

SI SU HIJO(A) NO CUMPLE 4 ANTES DEL 15 DE AGOSTO, EL/ELLA NO SERA
ELEGIBLE PARA PREESCOLAR

Nombre del Niño: _____ Calificación de Brigance : _____

Preschool Checklist

- Verificación de Ingreso
- Acta de Nacimiento
- Prueba de Residencia
- Físico Fecha de cita para el doctor: _____
- Tarjeta de Vacunación



Solo para uso oficial
Please Circle One
Income Eligible: Yes / No

If yes, and enrolled, student should be classified as (L) in student information system

2025-2026

La solicitud para decidir la elegibilidad de los ingresos para la investigación preescolar voluntaria

Rellenar este impreso NO resulta en la clasificación del estudiante para comidas escolares gratis y a precio reducido.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Número del Seguro Social de la Estudiante (optional): _____ Fecha de Nacimiento: _____
 (mes/día/año)

Nombre en letra de molde del solicitante o de uno de los padres: _____ Relación a estudiante (padre/madre) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de su casa: () _____ Teléfono de su trabajo: () _____ Número celular: () _____

Parte A - Información de la Familia
Por favor, lista información sobre su familia

Sección 1

	Nombres de otro niños en su casa:	Fecha de Nacimiento	Nombre de Escuela	Grado
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Sección 2

	Nombres de otros adultos en la casa:	Relación a estudiante (por ejemplo: padre/madre):
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Cuántas personas que viven en la casa: _____

Parte B - participación en el programa

Por favor, marca (✓) si su hijo/a o su familia participa en uno de esos programas (la documentación)

(✓)	(✓)	(✓)	(✓)	Case #
Early Head Start	Foster Care	Migratorio	Families First (TANF)	
Head Start	Sin Hogar		Food Stamps / EBT	

Parte C - Suma de Ingresos de Hogar

Por favor, lista **TODOS LOS INGRESOS** de la familia y con qué frecuencia recibe.

Falsificación de la información de ingreso, residencia, o otras preguntas resulta en dimisión de la investigación.

Ingreso Instrucciones

De la lista debaja, por favor escriba El Código de los Ingresos en el espacio e indique el tipo de ingreso recibe. También, por favor escriba el suma en un mes y multiplica de el número de meses que recibe este tipo de ingreso. Calcula el total por un año.

Codigo de los Ingresos							
A.	Ingreso del trabajo	D.	Pension(es)	G.	Beneficios de Veteranos	J.	Ingresos del seguro de discapacidad
B.	Cheque for desempleo?	E.	El fondo de retiro	H.	Manutencion de los hijos	K.	Otro - por favor, lista ↓
C.	Compensacion al Trabajadore	F.	Seguro Social?	I.	Alimentos		

Nombre de Adulto	Empleador (si aplicable)	Codigo de Ingresos	Pago en un mes	Multiplica de:	Cuantos meses usted recibe este ingreso	Suma
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
Suma de Ingresos en un año						\$ -

Parte D - Verificación de los Ingresos

Por favor marca (✓) todos que has presentado en sus comprobantes de ingreso.

<input type="checkbox"/>	Talon de pago/verificacion de empleador	<input type="checkbox"/>	Retiro Documentacion	<input type="checkbox"/>	Cuidado de crianza documentacion
<input type="checkbox"/>	W-2 Forma	<input type="checkbox"/>	Seguro Social	<input type="checkbox"/>	SSI Documentacion
<input type="checkbox"/>	Income Tax Forma 1040A or 1040	<input type="checkbox"/>	Letra de los Veteranos	<input type="checkbox"/>	TANF Documetacion
<input type="checkbox"/>	Desempleo Forma	<input type="checkbox"/>	Manutencion de los hijos	<input type="checkbox"/>	AFDC / Public Assistance Payment
<input type="checkbox"/>	Documentación de Compensacion al Trabajadore	<input type="checkbox"/>	Documentación de los Alimentos	<input type="checkbox"/>	TN Care Verificacion
<input type="checkbox"/>	Pension(es)	<input type="checkbox"/>	Otro (Lista): →		

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que falsifico intencionalmente de los ingresos o la dirección puede resulta in dimisión de la programa Pre-K.

