



STATE OF ILLINOIS
Department of Human Services Division of Rehabilitation Services
ILLINOIS SCHOOL FOR THE DEAF
125 Webster
Jacksonville, IL 62650

ADMISSIONS AND RECORDS OFFICE

Gracias por su interés en la Escuela Para Sordos de Illinois (ISD). ISD fue fundada en 1839 y está localizada en un campus bello de 50 acres en Jacksonville. ISD es una escuela patrocinada por el estado para la educación de niños que son sordos y/o tienen problemas de audición y es administrada por la División Servicios de Rehabilitación del Departamento de Servicios Humanos de Illinois.

El programa educacional de la escuela es reconocido por la Junta de Educación del Estado de Illinois y es acreditado por AdvancED y la Conferencia de Administradores Educativos de Escuelas y Programas para Sordos. El programa escolar es amplio incluye niños de 0-3, pre-escolar hasta el octavo grado y secundaria. La escuela secundaria ofrece un currículo de cursos pre-universitarios y un programa amplio de carreras y tecnología. Un estudiante que satisface los requisitos de graduación del distrito escolar de su hogar puede elegir que retrasen su diploma e inscribirse en el Programa de Vivienda de Transición de ISD.

Los dormitorios residenciales están disponibles para los estudiantes que viven a 25 millas o más de ISD. Típicamente, hay dos estudiantes en cada habitación con la supervisión 24 horas al día proporcionada por nuestros trabajadores de cuidado residencial. Hay aproximadamente 225 estudiantes inscritos en ISD y 110 estudiantes viviendo en el campus. Los niños que viven en Jacksonville y las comunidades cercanas pueden asistir a ISD como estudiantes diurnos.

Adjunto le enviamos un DVD mostrando lo que ISD ofrece a los estudiantes que son sordos o tienen problemas de audición. Los estudiantes tienen la oportunidad de participar en varias actividades extracurriculares y en un programa amplio de deportes. ISD también mantiene un Centro para Adolescentes donde los estudiantes pueden reunirse para socializar. El departamento de recreación de ISD planea muchos eventos especiales.

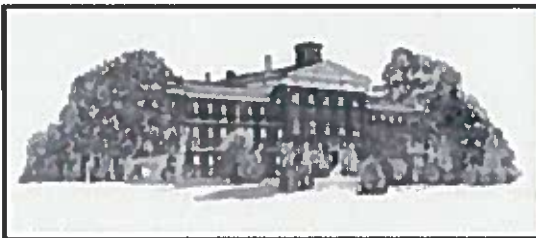
También, incluimos un calendario escolar para el año académico. Los estudiantes regresan a sus hogares cada fin de semana, salen del campus cada viernes a la 1:00 o 2:30 de la tarde y regresan cada domingo. La transportación es escoltada por el personal de cuidado residencial de ISD. Se requiere que los padres traigan a sus hijos a la escuela el día de registro a fines de agosto y regresen por ellos el último día de clases a fines de mayo.

No hay que pagar por matrícula o colegiatura o gastos de alojamiento y alimentos, sin embargo los padres o tutor legal deben de cumplir con los gastos personales de su hijo. Esto incluye ropa, artículos personales, gastos médicos, audífonos, espejuelos (lentes) y dinero en efectivo por si desea comprar alguna cosa. Se requiere que el estudiante sea residente de Illinois al igual se requiere que el estudiante haga una visita al campus con sus padres o tutor legal. El reglamento de ISD estipula que ser sordo o tener problemas de audición debe estar indicado como la discapacidad principal del estudiante en la Revisión de Elegibilidad y la Escuela Para Sordos de Illinois debe aparecer como una opción de colocación para la educación en el IEP. Para más información y requisitos adicionales, por favor revise los documentos de solicitud que incluimos.

Agradecemos su interés en la Escuela Para Sordos de Illinois a medida que explora todas las opciones educacionales para su hijo. Si le puedo ayudarle en algo más o tiene alguna pregunta sobre el proceso de admisión, por favor comuníquese conmigo al 217.479.4297 (V/TTY) o Carolyn.Eilering@illinois.gov.

