

Solicitud preescolar

Se requieren los siguientes documentos a menos que el estudiante que se inscribe esté bajo custodia estatal o se encuentre sin hogar:

- Solicitud de preescolar con comprobante de ingresos.
- Acta de nacimiento u otros registros oficiales de nacimiento.
- Registro de vacunación actual
- Examen físico actual
- Un comprobante de residencia fechado dentro de los últimos dos meses que indique el nombre del padre/tutor legal y la dirección de residencia. Las formas aceptables de prueba de residencia incluyen:
 - Opción 1: Copia del contrato de arrendamiento firmado o declaración de hipoteca
 - Opción 2: Factura de servicios públicos (es decir, electricidad, agua, gas o alcantarillado)
 - Opción 3: Extracto bancario o de tarjeta de crédito
 - Opción 4: recibo de sueldo
 - Opción 5: Registro de Electores o algún tipo de correo legal

Tenga en cuenta:

- **Completar esta solicitud no califica a su hijo para el Programa de comidas gratis o a precio reducido.**
- **La presentación de esta solicitud no garantiza la aceptación en el Programa de Pre-K Voluntario (VPK).**
- **La negativa a proporcionar ingresos no impide la prestación de servicios de educación especial.**

Fecha de hoy: _____

Solicitud de prekínder del condado de Marion

Whitwell Elementary School

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE Y DEL HOGAR

Apellido	Nombre de pila		Segundo nombre	
Nombre preferido	Fecha de nacimiento		Número de teléfono	
Dirección física	Apto	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente)	Apto	Ciudad	Estado	Código postal
Carrera <input type="checkbox"/> e1 Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> e1 asiático <input type="checkbox"/> e1 Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> e1 Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> e1 Blanco				
es el estudiante ¿Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> e1 Sí <input type="checkbox"/> e1 No	¿Cuál es el primer idioma que su hijo aprendió a hablar? _____ ¿Qué idioma habla su hijo con más frecuencia en casa? _____	Sexo <input type="checkbox"/> e1 Masculino <input type="checkbox"/> e1 Femenino	¿Su hijo participa en la Biblioteca de imaginación Dolly Parton? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otra información (según corresponda) Marque las que correspondan.	<input type="checkbox"/> Plan de Educación Individualizado (IEP) <input type="checkbox"/> Plan 504 <input type="checkbox"/> Inmigrante <input type="checkbox"/> Servicios Especiales : Discurso <input type="checkbox"/> Terapia ocupacional/fisioterapia			

¿Dónde pasa la noche su hijo actualmente?

- e1 Casa o apartamento propiedad o alquilado por los padres/tutores
- e1 Cámping
- e1 Automóvil
- e1 Refugio
- e1 Hotel/Motel
- e1 Viviendo temporalmente con un familiar/amigo
- e1 Vivienda inadecuada (sin electricidad, agua corriente, etc.)

¿Alguna vez su hijo ha asistido a uno de los siguientes?

- ventaja inicial
- La mañana de la madre
- Inicio temprano
- guardería privada
- Cuidado de niños familiar
- TEIS
- Preescolar privado/público

Escuelas o preescolar anteriores a las que asistió	DIRECCIÓN	Teléfono	Años de asistencia

¿Con quién vive el estudiante?

- Madre
- Padre
- Ambos

¿Quién tiene la custodia del niño?

- Madre
- Padre
- Ambos

ALERTA LEGAL: Si hay un problema de custodia con respecto a su hijo, debe estar archivado en la escuela un documento judicial legal certificado y vigente sobre la custodia o las restricciones.

Las siguientes personas NO TIENEN LEGALMENTE PERMITIDO sacar a mi hijo de la escuela en ningún momento.

1.

2.

3.

Padre: (Marque todo lo que corresponda).

- Contacto permitido
- Envíos permitidos
- Padres inscritos
- Liberar a
- Fallecido
- Derechos educativos
- Representante financiero
- Desaparecido en combate, muerto en combate o prisionero de guerra
- Actualmente sirve en el ejército.
- Fuera de la fuerza laboral

Madre: (Marque todo lo que corresponda).

