



**Carteret  
Public  
Schools**

# ਪ੍ਰੀਕੇ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੀ ਜਾਣਕਾਰੀ

2025 - 2026 ਨਾਮਾਂਕਣ ਦੀ ਮਿਆਦ





Carteret Public Schools

# PreK ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ



## PreK ਸੰਮਲਿਤ ਕਲਾਸਰੂਮ

ਸਾਡੇ ਹਰੇਕ PreK ਕਲਾਸਰੂਮ ਵਿੱਚ 15 ਵਿਦਿਆਰਥੀ ਹੋ ਸਕਦੇ ਹਨ ਅਤੇ ਇਹ ਸਾਰੇ ਸਿਖਿਆਰਥੀਆਂ ਨੂੰ ਸ਼ਾਮਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।

## ਹੋਮ ਸਕੂਲ ਪਲੇਸਮੈਂਟ

ਸਾਰੇ ਸਥਾਨਾਂ 'ਤੇ, ਪੂਰੇ PreK ਪ੍ਰੋਗਰਾਮ ਵਿੱਚ ਸਪੇਸ ਸੀਮਤ ਹੈ ਅਤੇ ਨਾਮਾਂਕਣ 'ਤੇ ਆਧਾਰਿਤ ਹੈ। ਹੋਮ ਸਕੂਲ ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਦੀ ਗਾਰੰਟੀ ਨਹੀਂ ਹੈ।

## PreK ਸਵੈ-ਸ਼ਾਮਲ ਕਲਾਸਰੂਮ

ਅਸੀਂ ਆਪਣੇ ਹਰੇਕ ਐਲੀਮੈਂਟਰੀ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ PreK ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦੇ ਹਾਂ।

## ਆਵਾਜਾਈ

PreK ਲਈ ਆਵਾਜਾਈ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ (ਭਾਵੇਂ ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਹੋਮਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਨਾ ਹੋਵੇ)

# ਕੀ ਮੇਰਾ ਬੱਚਾ ਪ੍ਰੀ ਕੇ ਲਈ ਯੋਗ ਹੈ?

## PreK3

1 ਅਕਤੂਬਰ, 2025 ਤੱਕ 3  
ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਦੇ ਬੱਚੇ

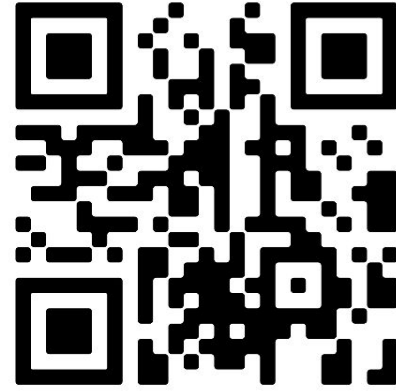
## PreK4

ਜਿਹੜੇ ਬੱਚੇ 1 ਅਕਤੂਬਰ,  
2025 ਤੱਕ 4 ਸਾਲ ਦੀ  
ਉਮਰ ਦੇ ਹਨ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਚਿੰਤਤ ਹੋ ਕਿ ਤੁਹਾਡਾ ਪ੍ਰੀਸਕੂਲ ਬੱਚਾ, ਜਿਸਦੀ ਉਮਰ ਤਿੰਨ ਤੋਂ ਪੰਜ ਸਾਲ ਹੈ, ਵੱਖਰੇ ਢੰਗ ਨਾਲ ਵਿਕਾਸ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਡਿਸਟ੍ਰਿਕਟ ਡਿਪਾਰਟਮੈਂਟ ਆਫ਼ ਸਪੈਸ਼ਲ ਸਰਵਿਸਿਜ਼ ਨੂੰ 732-541-8960 x6015 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹੋ। ਮਾਪੇ ਵਿਸ਼ੇਸ਼ ਸੇਵਾਵਾਂ ਵਿਭਾਗ ਦੇ ਧਿਆਨ ਵਿੱਚ ਸਿੱਖਿਆ ਬੋਰਡ ਨੂੰ ਇੱਕ ਹਸਤਾਖਰਿਤ ਪੱਤਰ ਭੇਜ ਕੇ ਬਾਲ ਅਧਿਐਨ ਟੀਮ ਦੇ ਮੁਲਾਂਕਣ ਦੀ ਬੇਨਤੀ ਕਰ ਸਕਦੇ ਹਨ।



