****

**Solicitud de Preescolar**

**Todas las secciones deben estar completas para determinar la elegibilidad de su familia.**

| **Nombre, segundo nombre y apellido del niño:** | **Fecha de nacimiento** | **Nombre de la madre o tutor legal:** | **Nombre del padre o tutor legal** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **Situación de los padres (custodia legal del niño:** | **Ninos viven con** | **Dirección** | **Direccion** |
| ☐madre ☐padre |  |  |  |
| **Custodia exclusiva:** | **Custodia fisica** | **La custodia compartida:** | **telefono de dia** |
|  |  |  |  |
| **Número(s) de teléfono por la noche:** | **Correo electronico** | **# de miembros en la familia:** | **# de miembros en la casa** |
|  |  |  |  |

**¿Recibe su familia actualmente alguna de las siguientes formas de ingresos y/o asistencia? (Marque todo lo que corresponda).**

| ☐TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) | ☐SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario) | ☐Beneficios de desempleado |
| --- | --- | --- |
|  ☐Manutención de los hijos |  ☐Asistencia de guardería | ☐Cupones para alimentos (SNAP) |
| ☐WIC (mujeres, bebés y niños) | ☐Pensión alimenticia/manutención conyugal | ☐Invalidez |
| ☐Seguridad Social | ☐Becas/Subvenciones | ☐Sección 8/Vivienda Subsidiada |
| ☐Asistencia de servicios públicos | ☐Beneficios del VA | ☐Ingresos de alquiler |

**¿Alguna de las siguientes situaciones se aplica a su familia? (Marque todo lo que corresponda).**

| ☐Sin hogar o viviendo en un albergue | ☐Vivir con parientes u otras personas debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas | ☐Vivir con parientes u otras personas por elección. |
| --- | --- | --- |
| ☐Ambiente inseguro o insalubre | ☐hogar abusivo | ☐La madre del niño no tiene diploma de escuela secundaria o GED |
| ☐El padre del niño no tiene un diploma de escuela secundaria o GED | ☐La madre del niño está actualmente encarcelada. | ☐El padre del niño está actualmente encarcelado. |
| ☐militar en servicio activo | ☐Necesita comida/refugio de emergencia | ☐Padre/tutor legal discapacitado |

**Historia del niño e información específica. (Marque todo lo que corresponda).**

| **Nombre, segundo nombre y apellido del niño:** |  |
| --- | --- |
| ☐IEP actual | ☐Referencia del pediatra por retraso en el habla o en el desarrollo |
| ☐Evaluado o Child Find/Early Intervention u otra agencia |
|  |
| **Incluya el certificado de nacimiento de su hijo, los registros de vacunación y la verificación de ingresos (prueba de ingresos) al momento de la presentación. Para obtener información adicional o asistencia, comuníquese con Michelle Berta****@ 540-227-0023 mberta@rappahannockschools.us** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Firma del Padre / Tutor** | **Fecha** |

**Formulario de verificación de ingresos**

**INFORMACIÓN CONFIDENCIAL**

Incluya el ingreso anual bruto total (antes de impuestos) del padre o los padres del niño (definidos como padre, tutor, custodio legal u otra persona que tenga control o esté a cargo del niño)

**Padre/Tutor (P/G) #1:**

| Semanalmente | X52 | = Ingreso Anual |
| --- | --- | --- |
| Cada 2 semanas | 26x26 | = |
| Dos veces al mes | 24x24 | = |
| Mensual | x12 | = |
| Otros Ingresos |  | = |

**Padre/Tutor (P/G) #2:**

| Semanalmente | X52 | = Ingreso Anual |
| --- | --- | --- |
| Cada 2 semanas | 26x26 | = |
| Dos veces al mes | 24x24 | = |
| Mensual | x12 | = |
| Otros Ingresos |  | = |

**Ingreso total del hogar**

| **#1 P/G Ingresos:** | **#2 Ingresos P/G:** | **Otros Ingresos:** | **Total:** |
| --- | --- | --- | --- |
|   |  |  |  |

¿Está trabajando actualmente para el mismo empleador que se documenta en el formulario de impuestos/W-2?

* P/G #1: ☐Sí ☐No
* P/G #2: ☐Sí ☐No

(Si cualquiera de los P/G respondió "No" arriba, se necesita la información de ingresos actual para determinar la elegibilidad de ingresos).

¿Tiene otras formas de ingresos que no se declaran en este documento, como ingresos por alquileres, fondos fiduciarios, etc.?

* P/G #1: ☐Sí ☐No
* P/G #2: ☐Sí ☐No

 **Formulario de Verificación de Ingresos Continuación**

**CERTIFICACIÓN**

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que se declaran todos los ingresos (si se presentan). Entiendo que si alguna de esta información cambia, estoy obligado a notificar al programa inmediatamente. Entiendo que la escuela/programa recibirá fondos estatales según la información que proporcione. Entiendo que la tergiversación deliberada de cualquier parte de esta información puede descalificar a mi hijo de ser considerado para un programa preescolar.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma del padre/tutor (requerido para consideración) | Fecha |
|  |  |
| Verifico que he examinado TODA la información (Firma del personal) | Fecha |
|  |  |
| **NOMBRE DEL ESTUDIANTE** |  |

**SOLO USO DE OFICINA**

**VERIFICACIÓN DE INGRESOS**

|  |
| --- |
| **Ingresos de los miembros del personal verificados por:****(por favor imprimir)** |

**Cómo verificado:**

☐Formulario W-2 Formularios de ☐impuestos ☐Talones de pago (salario) Verificación de ☐SSI Verificación de ☐SNAP Verificación de ☐TANF

☐Declaración escrita del empleador ☐Manutención ☐de los hijos Beneficios del Seguro Social/Desempleo/Otros

Número de personas en el hogar:

| **Niños** | **Adultos** | **Total** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

**Virginia Preschool Initiative Formulario de Declaración de No Ingresos o No Documentación de Ingresos (solo complete este formulario si no tiene ingresos o verificación de ingresos)**

| Nombre(s) de padre(s)/tutor(es) |  |
| --- | --- |
| El nombre del niño: |  |
| Dirección: |  |

Marque cuál de los siguientes se aplica a su situación actual:

☐Certifico que no tuve ingresos propios en los últimos 12 meses.

☐Certifico que en este momento no puedo presentar evidencia de mis ingresos.

Indique cómo proporciona lo siguiente (ahorros, asistencia de la familia, efectivo ganado):

| Alojamiento: |  |
| --- | --- |
| Comida: |  |
| Transportación: |  |

Si indica que tiene ingresos pero no puede verificar los ingresos con documentación, indique la fuente de ingresos y la cantidad a continuación:

| **Fuente de ingreso** | **$ Monto** |
| --- | --- |
| Seguridad Social | ps |
| SSI | ps |
| TCA | ps |
| Manutención de los hijos | ps |
| Otros (efectivo ganado, etc.) | ps |
| Total | ps |

**Todas las secciones deben estar completas para determinar la elegibilidad de su familia. Toda la información se mantendrá en estricta confidencialidad, ya que está disponible para usted durante el horario comercial normal.**

**Certifico que la información proporcionada para respaldar esta información es precisa y veraz a mi leal saber y entender. Entiendo que el personal del programa verificará esta información y que la tergiversación deliberada puede resultar en el retiro de este programa.**

| Firma del Padre / Tutor: |  | Fecha: |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Firma/título del personal: |  | Fecha: |  |