Sinceramente,

Carolyn Eilering, Directora de Admisiones y Registros



STATE OF ILLINOIS
Illinois Department of Human Services/Division of Rehabilitation Services

ILLINOIS SCHOOL FOR THE DEAF
125 Webster
Jacksonville, IL 62650

2016 - 2017 Calendar

2016

Martes	AGOSTO	16	Se Registran las Niñas del Equipo de Voleibol de la Escuela Secundaria
Viernes		19	Día de Conferencias para Maestros #1
Domingo		21	Día de Registro de Estudiantes
Lunes		22	Primer Día de Clases
Viernes	SEPTIEMBRE	2	Los estudiantes salen a la 1:00pm (SIP #1 12:45 - 2:09pm)
Lunes		5	Feriado - Día del Trabajo - No hay Clases
Martes		6	Los estudiantes regresan al Campus (Día de Conferencias para Maestros #2)
Miércoles		7	Se Reanudan las Clases
Viernes / Sábado		23/24	Baile de Bienvenida
Lunes	OCTUBRE	10	Hay Clases - Feriado - Día de Colón
Viernes		21	Los estudiantes se van a la 1:00pm (Desarrollo de Profesionales #1 - #1 12:45 - 3:00pm)
Viernes	NOVIEMBRE	11	Hay Clases - Día de Veteranos
Miércoles		23	Los estudiantes se van a la 1:00pm (SIP #3 12:45 - 2:09pm)
Miércoles	DICIEMBRE	21	Los estudiantes se van a las 1:00 pm para las vacaciones de invierno

2017

Lunes	ENERO	2	No hay Clases - Feriado - Año Nuevo
Martes		3	Estudiantes Regresan al Campus (Día de Conferencias para Maestros #3)
Miércoles		4	Se Reanudan las Clases
Lunes		16	Hay Clases - Feriado - Día de Martin Luther King
Viernes	FEBRERO	10	Los estudiantes se van a la 1:00pm (SIP #4 12:45 - 2:09pm)
Lunes		13	Hay Clases - Feriado - Día de Lincoln
Lunes		20	Hay Clases - Feriado - Día de los Presidentes
Jueves	MARZO	2	Los estudiantes se van a la 1:00pm (Desarrollo de Profesionales #2 12:45 - 3:00pm)
Viernes		3	No Hay Clases - (Día de Conferencias para Maestros #4)
Lunes - Lunes		27 - 31	No Hay Clases - Receso de Primavera (Día de Nieve #4 & #5)
Viernes	ABRIL	7	Los estudiantes se van a la 1:00pm (SIP #5 12:45 - 2:09pm)
Viernes		14	No Hay Clases (Día de Nieve #1)
Lunes		17	No Hay Clases
Lunes		17	Estudiantes Regresan al Campus
Martes		18	Se Reanudan las Clases
Lunes	MAYO	6	Baile de Graduación - Prom
Jueves		11	Los estudiantes se van a la 1:00pm (SIP #6 12:45 - 2:09pm)
Viernes		12	No Hay Clases (Día de #2)
Lunes		15	No Hay Clases (Día de #3)
Jueves Lunes		15	Estudiantes Regresan al Campus
Martes		16	Se Reanudan las Clases
		25	último Día de clases - Programa PreK-8 ASL- 8 th Promoción de Grado
Viernes		26	Día de Graduación Escuela Secundaria

Todos los estudiantes salen de ISD los viernes a las 2:30 p.m. y regresan a ISD los domingos. Con la excepción de los siguientes días.

- Los estudiantes de Escuela Secundaria (9th-12th grado) Se quedan en ISD
 - 23-24 de septiembre 2016 (Baile de Bienvenida)
 - 5-6 de mayo 2017 (Baile de Graduación - Prom)
- Día de regreso NO es domingo
 - Martes, 6 de septiembre 2016
 - Martes, 3 de enero 2017
 - Lunes, 17 abril 2017
 - Lunes, 15 de mayo 2017
- Día de salida NO es viernes
 - Miércoles, 23 de noviembre 2016, 1:00pm
 - Miércoles, 21 de diciembre 21, 2016, 1:00pm
 - Jueves, 2 de marzo 2017, 2:30pm
 - Jueves, 13 de abril 2017, 2:30 pm
 - Jueves, 11 de mayo 2017, 1:00pm
- Si es necesario en el siguiente orden, para reemplazar días de nieves
 - Viernes, 14 de abril 2017
 - Viernes, 12 de mayo 2017
 - Lunes, 15 de mayo 2017
 - Lunes 27 de marzo 2017
 - Martes, 28 de marzo 2017