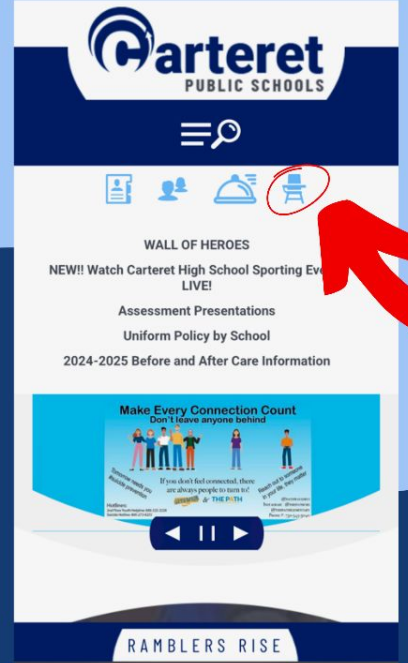
# ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿੱਥੇ ਜਾਵਾਂ?



ਸਕੈਨ / ਮੈਨੂੰ ਕਲਿੱਕ ਕਰੋ

QR ਕੋਡ ਨੂੰ ਸਕੈਨ ਕਰੋ ਜਾਂ ਕਲਿੱਕ ਕਰੋ ਜਾਂ

[www.carteretschools.org](http://www.carteretschools.org) 'ਤੇ ਜਾਓ ਅਤੇ 'ਵਿਦਿਆਰਥੀ  
ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ' / ਸਕੂਲ ਡੈਸਕ ਆਈਕਨ 'ਤੇ ਕਲਿੱਕ ਕਰੋ।





# ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਕਿਵੇਂ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਾਂ?

1



ਇੱਕ ਵਾਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ  
ਪੰਨੇ 'ਤੇ, ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ  
ਤਾਂ ਅਨੁਵਾਦ ਕਰਨ ਵਾਲੀ  
ਭਾਸ਼ਾ ਦੀ ਚੋਣ ਕਰੋ

2



ਪ੍ਰੀ-ਕੇ ਚੁਣੋ

3



ਪੜਾਅ 1 ਪੂਰਾ ਕਰੋ  
(ਪੂਰਵ-ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ)

4



ਕਦਮ 1 ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਨਾਲ ਇੱਕ  
ਪੁਸ਼ਟੀਕਰਨ ਪੰਨਾ ਤਿਆਰ ਹੋਵੇਗਾ, ਜੋ  
ਤੁਹਾਨੂੰ ਕਦਮ 2 ਅਤੇ ਇੱਕ ਪ੍ਰੀ-  
ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ID# ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨ ਲਈ  
ਨਿਰਦੇਸ਼ ਦੇਵੇਗਾ। ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਨੂੰ ਪੁਸ਼ਟੀ  
ਨਹੀਂ ਦਿਖਾਈ ਦਿੰਦੀ, ਤਾਂ ਤੁਸੀਂ ਕਦਮ 1  
ਨੂੰ ਸਫਲਤਾਪੂਰਵਕ ਪੂਰਾ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਹੈ

Carteret Public Schools

599 Roosevelt Avenue, Carteret, NJ 07005  
Main Office: 732-541-8960

✓ Complete



District



Translate


User Options

# ਕਿਵੇਂ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਨ ਲਈ ਜਾਰੀ ਰੱਖਿਆ

5



ਪੂਰਾ ਪੜਾਅ 2 (ਲੋੜੀਂਦੇ  
ਦਸਤਾਵੇਜ਼)

