



Warren County Public Schools
Special Services

465 W. 15th St., Ste. 500
Front Royal, VA 22630
Phone (540) 635-2725
Fax (540) 635-3001
www.wcpsva.org

OFFICE OF THE DIRECTOR,
SPECIAL SERVICES

Estimado padre/custodio:

Adjunto encontrará una solicitud para el Programa de Iniciativa Preescolar de Virginia (VPI). El programa está diseñado para atender a niños de 3 y 4 años en situación de riesgo que tal vez no estén preparados para tener éxito al ingresar al aula de jardín de infantes. El objetivo del programa VPI es brindar oportunidades y experiencias en un entorno de grupo estructurado con énfasis en el desarrollo de habilidades de alfabetización. Los sitios del programa son la escuela primarias E. Wilson Morrison, Ressie Jeffries, Leslie Fox Keyser y la Hilda J. Barbour.

Los estudiantes elegibles para el programa VPI deben ser residentes de Virginia, deben tener tres o cuatro años antes del 30 de septiembre de 2024 (oportunidades de 3 años pendientes de aprobación del presupuesto para 24-25) y cumplir con al menos (1) las pautas de criterios estatales antes de que puedan ser considerados para el programa VPI.

1. Cumple con las pautas federales de ingresos (ingreso familiar igual o inferior al 200 por ciento de las pautas federales de pobreza)
2. Uno o ambos padres no completaron la escuela secundaria
3. Califica como personas sin hogar
4. Niños con discapacidades o retrasos que son elegibles para servicios de educación especial bajo la Ley de Individuos con Ley de Educación para Discapacitados, independientemente de los ingresos del hogar.

Por favor devuelva los artículos a continuación a Servicios Especiales, ATENCIÓN: Preschool 465 W 15. Street Ste. 500, Front Royal, VA 22630 a más tardar el 5 de abril de 2024 para ser considerado para la inscripción inicial en el año escolar 2024-2025.

1. Solicitud VPI completa
2. Copia certificada del acta de nacimiento
3. Prueba de residencia (contrato de arrendamiento, factura de servicios públicos, etc.)
4. Prueba de ingresos del hogar (Copia del formulario W-2 2023, talón de cheque de nómina)
5. Registro de vacunas actualizado
6. Certificado preferido Formulario de salud de ingreso a la escuela del Commonwealth of Virginia (examen físico actualizado)

Cualquier solicitud devuelta después del 5 de abril de 2024 o cualquier solicitud incompleta podría resultar en que su hijo sea colocado en la lista de espera para el año escolar 2024-25.

Las decisiones de inscripción se tomarán antes del 23 de mayo de 2024. Se le notificará por correo si su hijo es colocado en el programa preescolar o si su hijo está en la lista de espera. La aceptación de VPI no se establece por orden de llegada. Los niños son colocados en el programa y en la lista de espera según sus necesidades.

Cualquier pregunta por favor contacte a Dena Lee al 540-635-2725 extensión 33256.

WARREN COUNTY PRESCHOOL SERVICES APPLICATION - APLICACION

Return WCPS, Attn:Preschool, 465 W 15th St, Ste. 500, Front Royal, VA 22630 Phone
540-635-2725 Fax 540-635-3001

Full Name of child - Nombre del Niño Male-Niño Female- Niña (Please provide birth certificate-Necesitamos la acta de nacimiento)		Birth date-Fecha de Nacimiento Birthplace: Lugar de Nacimiento Race-Raza:		Household Income (gross)- Ingresos \$ _____ /month or \$ _____ /year (Please provide proof of Income - Por favor proveer prueba de ingreso \$)	
Hispanic: <input type="checkbox"/> yes <input type="checkbox"/> No Hispanos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Mother/legal guardian name -Nombre de la madre o guardian legal			Father/legal guardian name-Nombre del padre o guardian legal		
Relationship to child - Relacion al Niño <input type="checkbox"/> Parents - Padres <input type="checkbox"/> Grandparents - Abuelos <input type="checkbox"/> Foster parent - Padres de Crianza <input type="checkbox"/> Other relative - Otros parientes <input type="checkbox"/> Person having legal custody/guardianship - Persona que tiene custodia legal					
Living Status: <input type="checkbox"/> I own my home <input type="checkbox"/> I rent <input type="checkbox"/> Rental Assistance <input type="checkbox"/> live with friends/relatives <input type="checkbox"/> homeless <input type="checkbox"/> Shelter Estado de vida: <input type="checkbox"/> So dueño de mi casa <input type="checkbox"/> Rento <input type="checkbox"/> Asistencia de al uiler <input type="checkbox"/> Vivo con ami osl, arientes <input type="checkbox"/> Sin ho gar <input type="checkbox"/> Refugio					
Mailing Address-Dirección de Correo			Street Address-Dirección Actual		
City, State, Zip-Ciudad, Estado y C6digo Postal			City, State, Zip -Ciudad, Estado y C6digo Postal		
Mother's address if different: La dirección de la madre si diferente:			Father's address if different: La dirección del padre si diferente:		