STATE OF ILLINOIS
Department of Human Services/Division of Rehabilitation Services
ILLINOIS SCHOOL FOR THE DEAF
125 Webster
Jacksonville, IL 62650

APPLICATION INSTRUCTIONS

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR

REQUISITOS CUANDO SOLICITE ADMISIÓN

- **SE REQUIERE QUE LOS PADRES / TUTOR LEGAL:**

- Visiten el campus ISD con el futuro estudiante
 - Tengan una entrevista con el director de la escuela
 - Visiten el salón de clases y conozcan al maestro(a)
 - Se entrevisten con el trabajador(a) social
 - Visiten el dormitorio y conozcan al supervisor (a)
-

- **SE REQUIERE QUE LOS PADRES / TUTOR LEGAL ENVÍEN:**

- Solicitud de Admisión
 - Hoja de Información
 - Copia del certificado de nacimiento del estudiante
 - Copia de la tarjeta de seguro social del estudiante
 - El IEP del estudiante con la opción de que ISD sea un lugar para su educación
 - Revisión de Elegibilidad Actual (ER) con informes
 - Informe Psicológico
 - Informe de Audiología
 - Informe de Desarrollo Social
 - Informe de Audición y Lenguaje
 - Informe Educacional
 - Otros Informes (por ejemplo, plan de manejo de comportamiento, salud mental, médico, disciplina)
 - Resultados de exámenes académicos
 - Lista de calificaciones escolares (Solamente estudiantes de escuela secundaria)
 - Certificado de examen médico para niños (examen escolar) del Departamento de Salud Pública de Illinois
 - Registro de Vacunas
 - Proporcione los resultados de la prueba en la piel de tuberculosis en dos pasos que se haya hecho en menos de un año
 - Examen Dental (estudiantes solamente en pre-escolar “kínder”), 2^{do} grado y 6^{to} grado)
 - Examen de Vista (estudiantes solamente en pre-escolar “kínder”)
-

- **CARTA DE REFERENCIA SOLICITANDO MATRICULARSE EN ISD:**

- Referencia de LEA o de la escuela de su distrito
- Recomendación directamente de los padres

Discapacidad Principal

Sordo

Problemas de Audición

Edad cuando tuvo diagnóstico _____

Causa _____

Discapacidades Secundarias 1. _____
2. _____
3. _____

La razón por la cual estoy solicitando que mi hijo(a) se inscriba en la Escuela Para Sordos de Illinois es

Estudiante vive con Madre Padre Ambos Otro _____

Yo entiendo que si mi hijo(a) se inscribe en la Escuela Para Sordos, soy responsable por su gastos de ropa, artículos personales y médicos. Yo solicito el préstamo de libros de texto seculares de acuerdo con la sección 18-17 del Código de Escuelas (IL Rev. Stat., 1995, ch. 122, par. 18-17) mientras que mi hijo(a) está inscrito en la Escuela Para Sordos de Illinois. La Escuela Para Sordos de Illinois no discrimina en la admisión de estudiantes de cualquier raza, sexo, color, religión, origen nacional o étnico.

