



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



INFORMACIÓN SOBRE EL NIÑO/NINA
adjunte una copia del certificado del nacimiento

| | | |
|---|----------------|-----------------|
| Apellido del estudiante: | Primer nombre: | Segundo nombre: |
| Raza: | Cumpleaños: | Edad: |
| <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña | | |

INFORMACIÓN SOBRE LOS PADRES/GUARDIANAS

| | | |
|---------------------|----------------|-----------------|
| Apellido del madre: | Primer nombre: | Segundo nombre: |
|---------------------|----------------|-----------------|

| | | |
|---|--|-------------------------|
| Vive con el niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Estado civil: (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> 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 con el niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Estado civil: (marque uno) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | ¿Examen físico menos de 1 año atrás? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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

CARACTERÍSTICAS DE LA FAMILIA

| | | | |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Nacimiento prematuro | <input type="checkbox"/> Bajo peso | <input type="checkbox"/> Niño/a en orfanato o al cuidado de otras familias | <input type="checkbox"/> Niño/a estuvo en un orfanato o al cuidado de otras familias |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades crónicas en la familia (mentales, físicas, emocionales) | | <input type="checkbox"/> Reporte de abuso | |
| <input type="checkbox"/> Preocupación de crecimiento tardío | Padres en prisión <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Niño/a va al baño solo (no es un requisito) | |
| <input type="checkbox"/> Niño/a ha sido examinado por: _____ | | <input type="checkbox"/> 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
6 Schoolhouse Rd., Washington, VA 22747

Phone: 540-227-0023, ext. 3210
FAX: 540.987.8896

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 |
|-------|---------|-------|
| | | |

◆ Formulario de autoinforme de ingresos de la Iniciativa Preescolar de Virginia

| | |
|---------------------------------|---|
| Nombre(s) de los padres/tutores | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| El nombre del niño: | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| DIRECCIÓN: | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |

Iniciar las siguientes declaraciones:

- Certifico que no deseo proporcionar documentación de mis ingresos.
- Entiendo que la Ley de Apropiación exige que los programas de Iniciativa Preescolar de Virginia informen los rangos de ingresos para *paratodonños* matriculados en la Iniciativa Preescolar de Virginia.

Utilice la siguiente tabla para determinar el rango de ingresos de su hogar. Busque la columna con el tamaño de su familia y marque la casilla en la fila al lado del rango de ingresos que mejor describa a su familia.

| Rangos de ingresos familiares de VPI para los requisitos de presentación de informes | | | | | | | | | |
|--|----------------------|------------------------------|------------------------|------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| | | Personas en la familia/hogar | | | | | | | |
| Control ar cual rango aplica | Rang os de ingre sos | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| | Menos que 130% | Menos que \$19,578 | Menos que \$26,572 | Menos que \$33,566 | Menos que \$40,560 | Menos que \$47,554 | Menos que \$54,548 | Menos que \$61,542 | Menos que \$68,536 |
| | 131 a 200% | \$19,579 a \$30,120 | \$26,573 a \$40,880 | \$33,567 a \$51,640 | \$40,561 a \$62,400 | \$47,555 a \$73,160 | \$54,549 a \$83,920 | \$61,543 a \$94,680 | \$68,537 a \$105,440 |
| | 201 a 350% | \$30,121 a \$52,710 | \$40,881 a \$71,540 | \$51,641 a \$90,370 | \$62,401 a \$109,200 | \$73,161 a \$128,030 | \$83,921 a \$146,860 | \$94,681 a \$165,690 | \$105,441 a \$184,520 |
| | Mayor que que 351% | Mayor que que \$52,711 | Mayor que que \$71,541 | Mayor que que \$90,371 | Mayor que que \$109,201 | Mayor que que \$128,031 | Mayor que que \$146,861 | Mayor que que \$165,691 | Mayor que que \$184,521 |

Esta información tiene fines informativos únicamente y no se utilizará para determinar la elegibilidad para el Programa de Iniciativa Preescolar de Virginia. Toda la información se mantendrá en estricta confidencialidad. **Certifico que la información proporcionada para respaldar esta información es precisa y veraz a mi leal saber y entender.**

| | | | |
|--------------------------|---|---------|---|
| Firma del Padre / Tutor: | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Fecha : | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |
| Personal Firma/Título: | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. | Fecha : | Haga clic o toque aquí para ingresar texto. |