- Contacto permitido
- Envíos permitidos
- Padres inscritos
- Liberar a
- Fallecido
- Derechos educativos
- Representante financiero
- Desaparecido en combate, muerto en combate o prisionero de guerra
- Actualmente sirve en el ejército.
- Fuera de la fuerza laboral

Si la escuela sale temprano, indique el nombre y el número del contacto para llamar.

INFORMACIÓN MÉDICA: En caso de una emergencia, si no se puede hacer contacto con los números enumerados, las autoridades escolares llevarán al niño al médico o llamarán a la ambulancia.

Médico del estudiante: Número de teléfono:

Nombre del hospital deseado:

¿Su hijo tiene alguna condición de salud grave?
En caso afirmativo, indique

Medicamentos requeridos en la escuela: Sí No

Mi hijo tiene las siguientes condiciones de salud que pueden requerir atención especial durante el horario escolar. Explique la condición y observe si se requieren medicamentos en casa y durante el horario escolar según lo prescrito por un médico. Ejemplos de afecciones médicas incluyen, entre otras: (asma, diabetes, alergia alimentaria, ADD/ADHD, etc.)

La información proporcionada anteriormente es verdadera y precisa a mi leal saber y entender. Es mi responsabilidad notificar a la escuela si la condición médica de mi hijo cambia y/o si ha desarrollado alguna condición médica que pueda requerir atención durante el horario escolar.

Firma del padre: Fecha:

Nuestra política establece que a ninguna persona se le negará la admisión ni se la excluirá de ninguna escuela pública en este estado por motivos de raza, credo, color, religión o deuda nacional. Todos los padres de Título I tienen derecho a solicitar las calificaciones o los maestros y paraprofesionales de sus hijos que trabajan con ellos. Las escuelas de Título I deben notificar a los padres sobre cualquier niño que reciba enseñanza de un maestro académico básico que no esté altamente calificado durante más de cuatro semanas consecutivas.

PADRE/TUTOR #1				
Apellido	Nombre de pila		Dirección de correo electrónico	
Teléfono residencial	Teléfono de trabajo		Teléfono móvil	
Dirección física (si es diferente a la del estudiante)	Apto	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente a la del estudiante)	Apto	Ciudad	Estado	Código postal
Relación con el estudiante			vive con ¿Alumno? <input type="checkbox"/> el Sí <input type="checkbox"/> el No	
Empleador	Ocupación		Horas de trabajo	
Dirección de Trabajo	Ciudad		Estado	Código postal

PADRE/TUTOR #2				
Apellido	Nombre de pila		Dirección de correo electrónico	
Teléfono residencial	Teléfono de trabajo		Teléfono móvil	
Dirección física (si es diferente a la del estudiante)	Apto	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente a la del estudiante)	Apto	Ciudad	Estado	Código postal
Relación con el estudiante:			¿Vive con el estudiante? <input type="checkbox"/> el Sí <input type="checkbox"/> el No	
Empleador	Ocupación		Horas de trabajo	
Dirección de Trabajo	Ciudad		Estado	Código postal

INFORMACIÓN DE CONTACTO DE EMERGENCIA

CONTACTO DE EMERGENCIA #1				
Apellido	Nombre de pila		Relación con el estudiante	
Teléfono residencial	Teléfono de trabajo		Teléfono móvil	
DIRECCIÓN	Apto	Ciudad	Estado	Código postal

CONTACTO DE EMERGENCIA #2				
Apellido	Nombre de pila		Relación con el estudiante	
Teléfono residencial	Teléfono de trabajo		Teléfono móvil	
DIRECCIÓN	Apto	Ciudad	Estado	Código postal

CONTACTO DE EMERGENCIA #3				
Apellido	Nombre de pila		Relación con el estudiante	
Teléfono residencial	Teléfono de trabajo		Teléfono móvil	
DIRECCIÓN	Apto	Ciudad	Estado	Código postal

Parte A: Información familiar

Por favor indique la información de todos los demás miembros del hogar.

