

# ESCUELAS PUBLICAS DE BUTLER

## FORMULARIO DE ACTUALIZACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Del estudiante Nombre \_\_\_\_\_

El Estado de Nueva Jersey pide que diversas informaciones acerca de un estudiante del estado de salud también deben recogerse. Esta información se utilizará para ayudar a los estudiantes en la recepción de beneficios para la salud. (La presentación de esta información es opcional.)

Seguro de Salud (un círculo)                      Sí   o   No

Seguro de Salud del Proveedor \_\_\_\_\_

Atención: NJ FamilyCare proporciona gratuitamente al bajo costo de seguro de salud para niños no asegurados y de algunos padres de bajos ingresos. Para más información llame al 800-701-0710 o visite [www.njfamilycare.org](http://www.njfamilycare.org) para aplicar en línea.

Es posible que la liberación de mi nombre y dirección a la NJ FamilyCare Programa se ponga en contacto conmigo sobre el seguro de salud.

Firma: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Requiere el consentimiento por escrito de conformidad al 20 de U.S.C. § 1232g (b) (1) y 34 C.F.R. 99,30 (b).

Fecha de su último examen médico : \_\_\_\_\_

**Por favor, complete la siguiente información sólo si se ha producido un cambio desde el año pasado.**

Address \_\_\_\_\_

Nombre de la madre	del Padre
Ocupación	Ocupación
La dirección de la empresa	La dirección de la empresa
Teléfono	Teléfono
Dirección de correo electrónico	Dirección de correo electrónico

Estudiante vive con:  Madre  Padre  Guardián  Madrastra  Padrastro

Si procede- Guardián Nombre \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Oficial Affidavit \_\_\_\_\_

PERSONA DE NOTIFICAR SI UNO NO PUEDE SER ALCANZADO EN CASA:

Nombre	Nombre
Dirección	Dirección
Teléfono	Teléfono

Relación	Relación
----------	----------

Estudiante puede ser puesto en libertad a nadie antes mencionados (un círculo) Sí No

Estudiante no puede ser puesto en libertad a (copia de la orden judicial requerida ): \_\_\_\_\_