 <b>RAMBLERS RISE CARTERET PUBLIC SCHOOLS</b> <a href="http://www.carteretschools.org">www.carteretschools.org</a>	
<b>Required Documents Checklist</b>	
1.	<b>Original birth Certificate</b> (with raised seal) – must be in English
2.	<b>Parent/Guardian Photo ID</b>
3.	<b>Proof of address</b> (4 items in total) <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Deed (if you own the home)</li> <li>➤ Current Lease or Notarized Affidavit (if you rent/don't have deed available) (Please note child/children's names must be on lease or affidavit)</li> <li>➤ Three (3) additional documents such as: property tax bill, mortgage, voter registration, vehicle registration, license, permit, bank statement, utility bills, credit card bill, phone bill, pay stub, or cancelled checks.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>**PLEASE NOTE**</b> Proof must be in the Parent/Guardian's Name</p>
4.	<b>Current Medical Records</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Physical (the Universal Child Health Record must be signed &amp; stamped by physician)</li> <li>➤ Immunizations Record</li> <li>➤ (records from a different country must be transcribed, signed &amp; stamped by US physician)</li> <li>➤ TB test required if student was born/traveled outside the USA</li> </ul>
5.	<b>Custody</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Any legal document concerning a settlement agreement and/or court order (if applicable) regarding parental rights/limitations due to divorce or separation; Guardianship</li> </ul>
6.	<b>School Records</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Any previous school records including Special Services, most current IEP/Evaluations, LEP or 504 Plan</li> </ul>
7.	<b>Document Submission</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ PreK Registrants email/text documents to: <a href="mailto:scollazo@carteretschools.org">scollazo@carteretschools.org</a> / 862.904.8225</li> <li>➤ K – 12th Grade Registrants email/mail + drop off documents to: <a href="mailto:registration@carteretschools.org">registration@carteretschools.org</a> 599 Roosevelt Avenue Carteret, NJ 07008</li> </ul>

6



ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਨੂੰ ਪੂਰਾ  
ਕਰਨ ਲਈ ਸਟੈਪ 2 ਵਿੱਚ ਸਾਰੇ  
ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ  
ਹਨ

7



ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸਿੱਖਿਆ ਬੋਰਡ ਦੀ  
ਇਮਾਰਤ ਵਿੱਚ ਸਥਿਤ ਈਮੇਲ,  
ਟੈਕਸਟ, ਮੇਲ ਜਾਂ ਮੇਲ ਡਰਾਪ  
ਬਾਕਸ ਰਾਹੀਂ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕਰਵਾਏ ਜਾ  
ਸਕਦੇ ਹਨ।

8



ਕੇਂਦਰੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਤੁਹਾਡੇ ਨਾਲ  
ਕੇਵਲ ਇੱਕ ਵਾਰ ਹੀ ਸੰਪਰਕ  
ਕਰੇਗੀ ਜਦੋਂ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਮ੍ਹਾਂ ਕੀਤੇ  
ਜਾਣ ਅਤੇ ਉਹਨਾਂ ਦੇ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੇ  
ਕ੍ਰਮ ਵਿੱਚ

- **ਬੱਚੇ ਦਾ ਜਨਮ ਸਰਟੀਫਿਕੇਟ**
  - ਪੂਰੀ ਤਰ੍ਹਾਂ ਦਿਖਣਯੋਗ/ਪੜ੍ਹਨਯੋਗ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ
- **ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ(ਮਾਂ) ਦੀ ਫੋਟੋ ਆਈ.ਡੀ**
- **ਡੀਡ/ਲੀਜ਼ ਜਾਂ ਨੋਟਰਾਈਜ਼ਡ ਐਫੀਡੇਵਿਟ**
  - ਜੇਕਰ ਲੀਜ਼ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਰਹੇ ਹੋ: ਪੂਰੀ ਲੀਜ਼ ਦੀਆਂ ਸ਼ਰਤਾਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹੋਣੀਆਂ ਚਾਹੀਦੀਆਂ ਹਨ, ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਇੱਕ ਕਿਰਾਏਦਾਰ ਵਜੋਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ ਅਤੇ ਦਸਤਖਤ ਪੰਨੇ ਸ਼ਾਮਲ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ
  - ਜੇਕਰ ਕੋਈ ਹਲਫ਼ਨਾਮਾ ਪ੍ਰਦਾਨ ਕਰ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ ਬੱਚੇ ਦਾ ਨਾਮ ਇੱਕ ਕਿਰਾਏਦਾਰ ਵਜੋਂ ਸੂਚੀਬੱਧ ਹੋਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ

