãos: _____

Nome do Pai/Mãe/Encarregado Legal _____

Endereço _____ Telefone _____

Assinatura dos Pais;/Encarregado Legal _____ Data _____

Uso Oficial Somente

FWC McKinney-Vento PSS Signature: _____ Date: _____

Code: A B C D E F

Inquérito sobre a Experiência no Ensino Infantil

Por favor, marque ao lado da opção que melhor descreve a experiência pré-escolar da sua criança no ano letivo antes de entrar no Jardim-escola. Selecione apenas uma opção e indique as horas, quando aplicável. Obrigado!

Nome da criança: _____

Data de Nascimento: _____

- A minha criança não teve nenhuma experiência formal nos programas infantis.
- A minha criança não teve nenhuma experiência formal nos programas infantis mas participou nos serviços Coordenados para as Famílias e Participação Comunitária (Coordinated Family and Community Engagement) (CFCE).
- A minha criança não teve nenhuma experiência formal nos programas infantis mas participou nos serviços do Programa para Pais e Crianças (Parent Child Home Program) (PCHP)
- A minha criança não teve nenhuma experiência nos programas infantis mas participou em **AMBOS** serviços Coordenados para as Famílias e Participação Comunitária (CFCE) **E** Programa para Pais e Crianças (PCHP).
- A minha criança frequentou um programa proporcionado por um provedor de cuidados infantis licenciado (Licensed Family Child Care Provider) (**indique as horas abaixo**)
- ___ Menos de 20 horas por semana
- ___ Mais de 20 horas por semana
- A minha criança frequentou um programa baseado num centro (Center Based Program) (**indique as horas abaixo**)
- ___ Menos de 20 horas por semana
- ___ Mais de 20 horas por semana
- A minha criança frequentou **AMBOS** programas com um provedor de cuidados infantis licenciado **E** um programa baseado num centro. (**indique as horas abaixo**)
- ___ Menos de 20 horas por semana
- ___ Mais de 20 horas por semana

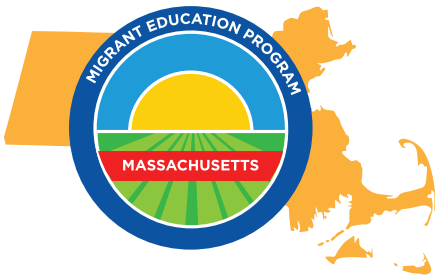
Definições:

Serviços Coordenados para as Famílias e Participação Comunitária - *Coordinated Family and Community Engagement (CFCE)*: programas locais que servem as famílias com filhos de idade desde os recém-nascidos até à idade escolar (por exemplo, grupos de atividades para pais / crianças, atividades entre pais e filhos).

Programa para Pais e Crianças - *Parent Child Home Program (PCHP)*: programa modelo de visitas domiciliares financiado pelo Departamento de Educação e Cuidado Infantil.

Cuidados infantis familiares prestados por pessoal licenciado: *Licensed Family Childcare*: refere-se a assistência à criança proporcionado por pessoal do EEC licenciado num ambiente de grupo ou numa residência. Pode incluir cuidados na casa de um membro da família, se o provedor for um parente e um prestador de cuidados infantis licenciado pelo EEC que presta cuidados a crianças de várias famílias.

Cuidado Infantil num Centro (*Center-Based Care*): refere-se a cuidar de crianças num ambiente de grupo, incluindo pré-escolas públicas e privadas, Head Start, creches e pré-escolas públicas integradas.



PROGRAMA DE EDUCAÇÃO MIGRANTE DE MASSACHUSETTS

PESQUISA DE ELEGIBILIDADE

VOCÊ E SEUS FILHOS PODEM SE QUALIFICAR PARA SERVIÇOS GRATUITOS SE:

Nos últimos três (3) anos, você ou alguém com quem você mora:

1. Mudou-se de uma cidade ou país para outra cidade? Sim Não

2. Trabalhou ou procurou trabalho em alguma das seguintes áreas? Por favor, verifique se sim:



**Processamento de
Peixe/Marisco**



Trabalho agrícola
incluindo tabaco



**Processamento de
vegetais/frutas/carnes**

Limpeza e embalagem de produtos
Corte e desossa de carne



**Indústria de
Laticínios**



Viveiro de plantas

Por favor me ligue para verificar se eu qualifico para o seu programa:

Meu nome é: _____

O nome do meu filho/filha é: _____

Meu número de telefone é: _____

OS SERVIÇOS GRATUITOS INCLUEM: tutoria, classes de Inglês, apoio direto à família, programas de verão, conectando você e seus filhos com apoios escolares e agências comunitárias

CONTATE-NOS

POR FAVOR NOS LIGUE, ENVIE UMA MENSAGEM OU USE O WHATSAPP
Falamos Inglês, Espanhol e Português

SUZANA AMARAL
978.604.4926

HODALIZ BORRAYES
413.531.9838

Censo da Cidade de New Bedford

Data: _____

Pergunta	Resposta
Por favor forneça os endereços, Cidade, Estado ou País dos últimos 5 anos	1. _____
	2. _____
	3. _____
	4. _____
	5. _____

FRC atualizado 7.11.22

Razão de se mudar para New Bedford: _____

Pesquisa do Centro de Registro da Família

Como foi o serviço prestado? mau relativo bom muito bom excelente

Comentários: _____

Data: _____

Atualizado 1.15.20