Por favor escriba en letra de molde

Nombre _____

Parentesco con el Estudiante _____

Fecha _____



INFORMATION SHEET

Por favor escriba en letra de molde Nombre del Estudiante _____

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD

1. ¿Tuvo su hijo(a) algunas complicaciones al nacer? Sí No
Si es Sí, por favor explique _____
2. ¿Logró los hitos (metas) del desarrollo en el tiempo adecuado? (ejemplo: sentarse solo, caminar, alimentarse solo) Sí No
Si es no, por favor explique _____
3. ¿Tiene su hijo(a) dificultad para acostarse a dormir a tiempo? Sí No
4. ¿Se orina su hijo(a) en la cama? Sí No
5. ¿Tiene su hijo(a) alergias a algunos alimentos? Sí No
Si es Sí, por favor explique _____
6. ¿Tiene su hijo(a) tendencias de asfixia o atragantamiento? Sí No
7. En general, ¿cómo es el estado de salud de su hijo? Bueno Regular Deficiente
8. ¿Existe alguna preocupación en la salud de su hijo en el pasado? Sí No
Si es Sí, por favor explique _____
9. ¿Toma su hijo(a) medicinas recetadas? Sí No
Si es Sí, por favor explique _____
10. ¿Tiene su hijo(a) alergia a algunas medicinas? Sí No
Si es Sí, por favor explique _____
11. ¿Tiene su hijo(a) algunas restricciones físicas? Sí No
Si es Sí, por favor explique _____
12. ¿Utiliza su hijo(a) espejuelos (lentes) recetados? Sí No
Si es Sí, por favor explique _____
13. ¿Utiliza su hijo(a) audífonos? Sí No
Si es Sí, oído izquierdo oído derecho ambos oídos
14. ¿Tiene su hijo(a) un implante coclear? Sí No
Si es Sí, implante izquierdo/año lo recibió _____ implante derecho/año lo recibió _____

METODO DE COMUNICACIÓN

15. ¿Es fluente su hijo(a) en el lenguaje de señas americano (ASL)? Sí No
16. ¿Cuál es el método de comunicación principal de su hijo(a)?
 ASL (lenguaje de señas americano) Habla inglés Gestos Lectura de Labios Escribe Notas
 Otro _____

17. ¿Cuál es el método de comunicación principal de su familia para hablar con su hijo(a)?
 ASL (lenguaje de señas americano) Hablamos en inglés Gestos Escribimos Notas
 Otro _____

INFORMACIÓN SOBRE EL COMPORTAMIENTO

18. ¿Sigue su hijo(a) las reglas en el hogar? Sí No A veces
Si es no o a veces, por favor explique _____
19. ¿Se lleva bien su hijo(a) con sus hermanos? Sí No A veces
Si es no o a veces, por favor explique _____
20. ¿Habido recientemente una experiencia traumática que ha afectado el comportamiento de su hijo(a)?
 Sí No
Si es Sí, enfermedad en la familia murió un familiar divorcio abuso físico abuso sexual Otro _____
21. ¿Disfruta su hijo(a) de la escuela? Sí No A veces
22. ¿Se lleva bien su hijo(a) con sus compañeros de clases? Sí No A veces
23. ¿Sigue su hijo(a) las reglas en la escuela? Sí No A veces
24. ¿Alguna vez ha sido su hijo(a) suspendido de la escuela? Sí No
Si es sí, por favor explique la razón _____
25. ¿Cuándo su hijo(a) se enoja o se frustra, utiliza agresión física? Sí No
26. ¿Qué tipo de disciplina es más efectiva con su hijo(a)? tiempo para reflexionar quitarle privilegios castigos quitarle cosas que disfruta hablar con él/ella Otro _____
27. ¿Qué le gusta hacer a su hijo(a) durante su tiempo libre? _____

28. Indique tres virtudes de la personalidad de su hijo(a).

1. _____
2. _____
3. _____

29. Indique tres debilidades de la personalidad de su hijo(a).

1. _____
2. _____
3. _____

Por favor escriba en letra de molde

Nombre _____

Parentesco con el Estudiante _____

Fecha _____



State of Illinois
Certificate of Child Health Examination

Rev 2/2013



Student's Name			Birth Date	Sex	Race/Ethnicity	School /Grade Level/ID#
Last	First	Middle	Month/Day/Year			
Address			Parent Guardian	Telephone # Home	Work	
Street	City	Zip Code				

IMMUNIZATIONS: To be completed by health care provider. Note the mo/da/yr for every dose administered. The day and month is required if you cannot determine if the vaccine was given *after* the minimum interval or age. If a specific vaccine is medically contraindicated, a separate written statement must be attached explaining the medical reason for the contraindication.