Nombre en letra de molde del solicitante: _____

Firma de solicitante: _____

Fecha: _____

Sólo por uso oficial. No escribe debajo de esta línea.

Name and Signature of LEA employee reviewing this application

I certify that I have examined the above income documentation and verification information.

Completed forms must be maintained in accordance with FERPA.

Printed Name / Title of LEA employee: _____

Signature of LEA employee: _____

Date Reviewed by LEA employee: _____

El condado de Franklin enseña datos/la inscripción del estudiante

Escuela _____	Inscripción Fecha _____	Grado _____
Nombre pasado _____	Nombre _____	Nombre medio _____
Fecha del nacimiento _____	Edad _____	Género <i>M</i> o <i>F</i> de la Seguridad Social _____ - _____ - _____
Perteneencia étnica (círculo uno.) <i>Hispanico</i> <i>No-Hispanico</i>		
Raza (circunde todos que se apliquen.) <i>Blanco</i> <i>Negro</i> <i>Hispanico</i> <i>Indio</i> <i>Asiático</i> <i>Isleño pacífico</i>		
Los E.E.U.U. entrados fecha enseñan el _____		Ciudadano de los E.E.U.U. <i>Y</i> o <i>N</i>
Nacimiento City _____	del condado del nacimiento Nacimiento State _____	Nacimiento Country _____
_____ casero de la lengua _____	primario de la lengua _____	Inglés limitado Perito <i>Y</i> o <i>N</i>
Escuela pasada Attended _____	Fecha Withdrawn _____	
Dirección atendida escuela pasada Street _____	del estado de City _____	del teléfono de Zip _____
Guarda Por completo Name _____	Lengua _____	<i>Inglés</i> o <i>No-Inglés</i>
Residencia (dirección 911) _____	City _____	Zip _____
Correo Address _____	City _____	Zip _____
Condado _____	Email Address _____	
_____ casero del teléfono Trabajo de Phone _____	de la célula Phone _____	
Employer _____	Empleo Address _____	
<p><i>Una copia del orden judicial legal con respecto al niño la custodia debe ser en archivo en la escuela actual si el estudiante no residir con ambos padres. Una orden legal de la custodia se requiere de cualquier guarda otro un padre.</i></p>		
Padre lleno Name _____	Lengua _____	<i>Inglés</i> o <i>No-Inglés</i>
Residencia (dirección 911) _____	City _____	Zip _____
Correo Address _____	City _____	Zip _____
_____ del condado Email Address _____	Puede tomar a estudiante en la escuela <i>Y</i> o <i>N</i>	
Teléfono casero _____	Célula Phone _____	Trabajo Phone _____
Employer _____	Empleo Address _____	
El estudiante reside con el _____	Relación _____	Guarda legal <i>Y</i> o <i>N</i>
Name _____	lleno de la madre _____	Language conocido virginal <i>Inglés</i> o <i>No-Inglés</i>
Residencia (dirección 911) _____	City _____	Zip _____
Correo Address _____	City _____	Zip _____
_____ del condado Email Address _____	Puede tomar a estudiante en la escuela <i>Y</i> o <i>N</i>	
Teléfono casero _____	Célula Phone _____	Trabajo Phone _____
Employer _____	Empleo Address _____	

Modo del transporte (círculo) <i>Privado Automóvil</i> o <i>Autobús de la escuela</i>			
las personas siguientes tienen permiso de tomar o de comprobar hacia fuera a estudiante de escuela. La prueba de la identificación será requerida.			
Por completo Nombre	Relación al estudiante	Dirección	Teléfono #
Enumere cualquier restricción en vista de tome las derechas para el estudiante _____			
Padre/firma legal del guarda _____ Date _____			

Estudiante Cuestionario de la implantación

Este cuestionario se piensa para tratar Acto 42 U.S.C. de McKinney-Vento. 11435.