<p>Record &amp; Return To</p> <p><b>Andrew Liput, Esq.</b>  <b>408 Main Street</b>  <b>Suite 505</b>  <b>Bloomington, NJ 07005</b></p>	<h2 style="margin: 0;">DEED</h2>	<p style="text-align: center;"><b>NJ REAL ESTATE COMMISSION</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>THIS IS A LEGALLY BINDING LEASE THAT WILL BECOME FINAL WITHIN THREE BUSINESS DAYS OF RECORDING. IT IS NOT TO BE USED FOR ANY OTHER PURPOSES.</b></p>		

This Deed is made as of \_\_\_\_\_

Linda Q. Conception and \_\_\_\_\_

Whose address is 527 Orchard Avenue LL/A

AND

527 Orchard Avenue LL/A

Whose address is 527 Orchard Avenue LL/A

### SECTION C – TENANCY

#### TENANT FORM A

#### AFFIDAVIT OF RESIDENCY OF LANDLORD/OWNER

STATE OF NEW JERSEY )  
COUNTY OF MIDDLESEX ) ss.  
To: The Carteret Board of Education

*This Affidavit of Residency of Landlord/Owner is to be completed by the landlord/property owner in Carteret where there does not exist a written lease.*

I, \_\_\_\_\_, of full age, being duly sworn according to law, depose and say:

➤ I am the landlord/owner of the premises located at \_\_\_\_\_  
(Street Address)  
Carteret, New Jersey 07008

➤ \_\_\_\_\_ is a tenant at these premises.  
(Name of Tenant)

➤ The following school-age child/children reside(s) at these premises with the above-named tenant

(Print name(s) of child/children living with tenant below): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sworn and Subscribed to me On this \_\_\_\_\_ day of \_\_\_\_\_, 2\_\_\_\_.

A Notary Public of the State of New Jersey My commission expires on \_\_\_\_\_

**PLEASE NOTE:** Pursuant to N.J.S.A. 17:2C-26.2, a person who makes a false statement under oath or equivalent affirmation when he or she does so, before the statement to be true is guilty of a crime of the fourth degree. The Carteret Board of Education may prosecute those who provide false information.



**PSEG New Jersey**  
We make things work for you.  
Visit [www.psegny.com](http://www.psegny.com)

**Amount Due \$145.00**  
Please Pay By Feb 28th, 2024

Customer ID: 9078-7869-2 | Account#: 2490035031  
Service To: STEVEN J ALEXANDER/  
234 BEACON AVE APT 36, JERSEY CITY, NJ 07306, USA

**ELIZABETHTOWN GAS**  
528 AMBOY AVE STE 2  
WOODBURGH NJ 07095

June 28, 2022  
Account Number: 0937289962  
Report gas bill: 800-492-6009  
Customer Contact Center: 800-242-5830  
[www.elizabethtowngas.com](http://www.elizabethtowngas.com)

**verizon** ADDRESS COMPANY CITY, STATE, ZIP CODE

Manage Your Account Account Number Date Due  
[www.vzw.com](http://www.vzw.com) 218800345-10876 02/07/2024  
Change your address at [vzw.com/changeaddress](http://vzw.com/changeaddress) Invoice Number 9004067341

**Quick Bill Summary** Jan 05 - Feb 08

Previous Balance, June back for already \$98.35  
No Payment Received \$98.35  
**Balance Forward Due Immediately \$0.00**

Account Charges and Credits  
Includes Late Fee of \$5.00 \$5.00  
Monthly Charges \$80.12  
Phone and Service Options \$0.00

**Verizon Wireless News**  
**Change To Your Service**  
Thank you for your wireless business. You recently made a change to your service. Your new bill will reflect usage from your last bill and service adjustments resulting from the plan/feature change.

