|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RAPPAHANNOCK COUNTY APLICACIÓN PARA LA PROGRAMA DE PREESCOLAR**RCES – Preescolar – 4 años de edad

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL NINO/NINA**adjunte una copia del certificado del nacimiento  |
| Apellido del estudiante:  |  Primer nombre: | Segundo nombre: |
| Raza: | Cumpleaños: | Edad: |   Niño  Niña |
| **INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES/GUARDIANAS** |
|  Apellido del madre: | Primer nombre: | Segundo nombre: |
| Vive conel niño/a?  Sí   No | Estado civil: (marque uno)   Soltera  Casada  Divorciada  Separada  Viuda | Relación con el niño/a?  |
| Dirección:  | Ciudad: | Estado:  | Código postal:  |
| Teléfono de casa:( )  | Celular:( )  | Correo electrónico: |
| Ocupación:   | nombre del empleador:  | Teléfono de trabajo: ( )  |
|  Apellido del padre: | Primer nombre: |  | Segundo nombre: |
| Vive conel niño/a?  Sí   No | Estado civil: (marque uno)   Soltero  Casado  Divorciado   Separado  Viudo | Relación con el niño/a? |
| Dirección:  | Ciudad: | Estado: | Código postal: |
| Teléfono de casa:( )  | Celular:( )  | Correo electrónico: |
| Ocupación:   | Empleador:  | Teléfono de trabajo: ( )  |
| **INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR**  |
| Numero de todos que viven en el hogar: \_\_\_\_\_\_\_ *Por favor escriba los nombres de todas las personas que viven en el hogar.*  |
| Nombre  |  Relación  | Cumpleaños | Educación |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
|   |   |   |   |
| Primer idioma que hablan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Segundo idioma que hablan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

 |
|

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN MEDICA** |
| *Responda las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible. Esta porción debe completarse.* |
| Tiene su hijo alergias: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Doctor:  | Teléfono ( )  | Seguro salud: |
| Numero: |
| Dentista:  | Teléfono ( )  | Persona que lo provee:  |
| Número del seguro: |
| ¿Tiene las Vacunas?  Sí  No  | ¿Examen físico menos de 1 año atrás?  Sí  No copia del examen |
|  **VerificaciÓn de su Salario** |
| Salario de hogar (bruto): por mes $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o por año $\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.  (Por favor, mande una copia de su salario).Chequear las ayudas que recibe el niño/niña:Manutención de los niños WIC  TANF SSI  FAMIS  VEC  Estampillas de comida   |
| **InformaciÓn Acerca de la Familia** |
| Es la familia  sin casa  Viven con amigos o familiares  Casa superpoblada .  Se han mudado 2 o más veces en 6 meses |
|  **Caracteristicas de la Familia** |
|  Nacimiento prematuro  |  Bajo peso |  Niño/a en orfanato o al cuidado de otras familias |  Niño/a estuvo en un orfanato o al cuidado de otras familias |
|  Enfermedades crónicas en la familia (mentales, físicas, emocionales) |  Reporte de abuso |
|  Preocupación de crecimiento tardío | Padres en prisión   |  Niño/a va al baño solo ( no es un requisito) |
| Niño/a ha sido examinado por:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |  abuso de sustancias reportado en la familia |
| Recomendado por  Doctor  Dentista  DSS  Otras personas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |
| Por favor describa porque su niño/a les ayudaría a que su hijo entre al preescolar de infantas |
|  |
|  |
| **En Caso de Emergencia** |
| Nombre de amigo familiar que no vivan con ustedes:  | Relación con el niño/a: | Teléfono: ( )  | Teléfono de trabajo: ( )  |
| Nombre de amigo familiar que no vivan con ustedes:  | Relación con el niño/a:   | Teléfono: ( )  | Teléfono de trabajo: ( )  |
| Toda la información es verdadera. Yo autorizo que la escuela Rappahannock use esta información para determinar la elegibilidad a preescolar. Yo entiendo que la información será mantenida en estricta confidencia por staff, y entiendo que es mi responsabilidad notificar la escuela si ha habido algún cambio (uno de los padres debe firmar).  **Firma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   **Firma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **Fecha**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   *\_\_\_* |

 Por favor devuelva esta aplicación para el primero de mayo a**:**   Michelle Berta, Pupil Services  Rappahannock County Public Schools Phone: 540-227-0023, ext. 3210  6 Schoolhouse Rd., Washington, VA 22747 FAX: 540.987.8896  |
|  |
|  |