1. Es su dirección actual a ¿arreglo vivo temporal? *Sí* o *No*
2. Es esta vida temporal ¿arreglo debido a la pérdida de cubierta o de dificultad económica? *Sí* o *No*

Si usted contestó SÍ a las preguntas antedichas, proporcione por favor el siguiente información:

3. ¿Dónde su niño permanece en la noche? (Compruebe por favor uno)

- _____ casero/apartamento poseído o alquilado por los padres/los guardas
- _____ Con un pariente o un amigo (la familia no tiene residencia)
- _____ En un abrigo
- _____ En un motel
- _____ En un automóvil
- _____ Un sitio para acampar
- _____ En la cubierta que es inadecuada (es decir, ninguna electricidad, agua corriente, etc.)
- _____ La otra cubierta (explique por favor): _____

4. Hágame tienen actualmente pre-entrenamiento ¿niños no alistados en escuela? *Sí* o *No*

Si enumere sí, por favor sus nombres y edades: _____

Presentación de un expediente falso o falsificación los expedientes son una ofensa bajo el 0 de la sección 37-, el código penal, e inscripción de el niño bajo documentos falsos sujeta a persona a la responsabilidad por la cuota u otros costes. Sec.25.002 TÉCNICO (3) (d).

Padre/ legal de la firma del guarda _____ Date _____

Caregiver Input for Preschool-Age Children

Child's Name: _____ School: _____ Date: _____

Caregiver Name: _____ Relationship to Child: _____

Please write any additional information on the back of the form or an attached piece of paper.

1. What do you feel are the strengths of your child?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Tries new things | <input type="checkbox"/> Has a sense of humor | <input type="checkbox"/> Has neat ideas |
| <input type="checkbox"/> Says "please" and "thank you" | <input type="checkbox"/> Speaks clearly | <input type="checkbox"/> Likes books |
| <input type="checkbox"/> Adjusts well to changes in routine | <input type="checkbox"/> Has positive feelings | <input type="checkbox"/> Is happy |
| <input type="checkbox"/> Puts toys away when asked | <input type="checkbox"/> Understands what is said | <input type="checkbox"/> Likes music |
| <input type="checkbox"/> Offers to help others | <input type="checkbox"/> Listens attentively | <input type="checkbox"/> Admits mistakes |
| <input type="checkbox"/> Asks for help when needed | <input type="checkbox"/> Smiles at people | <input type="checkbox"/> Is proud of self |
| <input type="checkbox"/> Separates easily from parent | <input type="checkbox"/> Adjusts well to different people | <input type="checkbox"/> Keeps trying |
| <input type="checkbox"/> Follows safety rules | <input type="checkbox"/> Shows concern for someone who is crying | <input type="checkbox"/> Solves problems by talking rather than hitting, pushing, biting, screaming, etc. |
| <input type="checkbox"/> Maintains eye contact | | |

Other strengths:

2. What areas do you feel your child has a need to improve?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Eats things that are not food | <input type="checkbox"/> Is easily distracted | <input type="checkbox"/> Does not listen well |
| <input type="checkbox"/> Acts without thinking | <input type="checkbox"/> Has toileting accidents | <input type="checkbox"/> Climbs on things |
| <input type="checkbox"/> Does not adjust well to change | <input type="checkbox"/> Is critical about self | <input type="checkbox"/> Does not sleep well |
| <input type="checkbox"/> Does not help with simple tasks | <input type="checkbox"/> Has difficulty making friends | <input type="checkbox"/> Does not smile |
| <input type="checkbox"/> Is nervous/anxious | <input type="checkbox"/> Tries to hurt self | <input type="checkbox"/> Screams |
| <input type="checkbox"/> Is overly active | <input type="checkbox"/> Needs a lot of supervision | <input type="checkbox"/> Has many fears |
| <input type="checkbox"/> Does not ask for help | <input type="checkbox"/> Gives up easily | <input type="checkbox"/> Cries easily |
| <input type="checkbox"/> Spills food or drink when eating | <input type="checkbox"/> Is difficult to understand | <input type="checkbox"/> Has tantrums |
| <input type="checkbox"/> Needs very simple directions | <input type="checkbox"/> Falls and hurts self frequently | <input type="checkbox"/> Is easily distracted |
| <input type="checkbox"/> Struggles to finish tasks | <input type="checkbox"/> Has difficulty making decisions | <input type="checkbox"/> Stutters |
-
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Complains about health (headaches, stomachaches) | <input type="checkbox"/> Uses physical aggression to solve problems |
| <input type="checkbox"/> Does not separate easily from parent | <input type="checkbox"/> Wanders away from public places |
| <input type="checkbox"/> Does not adjust well to different people | <input type="checkbox"/> Has difficulty transitioning between activities |
| <input type="checkbox"/> Has difficulty maintaining eye contact | <input type="checkbox"/> Prefers to be alone much of the time |
| <input type="checkbox"/> Gets frustrated when he/she cannot do something quickly | |