Email address Dirección de correo electrónico

Mom/Madre
Dad/Padre

How many years have you lived in this County? 1, Cuantos años ha vivido usted en este Condado?

Cell #s Celda #s	If no phone -Message phone, name & # - Si no hay telefono - Numero de telefono para recados, y nombre	Does child have any allergies?-1, Tiene su hijola alergias? If so, explain: - Si asi, explique:
Home Phone#- Numero de telefono en casa	Primary language spoken in the home-/dioma principal que se habla en casa	What language does the child speak at home? e, Que idioma hab/a su hijo/a en casa?
Name and telephone number of interpreter if needed: Nombre y numero de telefono def interprete si es necesario		How well does the child speak English?- i Como habla su hijo/a el ingles? <input type="checkbox"/> Well-Bien <input type="checkbox"/> Not well-No muy bien <input type="checkbox"/> none-Nada

Please indicate any of the following services your child is receiving - Por favor indique los servicios que su niñola esta recibiendo. Does your child have an IEP? i Tiene su hijo un IEP? Yes - o Sf No - No

Occupational Therapy/Physical Therapy-Terapia Ocupacional/Terapia Ffsica Speech/Language - Hab/alldioma
 Hearing- Oir Vision - Vista Developmental - Desarroll/o Other- Otro (Specify- Especifique):

Do you have any concerns about your child's development or speech/language? 1, Tiene a/guna preocupaci6n sobre el desarrollo de su hijo/a. Habllalldioma? Yes - o Si No - No Please describe your concern if you have one (add a page, if needed): Si es asi explique, por favor (Agregue una pagina, si necesario):

Do you have transportation available to get your child to and from the classroom? (Transportation not guaranteed) ?Tiene usted transporte disponible para 1/evar a su nino/a a la escuela? (El transporte no es garantizo) Yes - o Si No - No

What is your child's medical insurance? e, Que seguro medico tiene su hijo/a? _____

What is the insurance number? e, Cual es el numero def seguro medico? _____

Doctor's Name **Dentist Name**

EMERGENCY CONTACTS Name, address, tel #(other than parents)-CONTACTOS DE EMERGENCIA Nombre y direcci6n telefono (no padres)

1. _____

2. _____

Please list everyone in the house (include 1arents and children		- Por favor aounte todos los miembros en casa (inc/1uva oadres e hiiosJ			
Name - Nombre	Birth date -Fecha de Nacimiento	F/M	Where do you work? tD6nde trabaja?	Employer tel # Numero de telefono de empleador	Highest level of Education ultimo arado escolar

Family Characteristics - Caracteristicas de familia

We have limited space, placement is offered based on highest needs. Tenemos espacio limitado y colocaci6n se ofrece de acuerdo con las MAS necesidades.