**Verizon Wireless News**  
RETURN IN FIVE DAYS TO  
OFFICE OF THE MORRIS COUNTY CLERK  
P.O. BOX 315  
MORRISTOWN, N.J. 07960-0315

**OFFICIAL MAIL-IN BALLOT**  
To protect your vote:  
IT IS AGAINST THE LAW FOR ANYONE EXCEPT YOU THE VOTER TO OPEN, MARK, INSPECT OR SEAL THIS BALLOT.  
However, a family member may assist you in doing so.

110802796 GENERAL ELECTION  
14180000 JACKSON WOODRUFF 01/09  
Cong 011 Leg 27 File: 1794, SPS: Page 001

0794-032432 0009

**verizon** FIRST NAME LAST NAME ADDRESS CITY, STATE, ZIP CODE

**Local Amount Due \$102.85**  
Make checks payable to Verizon Wireless. Please return this card along with payment.

Address COMPANY CITY, STATE, ZIP CODE

☐ Check here and fill out the back of this slip if your billing address has changed or you are adding or changing your email address.

2376003451076700406734161780503245785023642100427

# ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਰੀ ਰੱਖਿਆ

• ਕੋਈ ਵੀ (3) ਮੌਜੂਦਾ ਬਿੱਲ:

- ਫੋਨ
- ਬਿਜਲੀ
- ਗੈਸ
- ਸੀਮੀ ਜਾਂ ਬੈਂਕ ਖਾਤਾ
- ਬੀਮਾ
- ਕਾਰ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ, ਆਦਿ

ਸਬਤ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੇ ਨਾਮ ਵਿੱਚ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ!

ਬਿੱਲ ਮੌਜੂਦਾ/ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਸਾਲ ਦੇ ਹੋਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ!



# UNIVERSAL CHILD HEALTH RECORD

Endorsed by: American Academy of Pediatrics, New Jersey Chapter  
New Jersey Academy of Family Physicians  
New Jersey Department of Health

## SECTION I - TO BE COMPLETED BY PARENT(S)

Child's Name (Last) \_\_\_\_\_ (First) \_\_\_\_\_ Gender ☐ Male ☐ Female Date of Birth \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Does Child Have Health Insurance? ☐ Yes ☐ No If Yes, Name of Child's Health Insurance Carrier \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_

Parent/Guardian Name \_\_\_\_\_

I give my consent for my child \_\_\_\_\_

Signature/Date \_\_\_\_\_

Date of Physical Examination: \_\_\_\_\_

Abnormalities Noted: \_\_\_\_\_

## IMMUNIZATIONS

Chronic Medical Conditions/Related  
• List medical conditions/ongoing concerns: \_\_\_\_\_

Medications/Treatments  
• List medications/treatments: \_\_\_\_\_

Limitations to Physical Activity  
• List limitations/special considerations: \_\_\_\_\_

Special Equipment Needs  
• List items necessary for daily activities: \_\_\_\_\_

Allergies/Sensitivities  
• List allergies: \_\_\_\_\_

Special Diet/Vitamin & Mineral Supplement  
• List dietary specifications: \_\_\_\_\_

Behavioral Issues/Mental Health Issues  
• List behavioral/mental health issues: \_\_\_\_\_

Emergency Plans  
• List emergency plan that might be the sign/symptoms to watch for: \_\_\_\_\_

## Type Screening

Hgb/Hct \_\_\_\_\_

Lead: ☐ Capillary ☐ Venous

TB (mm of Induration) \_\_\_\_\_

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

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

I have examined the above \_\_\_\_\_

☐ participate fully in all child's \_\_\_\_\_

Name of Health Care Provider (Print) \_\_\_\_\_

Signature/Date \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_\_

DOB: \_\_\_\_\_

Grade: \_\_\_\_\_

Dear Parent / Guardian,  
State law stipulates that all required immunizations be completed. If the school does not have proof of the required immunizations, your child will (by law) be excluded from attending school.