Other areas to improve:

3. What are your child's favorite activities or special interests?

- | | | | |
|-----------------------------------|--|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Music | <input type="checkbox"/> Coloring/Drawing | <input type="checkbox"/> Telling/Listening to stories | <input type="checkbox"/> Vehicles |
| <input type="checkbox"/> Cooking | <input type="checkbox"/> Building structures | <input type="checkbox"/> Remembering information | <input type="checkbox"/> Sports |
| <input type="checkbox"/> Dress up | <input type="checkbox"/> Working puzzles | <input type="checkbox"/> Playing board/card games | <input type="checkbox"/> Animals |
| | | <input type="checkbox"/> Likes music | |

Other favorite activities or special interests:

4. Please respond to the following:

Does your child ask questions?	YES	NO
Is your child able to speak in clear sentences?	YES	NO
Does your child respond appropriately to yes and no questions?	YES	NO
Do you have any speech and/or language concerns for your child?	YES	NO
Do you have any hearing concerns for your child?	YES	NO
Do you have any mobility/movement concerns for your child?	YES	NO

How does your child typically communicate?

5. Please circle the appropriate answer for the following questions about your child's skills.

Uses the bathroom	INDEPENDENTLY	WITH HELP	NOT YET
Washes and dries hands	INDEPENDENTLY	WITH HELP	NOT YET
Puts on & takes off coat	INDEPENDENTLY	WITH HELP	NOT YET
Drinks from an open lid cup	INDEPENDENTLY	WITH HELP	NOT YET
Feeds self with utensils	INDEPENDENTLY	WITH HELP	NOT YET
Waits patiently for your attention	INDEPENDENTLY	WITH HELP	NOT YET
Follows simple directions	INDEPENDENTLY	WITH HELP	NOT YET
Entertains self, at least 5 minutes	INDEPENDENTLY	WITH HELP	NOT YET
Attends to story from a book	INDEPENDENTLY	WITH HELP	NOT YET
Answers who, what, where questions	INDEPENDENTLY	WITH HELP	NOT YET
Comments on things in their environment	INDEPENDENTLY	WITH HELP	NOT YET
Waits for turn	INDEPENDENTLY	WITH HELP	NOT YET
Initiates interactions with peers	INDEPENDENTLY	WITH HELP	NOT YET
Shares with peers	INDEPENDENTLY	WITH HELP	NOT YET

6. How do you think your child learns best?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> One on one with teacher | <input type="checkbox"/> One on one with parent | <input type="checkbox"/> With movement |
| <input type="checkbox"/> With toys/objects | <input type="checkbox"/> While sitting in my lap | <input type="checkbox"/> With technology as a tool |
| <input type="checkbox"/> With no noise in the room | <input type="checkbox"/> With visual supports (pictures) | <input type="checkbox"/> With music |
| <input type="checkbox"/> Seated at a table | <input type="checkbox"/> With help understanding the directions | <input type="checkbox"/> With a sensory toy or fidget |
| <input type="checkbox"/> With a small group of children | <input type="checkbox"/> With tangible rewards | <input type="checkbox"/> With the lights dimmed |
| <input type="checkbox"/> With a large group of children | <input type="checkbox"/> One on one with friend/sibling | <input type="checkbox"/> Standing at a table or desk |
| <input type="checkbox"/> When close to the one teaching | <input type="checkbox"/> Watching someone do the activity first | |

Other scenarios/strategies that promote your child's success while learning:

7. Does your child have any particular fears? If so, please describe.

8. How does your child usually react when he/she is upset? How do you deal with the behavior?

9. What are your main goals for your child this year?

10. Is there other information you would like to discuss or provide to help us gain a better understanding of your child?

Signature: _____

Date: _____