<p>(Check all that apply) La familia recibe TANF, etc.- (marque lo que aplica) Receiving benefits:</p> <p><input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> FAMIS <input type="checkbox"/> Food Stamps <input type="checkbox"/> SSI</p> <p><input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> child support, <input type="checkbox"/> unemployment <input type="checkbox"/> rental assist</p>	<p><input type="checkbox"/> Significant behavior <input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> special dietary needs, <input type="checkbox"/> on prescription medications Conducta o et discurso significativos concienmen, el peso bajo def nacimiento, o las necesidades nutricionales on orecscrioci6n medicaci6n</p>
<p><input type="checkbox"/> Outside agency referral, who?- Referencias de alguna agencia de afuera, 1, Quien?</p>	<p><input type="checkbox"/> Single parent, <input type="checkbox"/> incarcerated parent, or <input type="checkbox"/> parent loss by death-Padre soltero, encarcelado O fallecido</p>
<p><input type="checkbox"/> Medical insurance lacking for household member Et seguro medico que carece para el miembro de la casa</p>	<p><input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> is <input type="checkbox"/> was in foster care - El niflo estalha estado con oersonas adoptivas</p>
<p><input type="checkbox"/> Current debt or inability to pay monthly bills even when benefits are applied La deuda o ta incapacidad actuates pagar cuentas mensuales</p>	<p><input type="checkbox"/> Prior or current CPS (Child Protective Service) involved (Servicios de Protecci6n Infantil) que participan <input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/> Both parents unemployed-Dos padres desempleados</p>	<p><input type="checkbox"/> Child has been abused (sexually, physically, or emotionally), - El niflo ha sido abusado (sexualmente, fisicamente o emocionalmente)</p>
<p><input type="checkbox"/> English lanauaae learner Ingles como segunda /engua</p>	<p><input type="checkbox"/> Substance abuse <input type="checkbox"/> Substance addiction</p>
<p><input type="checkbox"/> Parent unable to read/write Crfe lectura/escritura incapaz</p>	<p><input type="checkbox"/> Domestic violence (parent to parent, parent to child, child to child)- Violencia domestica</p>
<p><input type="checkbox"/> Unstable housing alojamiento inestable</p>	<p><input type="checkbox"/> Prior or current Head Start <input type="checkbox"/> VPI <input type="checkbox"/> Special Education family member <input type="checkbox"/> Healthy Families - Un hermano/a def niflo ha participado en el programa anteriormente</p>
<p><input type="checkbox"/> Overcrowded housing alojamiento superpoblado</p>	<p><input type="checkbox"/> Moved 2 or more times in the last six months - Movi6 2 o mas tiempos en los ultimas seis meses</p>
<p><input type="checkbox"/> Moved in with friends/relatives vive con amigos/familiares</p>	<p><input type="checkbox"/> Moved 2 or more times in the last six months - Movi6 2 o mas tiempos en los ultimas seis meses</p>
<p><input type="checkbox"/> Recent immigrant/refugee-From Inmigrante o refugiado recien - De:</p> <p><input type="checkbox"/> seasonal Miarant worker trabajador miarante estacional</p>	<p><input type="checkbox"/> Is your child completely potty trained? {This is NOT a requirement ft) i, Su hijo usa el baflo solo completamente?(Esto NO es un requisito)</p> <p><input type="checkbox"/> Yes - <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No - <input type="checkbox"/> No</p>
<p><input type="checkbox"/> Chronically ill family member (physical, mental, emotional, substance abuse/addiction) Who? What? Alguna persona cr6nicamente enferma en la familia (fisica, mental, emocional, abuso de sustanciasladiciones) 1, Quien?i, Que?</p>	<p><input type="checkbox"/> Other - Otro</p>
<p><input type="checkbox"/> Active Military Militar Activo <input type="checkbox"/> Veteran Veterana</p>	

Mail, FAX 540 635-3001 or email this application to: dlee@wcps.k12.va.us (540 540-635-2725 ext 33256)

I understand this Is an application ONLY and does not guarantee enrollment In the program. I also understand that I MUST keep VPI/HeadStart informed of any changes of address or phone number. I declare that I have given complete, accurate, and truthful information and certify that the documents and Information that I've provided concerning eligibility are accurate to the best of my knowledge. Entiendo que esta es SOLAMENTE una aplicaci6n y no garantiza matriculaci6n en el programa. Tambien entiendo que NECESITO informar a VPI/Head Start si hay algun cambio de direcci6n o numero de telefono. Declaro que ha dado informaci6n completa, exacta y veraz y certifique que los documentos y la informaci6n que he proporcionado acerca de la elegibilidad son exactos al mayor de mi conocimiento.

If you check this block you DO NOT want Information shared with other preschool programs. Marque no informaci6n a otro pre-eseolar.

Warren County Public Schools does not discriminate on the basis of race, color, religion, sex, national origin, or handicap. Warren County Public Schools no discrimina a base de raza, color, religi6n, sexo, origen nacional, o incapacidades.

Signature - Firma

Date-Fecha