DTP Immunization DTP ____ TD ____	Polio Immunization Sabin ____ IVP ____	M.M.R. Vaccine (on or after first birthday)
1. _____	1. _____	1. _____
2. _____	2. _____	2. _____ (Measles Booster or #2 MMR)
3. _____	3. _____ (booster after age 4)	
4. _____ (booster after age 4)	4. _____ (any 4 doses)	Hepatitis B Vaccine
5. _____ (any 5 doses)		1. _____
6. _____ (10 <sup>th</sup> birthday or later)		2. _____
		3. _____

Meningococcal Vaccine 6 <sup>th</sup> Grade	Mantoux Test
Vaccination Date _____	Date Administered _____
	Date Read _____
Varicella	Results
1. _____ or _____	
Date of Disease _____	
Hib Vaccine PreK	Pneumococcal Conjugate Vaccine PreK
1. _____ (on or after 1 <sup>st</sup> birthday)	1. _____
2. _____	1. _____
3. _____	

Physicians Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Physician Stamp:

\_\_\_\_\_

# ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਰੀ ਰੱਖਿਆ

- ਮੌਜੂਦਾ ਸਰੀਰਕ
- ਟੀਕਾਕਰਨ ਦਾ ਪੂਰਾ ਰਿਕਾਰਡ

ਯੂਨੀਵਰਸਲ ਹੈਲਥ ਰਿਕਾਰਡ ਦੇ ਸੈਕਸ਼ਨ I ਨੂੰ ਮਾਤਾ/ਪਿਤਾ/ਸਰਪ੍ਰਸਤ ਦੁਆਰਾ ਪੂਰਾ ਕੀਤਾ ਜਾਣਾ ਚਾਹੀਦਾ ਹੈ, ਹਸਤਾਖਰ ਕੀਤੇ ਅਤੇ ਮਿਤੀਬੱਧ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ

ਸੈਕਸ਼ਨ II ਦੇ ਵੈੱਪ ਹੋਣ ਲਈ ਡਾਕਟਰ ਦੁਆਰਾ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਜਾਣੇ ਚਾਹੀਦੇ ਹਨ, ਮਿਤੀ ਅਤੇ ਮੋਹਰ ਲੱਗੀ ਹੋਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ

ਮਿਆਦ ਪੁੱਗ ਚੁੱਕੀਆਂ ਫਿਜ਼ੀਕਲਾਂ ਨੂੰ ਸਵੀਕਾਰ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਨਿਊ ਜਰਸੀ ਦੀ ਲੋੜੀਂਦੇ ਟੀਕਾਕਰਨ ਦੀ ਸੂਚੀ ਲਈ ਜ਼ਿਲ੍ਹੇ ਦੀ ਵੈੱਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਜਾਓ

## Report of Guardian Cover Page

In the Matter of the Report of

\_\_\_\_\_, Guardian(s) for  
\_\_\_\_\_, an Incapacitated Person.

Superior Court of New Jersey  
Chancery Division - Probate Part  
County of \_\_\_\_\_  
Docket No. \_\_\_\_\_

### Civil Action Guardian's Report for the Period \_\_\_\_\_

This report must be filed by every Guardian within fourteen (14) days of the \_\_\_\_\_, unless the Judge otherwise specifies. File the original with \_\_\_\_\_.

#### 1. Guardian's Current Information\*

Street address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_  
Include mailing address, if different  
Mailing address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_  
Phone: \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_

Select one: ☐ Guardian of Person ☐ Guardian of Estate  
Guardian's relationship to the Incapacitated Person? \_\_\_\_\_

State any changes to the guardian's criminal or civil judgment history, in \_\_\_\_\_

\*If needed: attach a separate page with additional information, including \_\_\_\_\_

#### 2. Incapacitated Person's Current Information: does he/she reside with the guardian? If No, complete the incapacitated person's residency information below.