Sección 1: Nombre(s) de Todos los demás niños en el Familiar		Fecha de nacimiento	Escuela	GRAMOe llos trabajan
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Sección 2: Nombre(s) de Todos los adultos en el hogar		Relación con el estudiante
1.		
2.		
3.		
4.		

Número total de miembros del hogar: _____

Parte B: Participación en el programa

Por favor, compruebe (✓) si un niño, familia o miembro del hogar participa en uno o más de los siguientes programas, actualmente o durante el año escolar pasado. Se requiere documentación (consulte la Parte D).

✓	Programa	✓	Programa	✓	Programa	✓	Programa
	Inicio temprano		Cuidado de crianza		Inmigrante		Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)

	ventaja inicial		Sin hogar		Las familias primero (TANF)	Número de caso SNAP/TANF:
--	-----------------	--	-----------	--	-----------------------------	---------------------------

Parte C: Ingreso total del hogar

Por favor enumere **TODOS LOS INGRESOS** de los miembros de la familia del hogar y con qué frecuencia se reciben los ingresos. Cualquier falsificación de información relativa a ingresos, residencia, certificado de nacimiento y/o cumplimentación de esta solicitud y otros formularios puede ser motivo de despido.

Instrucciones de ingreso:

De la lista a continuación, escriba el código de fuente de ingresos en el espacio provisto para indicar la(s) fuente(s) de ingresos de cada individuo que gana en el hogar. Además, escriba el pago mensual o el monto del salario. Multiplique el monto del pago o salario por la cantidad de meses que recibe el ingreso y luego calcule el monto y el ingreso anual total.

Ingreso total anual (anual): _____

Códigos de fuente de ingresos			
Un ingreso laboral BRUTO	D. Pensiones	G. Beneficios para veteranos	J. pensión alimenticia
B. Desempleo	E. Jubilación	H. Manutención de menores	K. Otro (debe incluirse)
C. Compensación laboral	F. Beneficios del Seguro Social	I. discapacidad SSI	

Parte D: Verificación de ingresos Certifico que la información anterior en esta solicitud es correcta. Además, entiendo que cualquier falsificación de información sobre ingresos, residencia, certificado de nacimiento y/o completar esta solicitud y otros formularios puede ser motivo de despido del Programa de Pre-K Voluntario de Tennessee.

Nombre impreso del solicitante: _____

Por favor marque (✓) todos los documentos que se han proporcionado como comprobante de ingresos.						
<input type="checkbox"/>	Talón de pago / Verificación de pago por parte del empleador	<input type="checkbox"/>	Formulario W-2	<input type="checkbox"/>	Nutrición suplementaria Programa de Asistencia (SNAP)	
<input type="checkbox"/>	Reembolso por cuidado de crianza	<input type="checkbox"/>	Beneficios del Seguro Social	<input type="checkbox"/>	Manutención infantil	
<input type="checkbox"/>	Formulario de impuesto sobre la renta 1040A o 1040	<input type="checkbox"/>	Carta de beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/>	Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) Documentación	
<input type="checkbox"/>	Compensación por desempleo	<input type="checkbox"/>	Talones de pensión	<input type="checkbox"/>	Documentación de pensión alimenticia	
<input type="checkbox"/>	Compensación laboral Documentación	<input type="checkbox"/>	Documentación SSI	<input type="checkbox"/>	Documentación de jubilación	
Nombre del adulto Otro (Especifique):	Empleador (si corresponde)	Fuente de Ingreso Código	Mensual Pago o Salario	Multiplicar por (incógnita)	Cuántos meses recibiste esto en el año pasado?	Total Cantidad
			\$	incógnita		\$
			\$	incógnita		\$
			\$	incógnita		\$
			\$	incógnita		\$

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre y firma del empleado de LEA que revisa esta solicitud

Certifico que he examinado la documentación de ingresos y la información de verificación anteriores. Los formularios completos deben mantenerse de acuerdo con FERPA.

Nombre/título impreso del empleado de LEA: _____

Firma del empleado de LEA: _____ Fecha de revisión por el empleado de LEA: _____

Sólo para uso en oficina

Por favor circule uno

Ingresos elegibles: Sí / No