Vaccine / Dose	1		2		3		4		5		6	
	MO	DA	MO	DA	MO	DA	MO	DA	MO	DA	MO	DA
DTP or DTaP												
Tdap; Td or Pediatric DT (Check specific type)	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> DT	<input type="checkbox"/> Tdap	<input type="checkbox"/> Td	<input type="checkbox"/> DT
Polio (Check specific type)	<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> OPV	<input type="checkbox"/> IPV	<input type="checkbox"/> OPV
Hib Haemophilus influenza type b												
Hepatitis B (HB)												
Varicella (Chickenpox)												
MMR Combined Measles Mumps. Rubella												
Single Antigen Vaccines	Measles		Rubella		Mumps		COMMENTS:					
Pneumococcal Conjugate												
Other/Specify Meningococcal, Hepatitis A, HPV, Influenza												

Health care provider (MD, DO, APN, PA, school health professional, health official) verifying above immunization history must sign below. If adding dates to the above immunization history section, put your initials by date(s) and sign here.)

Signature	Title	Date
Signature	Title	Date

ALTERNATIVE PROOF OF IMMUNITY

1. Clinical diagnosis is acceptable if verified by physician. *(All measles cases diagnosed on or after July 1, 2002, must be confirmed by laboratory evidence.)

*MEASLES (Rubeola) MO DA YR MUMPS MO DA YR VARICELLA MO DA YR Physician's Signature

2. History of varicella (chickenpox) disease is acceptable if verified by health care provider, school health professional or health official. Person signing below is verifying that the parent guardian's description of varicella disease history is indicative of past infection and is accepting such history as documentation of disease.

Date of Disease	Signature	Title	Date
-----------------	-----------	-------	------

3. Laboratory confirmation (check one) Measles Mumps Rubella Hepatitis B Varicella

Lab Results Date MO DA YR (Attach copy of lab result)

VISION AND HEARING SCREENING BY IDPH CERTIFIED SCREENING TECHNICIAN													
Date													Code: P = Pass F = Fail U = Unable to test R = Referred G/C = Glasses/Contacts
Age/Grade													
	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	R	L	
Vision													
Hearing													

Last First Middle	Birth Date <small>Month Day/ Year</small>	Sex	School	Grade Level/ ID
---	--	-----	--------	-----------------

HEALTH HISTORY TO BE COMPLETED AND SIGNED BY PARENT/GUARDIAN AND VERIFIED BY HEALTH CARE PROVIDER

ALLERGIES (Food, drug, insect, other)			MEDICATION (List all prescribed or taken on a regular basis)		
Diagnosis of asthma? Child wakes during night coughing?	Yes Yes	No No	Loss of function of one of paired organs? (eye/ear/kidney/testicle)	Yes	No
Birth defects?	Yes	No	Hospitalizations? When? What for?	Yes	No
Developmental delay?	Yes	No	Surgery? (List all.) When? What for?	Yes	No
Blood disorders? Hemophilia, Sickle Cell, Other? Explain.	Yes	No	Serious injury or illness?	Yes	No
Diabetes?	Yes	No	TB skin test positive (past/present)?	Yes*	No
Head injury/Concussion/Passed out?	Yes	No	TB disease (past or present)?	Yes*	No
Seizures? What are they like?	Yes	No	Tobacco use (type, frequency)?	Yes	No
Heart problem/Shortness of breath?	Yes	No	Alcohol/Drug use?	Yes	No
Heart murmur/High blood pressure?	Yes	No	Family history of sudden death before age 50? (Cause?)	Yes	No
Dizziness or chest pain with exercise?	Yes	No	Dental <input type="checkbox"/> Braces <input type="checkbox"/> • Bridge <input type="checkbox"/> • Plate <input type="checkbox"/> Other		
Eye/Vision problems? _____ Glasses <input type="checkbox"/> Contacts <input type="checkbox"/> Last exam by eye doctor _____ Other concerns? (crossed eye, drooping lids, squinting, difficulty reading)	Information may be shared with appropriate personnel for health and educational purposes.				
Ear/Hearing problems?	Yes	No	Parent/Guardian		
Bone/Joint problem/injury/scoliosis?	Yes	No	Signature	Date	

PHYSICAL EXAMINATION REQUIREMENTS Entire section below to be completed by MD/DO/APN/PA
 HEAD CIRCUMFERENCE if < 2-3 years old HEIGHT WEIGHT BMI B/P

DIABETES SCREENING (NOT REQUIRED FOR DAY CARE) BMI>85% age/sex Yes No And any two of the following: Family History Yes No
 Ethnic Minority Yes No Signs of Insulin Resistance (hypertension, dyslipidemia, polycystic ovarian syndrome, acanthosis nigricans) Yes No At Risk Yes No

LEAD RISK QUESTIONNAIRE Required for children age 6 months through 6 years enrolled in licensed or public school operated day care, preschool, nursery school and/or kindergarten. (Blood test required if resides in Chicago or high risk zip code.)