A. Incapacitated Person's address: If the incapacitated person lives in a \_\_\_\_\_  
Director or person responsible for the incapacitated person's care: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
City: \_\_\_\_\_  
Telephone Number: \_\_\_\_\_ ext. \_\_\_\_\_  
Contact Name: \_\_\_\_\_

B. State the average number of visits you or your designee made to the \_\_\_\_\_  
period: \_\_\_\_\_

#### 3. Identify all Guardianship responsibilities (check all that apply):

☐ Manage financial affairs ☐ Provide necessities ☐ F  
☐ Provide transportation ☐ Housekeeping ☐ E  
☐ Social Security Representative Payee

List all other responsibilities assumed: \_\_\_\_\_

#### 4. State if you believe the guardianship should continue? State reason: \_\_\_\_\_

#### 5. Is there any change to the guardianship estate? If Yes, describe: \_\_\_\_\_

#### 6. Are any modifications or adjustments needed in the guardianship? If Yes \_\_\_\_\_

Revised Form Promulgated by Directive #11-21 (04-29-2021), CN 11797 (Guardianship - Rep



THE SCHOOL DISTRICT OF PALM BEACH COUNTY  
DEPARTMENT OF ADULT AND COMMUNITY EDUCATION

### Section 504 School Site Accommodation Plan

Name: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Student ID#: \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_ School: \_\_\_\_\_  
Program: \_\_\_\_\_ Instructor: \_\_\_\_\_

- ☐ Yes ☐ No 1. Does the student have a physical or mental impairment which substantially limits a major life activity? If YES, describe the limitation(s) \_\_\_\_\_
- ☐ Yes ☐ No 2. Is written verification of the disability on file? If YES to questions 1 and 2, student meets Section 504 eligibility criteria.
- ☐ Yes ☐ No 3. Does the student's disability require any instructional accommodations and/or related aids and services in order for the student to benefit from his/her educational experience?

The student's specific needs are: \_\_\_\_\_

The following accommodations/strategies may be implemented to meet the student's needs:

Instructional	Assistive Technology con't	Support Services
Oral reading of text	Calculator	Interpreter (hearing impaired/deaf)
Alternative text (taped, large print, Braille)	Headphones	Note taker
Video, etc.	Furniture adaptations	Peer buddy
Tutoring	Computer devices/software	Volunteer/mentor
Study skills	Closed captioning	Other
Test taking strategies	Other	
Flexible seating	Testing	Miscellaneous
Preferential seating	Flexible scheduling	State exam assistance
Extended program time	Oral testing	Agency referral
Other	Additional time	Counseling
	Reader	Behavior/attendance contract
	Audio version	Time Management
	Revised format	Other
	Electronic speller	
	Magnifier	
	Other	

Other accommodations/strategies: \_\_\_\_\_

#### Signatures of Plan Participants:

Signature of Student \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature of LEA Representative \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature of Instructor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Signature of Parent/Guardian (if applicable) \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Signature of Data Processor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

PBSD 2405 (New: 1/15/2014) ORIGINAL - ESE Folder COPY - Fax to Department of Adult and Community Ed 561-649-6028

# ਲੋੜੀਂਦੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਜਾਰੀ ਰੱਖਿਆ

## ਜੇਕਰ ਲਾਗੂ ਹੋਵੇ

- ਹਿਰਾਸਤ ਅਦਾਲਤ ਦੇ ਹੁਕਮ

- IEP/ਮੁਲਾਂਕਣ, LEP ਜਾਂ 504 ਯੋਜਨਾ

# ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਕਦੋਂ ਰਜਿਸਟਰ ਕਰਾਂ?



PreK ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ 11 ਫਰਵਰੀ ਨੂੰ  
ਖੁਲ੍ਹਦੀ ਹੈ



ਸਮਰੱਥਾ ਪੂਰੀ ਹੋਣ 'ਤੇ ਵਧੀਕ ਰਜਿਸਟਰਾਰਾਂ ਨੂੰ  
ਉੱਡੀਕ ਸੂਚੀਬੱਧ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇਗਾ



