



PreK Solicitud

Los estudiantes deben tener 4 años antes del 15 de agosto de 2025 para inscribirse.

La inscripción para El Prekínder se llevará a cabo en las escuelas con aulas de PreK el 7 de marzo de 2025 de 1:00pm a 3:00pm

Se necesitarán los siguientes elementos para registrarse:

- _____ Certificado de nacimiento del niño(a)
- _____ Tarjeta de Seguro Social del niño(a) (si disponible)
- _____ Registro de Tennessee de inmunización/físico actualizado del niño(a)
- _____ Identificación con foto del padre/tutor
- _____ Prueba de tutela legal si no es el padre/la madre
- _____ Dos pruebas de residencia en el Condado de Hamblen
(declaración de hipoteca, contrato de alquiler, factura de servicios públicos, etc)
- _____ Comprobante de ingresos si solicita clases de beca
(recibo de sueldo actual, W-2/declaración de impuestos, número de SNAP/TANF, etc.)

Tenga en cuenta: los estudiantes que se inscriban después de la fecha de inscripción deberán entregar las solicitudes completas a la escuela a la que les gustaría asistir.



Ubicaciones con PreK

**Fairview
Hillcrest
Lincoln Ele
Manley
Russellville
Union Heights
West Ele
Witt**

**Información para la Inscripción
PreK Año Escolar 25-26**

Opción Pre-K 1ª _____ Opción Pre-K 2ª _____ Opción Pre-K 3ª _____

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Género ☐ M ☐ o ☐ F

Número de Seguro Social (si está disponible) _____ - _____ - _____

Raza (marque todas las que correspondan): ☐ Blanco, ☐ Negro o Afroamericano, ☐ Indio o Isleño del Pacífico, ☐ Asiáticos, ☐ Nativos de Hawái u otras islas del Pacífico

¿El niño es hispano/latino? ☐ Sí ☐ o ☐ No

Idioma del Hogar _____ Idioma Primario _____ Dominio limitado del Inglés ☐ Sí ☐ o ☐ No

¿Dónde se queda actualmente su hijo por la noche? ☐ Propietario de Casa o apartamento o alquilado por el padre/tutor ☐ Automóvil ☐ Campamento ☐ Vivienda inadecuada (sin electricidad, agua, corriente, etc.) ☐ Refugio ☐ Hotel/Motel ☐ Temporalmente viviendo con un familiar/amigo

Marque cualquiera que aplique: ☐ Plan 504 ☐ Migrantes ☐ Cuidado Temporal ☐ Plan de Educación Individualizado (IEP)

¿Su hijo(a) tiene una discapacidad diagnosticada? ☐ Sí ☐ o ☐ No En caso afirmativo, ¿qué tipo?

¿IEP de la Asociación de Educación Local? ☐ Sí ☐ o ☐ No ¿IEP adjunto? ☐ Sí ☐ o ☐ No

¿Su hijo ha asistido alguna vez a alguno de los siguientes? ☐ Head Start ☐ Cuidado Privado ☐ Cuidado de Niños Familiar ☐ Preescolar Privado/Público ☐ 1 Día de cuido

Nombre de la(s) escuela(s) o preescolar(es) a la(s) que asistió anteriormente: -

Nombre de Padre/Tutor #1 _____

¿Relación? _____ ¿Vive con el/la estudiante? ☐ Sí ☐ o ☐ No

Idioma Principal _____ Militar activo/Reservas/Guardia Nacional ☐ Sí ☐ o ☐ No

Dirección Física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

Nombre del Empleador _____ Dirección del Empleador _____

Dirección de correo electrónico _____

Nombre de Padre/Tutor #2 _____

¿Relación? _____ ¿Vive con el estudiante? ☐ Sí ☐ o ☐ No

Idioma principal _____ Militar activo/Reservas/Guardia Nacional ☐ Sí ☐ o ☐ No

Dirección Física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono Celular _____ Trabajo _____

Nombre del empleador _____ Dirección del Empleador _____

Dirección de correo electrónico _____

Una copia de la orden judicial legal con respecto a la custodia actual del niño(a) debe estar archivada en la escuela si el/la estudiante no reside con ambos padres. Se requiere una orden de custodia legal de cualquier otro tutor que no sea uno de los padres.

Date/Time Received _____



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 otros 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. Calcule 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 fundo 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.

	Talon de pago/verificacion de empleador		Retiro Documentacion		Cuidado de crianza documentacion
	W-2 Forma		Seguro Social		SSI Documentacion
	Income Tax Forma 1040A or 1040		Letra de los Veteranos		TANF Documetacion
	Desempleo Forma		Manutencion de los hijos		AFDC / Public Assistance Payment
	Documentación de Compensacion al Trabajadore		Documentación de los Alimentos		TN Care Verificacion
	Pension(es)		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 resultar en dimisión de la programa Pre-K.

Nombre en letra de molde
del solicitante: _____

SSN #: _____

Firma de solicitante: _____

Fecha: _____

Sólo por uso oficial. No escriba 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: _____