Questionnaire Administered? Yes No Blood Test Indicated? Yes No Blood Test Date Result

TB SKIN OR BLOOD TEST Recommended only for children in high-risk groups including children immunosuppressed due to HIV infection or other conditions, frequent travel to or born in high prevalence countries or those exposed to adults in high-risk categories. See CDC guidelines. No test needed Test performed

Skin Test: Date Read / / Result: Positive Negative mm _____
 Blood Test: Date Reported / / Result: Positive Negative Value _____

LAB TESTS (Recommended)	Date	Results	Date	Results
Hemoglobin or Hematocrit			Sickle Cell (when indicated)	
Urinalysis			Developmental Screening Tool	

SYSTEM REVIEW	Normal	Comments/Follow-up/Needs	Normal	Comments/Follow-up/Needs
Skin			Endocrine	
Ears			Gastrointestinal	
Eyes		Amblyopia Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Genito-Urinary	LMP
Nose			Neurological	
Throat			Musculoskeletal	
Mouth/Dental			Spinal Exam	
Cardiovascular/HTN			Nutritional status	
Respiratory		<input type="checkbox"/> Diagnosis of Asthma	Mental Health	
Currently Prescribed Asthma Medication: <input type="checkbox"/> Quick-relief medication (e.g. Short Acting Beta Agonist) <input type="checkbox"/> Controller medication (e.g. inhaled corticosteroid)			Other	

NEEDS/MODIFICATIONS required in the school setting **DIETARY** Needs/Restrictions

SPECIAL INSTRUCTIONS/DEVICES e.g. safety glasses, glass eye, chest protector for arrhythmia, pacemaker, prosthetic device, dental bridge, false teeth, athletic support cup

MENTAL HEALTH/OTHER Is there anything else the school should know about this student?
 If you would like to discuss this student's health with school or school health personnel, check title: Nurse Teacher Counselor Principal

EMERGENCY ACTION needed while at school due to child's health condition (e.g., seizures, asthma, insect sting, food, peanut allergy, bleeding problem, diabetes, heart problem)?
 Yes No If yes, please describe.

On the basis of the examination on this day, I approve this child's participation in (If No or Modified please attach explanation.)
PHYSICAL EDUCATION Yes No Modified **INTERSCHOLASTIC SPORTS** Yes No Limited

Print Name	(MD, DO, APN, PA) Signature	Date
Address	Phone	

(Complete Both Sides)



State of Illinois Eye Examination Report

Recommendations

1. Corrective lenses: No Yes, glasses or contacts should be worn for:
 Constant wear Near vision Far vision
 May be removed for physical education

2. Preferential seating recommended: No Yes

Comments _____

3. Recommend re-examination: 3 months 6 months 12 months

Other _____

4. _____

5. _____

Print name _____

Optometrist or physician (such as an ophthalmologist)
 who provided the eye examination MD OD DO

License Number _____

Address _____

Phone _____

Signature _____

Date _____

Consent of Parent or Guardian

I agree to release the above information on my child
 or ward to appropriate school or health authorities.

 (Parent or Guardian's Signature)

 (Date)

(Source: Amended at 32 Ill. Reg. _____, effective _____)

EJEMPLO DE UNA CARTA PARA UNA REFERENCIA DIRECTA POR PARTE DE LOS PADRES

Fecha

Carolyn Eilering, Directora de Admisiones y Registros
Escuela para Sordos de Illinois
125 Webster
Jacksonville, IL 62650

RE: Nombre del Estudiante

Estimada Srta. Eilering:

De acuerdo con el código IL P.A. 26-1310, yo, su nombre, padre/madre de nombre del estudiante estoy haciendo una referencia directa para que nombre del estudiante sea admitido(a) a la Escuela para Sordos de Illinois.

Atentamente,

Su firma