# ਅਕਸਰ ਪੁੱਛੇ ਜਾਂਦੇ ਸਵਾਲ



- ਕੀ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਪਾਟੀ ਸਿਖਲਾਈ ਦਿੱਤੀ ਜਾਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ?
  - ਨਹੀਂ। ਸਟਾਫ਼ ਮਾਪਿਆਂ ਨਾਲ ਟਾਇਲਟਿੰਗ 'ਤੇ ਕੰਮ ਕਰੇਗਾ।
- ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਆਵਾਜਾਈ ਦੀ ਪੇਸ਼ਕਸ਼ ਕਰਦੇ ਹੋ?
  - ਨਹੀਂ। ਜ਼ਿਲ੍ਹਾ ਆਵਾਜਾਈ ਪ੍ਰਦਾਨ ਨਹੀਂ ਕਰਦਾ (ਭਾਵੇਂ ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਹੋਮਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਨਾ ਹੋਵੇ)।
- ਕੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਮੇਰੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਇੱਕ PreK ਸਥਾਨ ਦੀ ਗਰੰਟੀ ਦਿੰਦਾ ਹੈ?
  - ਨੰਬਰ. ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਨਾਮਾਂਕਣ 'ਤੇ ਅਧਾਰਤ ਹੈ ਅਤੇ ਜ਼ਿਲ੍ਹੇ ਦੁਆਰਾ ਅਸਾਈਨਮੈਂਟ ਦੇ ਅਧੀਨ ਹੈ।
- ਕੀ ਮੈਂ ਚੁਣ ਸਕਦਾ/ਸਕਦੀ ਹਾਂ ਕਿ ਮੇਰਾ ਬੱਚਾ ਕਿਸ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਪੜ੍ਹੇਗਾ?
  - ਨੰਬਰ. ਪਲੇਸਮੈਂਟ ਲਈ ਇੱਕ ਬੇਤਰਤੀਬ ਚੋਣ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਵਰਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।
- ਮੈਂ ਆਪਣੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਔਨਲਾਈਨ ਰਜਿਸਟਰ ਕੀਤਾ ਹੈ, ਮੈਂ ਕਿਸੇ ਤੋਂ ਜਵਾਬ ਕਿਉਂ ਨਹੀਂ ਸੁਣਿਆ?
  - Completing both Step 1 & Step 2 are required in order to receive a status update.
- ਸਥਿਤੀ ਅੱਪਡੇਟ ਪ੍ਰਾਪਤ ਕਰਨ ਲਈ ਪੜਾਅ 1 ਅਤੇ ਪੜਾਅ 2 ਨੂੰ ਪੂਰਾ ਕਰਨਾ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ।
  - ਕੇਂਦਰੀ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਤੋਂ ਸੂਚਨਾਵਾਂ ਦੀ ਇੱਕ ਉੱਚ ਮਾਤਰਾ ਦੀ ਪ੍ਰਕਿਰਿਆ ਕਰਦੀ ਹੈ ਅਤੇ ਜਵਾਬ ਦੇਣ ਦਾ ਸਮਾਂ ਵੱਖ-ਵੱਖ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਯਕੀਨਨ, ਸਾਰੀਆਂ ਪੁੱਛਗਿੱਛਾਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਣ ਦੇ ਕ੍ਰਮ ਵਿੱਚ ਹੱਲ ਕੀਤਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ। ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੇ ਰਜਿਸਟ੍ਰੇਸ਼ਨ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ਾਂ ਦੀ ਸਮੀਖਿਆ ਕਰਨ ਤੋਂ ਬਾਅਦ ਤੁਹਾਨੂੰ ਇੱਕ ਸੂਚਨਾ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋਵੇਗੀ।



# ਅਤਿਰਿਕਤ ਪ੍ਰਸ਼ਨਾਂ ਅਤੇ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਸਪੁਰਦਗੀ ਲਈ

ਈਮੇਲ: [scollazo@carteretschools.org](mailto:scollazo@carteretschools.org)

ਫ਼ੋਨ: 732.541.8960 ext. 6007

ਟੈਕਸਟ: 862.904.8225



**ਲਈ ਧੰਨਵਾਦ  
ਸੂਚਿਤ ਰਹਿਣਾ!**