

2016-2017 Instrucciones Para la Aplicación de la Red Preescolar del Condado de Albemarle

Guarde este documento para su archivo

Por favor lea la información abajo y complete las 3 páginas de la aplicación.

Estimados Padres/Tutores,

¡Gracias por su interés en los programas preescolares del Condado! Nuestra meta es proveer experiencias de aprendizaje amplias en la educación temprana a estudiantes con factores de riesgo que puedan prevenirles el éxito académico. Head Start, Bright Stars, Early Childhood Special Education (ECSE) y Title I están coordinando el proceso de solicitud preescolar para las familias para que puedan aplicar más fácilmente.

Complete solamente una aplicación por cada hijo(a) ** (Las aplicaciones enviadas por fax no serán aceptadas). La aplicación incluye un lugar para indicar cual programa(s) prefiere. *Nota: La entrega de una aplicación no le garantiza un espacio, per es el primer paso en el proceso de aplicación.*

- Para Head Start y ECSE el hijo(a) debe tener 3 o 4 años para el 30 de septiembre del año de matriculación.
- Para Bright Stars y Title I el hijo(a) debe tener 4 años para el 30 de septiembre del año de matriculación.
- Para Bright Stars y Title I el hijo(a) tiene que estar completamente entrenado para el baño.

Incluya verificación de sus ingresos

- **Recién formulario de impuestos/Tax Returns (Preferido) o formas de W2**
- Talones de cheques más recientes-(adjunte 4 si le pagan por semana, 3 si le pagan por quincena, o 2 si le pagan mensualmente) **O**
- Una carta oficial de su empleador que diga su salario y aproximadamente cuantas horas trabaja por semana **O**
- Documentación de beneficios de SSI o TANF (SNAP/estampillas de comida no se consideran como ingreso)

Devuelva la solicitud antes del 31 de marzo para poder ser considerado para matricular en el otoño

- Comenzaremos a revisar las solicitudes el 1 de abril
- Las familias serán notificadas antes del 8 de mayo
- Los niños anotados en la lista de espera pueden ser considerados para otros servicios/programas si usted nos permite compartir información con otros proveedores de servicios
- Se aceptan aplicaciones durante todo el año para llenar vacantes cuando vayan ocurriendo

Para Bright Stars/Title I	Para MACAA Head Start
<p>Devuelva o mande por correo a el/la Coordinador(a) de Familias de Bright Stars de su escuela local:</p> <p>Agnor-Hurt: (434)973-5211 Scottsville: (434)974-8040 Cale: (434)293-7455 Stone-Robinson:(434)296-3754 Greer: (434)973-8371 Stony Point: (434)973-6405 Red Hill: (434)293-5332 Woodbrook: (434)973-6600</p>	 <p>Devuelva o mande por correo a Head Start Preschool Application MACAA Central Office 1025 Park Street Charlottesville, VA 22901</p>
<p>O envíe por correo a: Bright Stars Program Coordinator 1600 5th St. Suite A, Charlottesville, VA 22902</p>	<p>¿Preguntas? Llame Head Start (434)295-3171 ext. 3022</p>
 <p>¿Preguntas? Llame a su escuela local (arriba) o a el/la Coordinador(a) del Programa de Bright Stars: (434)972-4010</p>	
<p>**Si usted piensa que su hijo(a) posiblemente tiene alguna discapacidad, por favor comuníquese con el departamento de Early Childhood Special Education: (434)296-5885</p>	

¡Gracias por su interés en nuestros programas!

2016-2017 Aplicación de la Red Preescolar del Condado de Albemarle

Esta información requerida es parte del proceso de la aplicación preescolar y será usada para determinar la elegibilidad de su hijo(a) para servicios preescolares. Nuestros programas trabajan juntos.

Por favor indique cual(es) programa(s) o servicios por lo cual quiere ser considerado(a):

<input type="checkbox"/> Bright Stars – 4-años	<input type="checkbox"/> Head Start – 3 & 4 años	<input type="checkbox"/> Title I (solo Red Hill & Stony Point)
<input type="checkbox"/> Mi hijo(a) posiblemente tiene una discapacidad o un atraso de su desarrollo y requerirá servicios especiales (revise de la aplicación puede referir al Grupo de Intervención de la Escuela (SBIT))		

Indique la Escuela Primaria donde su hijo(a) asistirá al Kindergarten:

<input type="checkbox"/> Agnor-Hurt	<input type="checkbox"/> Greer	<input type="checkbox"/> Stone-Robinson
<input type="checkbox"/> Baker-Butler	<input type="checkbox"/> Hollymead	<input type="checkbox"/> Stony Point
<input type="checkbox"/> Broadus Wood	<input type="checkbox"/> Meriwether-Lewis	<input type="checkbox"/> Woodbrook
<input type="checkbox"/> Brownsville	<input type="checkbox"/> Murray	<input type="checkbox"/> Yancey
<input type="checkbox"/> Cale	<input type="checkbox"/> Red Hill	<input type="checkbox"/> Other
<input type="checkbox"/> Crozet	<input type="checkbox"/> Scottsville	<input type="checkbox"/> Don't Know

1. ¿Cuál es su ingreso de familia total? _____

Verificación de Ingresos deben ser entregados con esta aplicación para Bright Stars y Head Start:

- **Recién formulario de impuestos/Tax Returns (Preferido) o formas de W2**
- Talones de cheques más recientes-(adjunte 4 si le pagan por semana, 3 si le pagan por quincena, o 2 si le pagan mensualmente) **O**
- Una carta oficial de su empleador que diga su salario y aproximadamente cuantas horas trabaja por semana **O**
- Documentación de beneficios de SSI o TANF (SNAP/estampillas de comida no se consideran como ingreso)

2. ¿Está su familia actualmente sin hogar, viviendo en un refugio, o temporalmente en vivienda compartida hasta que pueda tener propia vivienda? Sí _____ No _____

Si sí, ¿está trabajando con el *Programa de Familias en Crisis* (ACPS Families in Crisis Program)? Sí _____ No _____

3. ¿Cualquier padre o tutor dejó de ir a la escuela antes de graduarse de la escuela secundaria? Sí _____ No _____

4. ¿Si sí al número 3, ese padre o tutor recibió un GED? Sí _____ No _____

5. ¿Su hijo(a) actualmente tiene un Plan de Educación Individual (Individual Educational Plan - IEP)? Sí _____ No _____

(Por favor provea copia del IEP)

I. Información del Hijo(a)

Nombre del Hijo(a): (Apellido, Nombre Completo)	Sexo: M F	Fecha de Nacimiento:
Raza: Indio NorteAmericano/Alaska Asiático/Islas Pacificas Negro(No Hispano) Hispano Blanco(No Hispano) Hawaiano No Especificado		Etnicidad: Hispano No Hispano(El estado require que todos completen esta caja)
Dirección: (incluya código postal)		

II. Información del Padre/Tutor (complete aunque viva o no viva en casa)

Nombre de Madre/Tutor:	Nombre de Padre/Tutor:
Dirección:	Dirección:
Teléfono de Casa:	Teléfono de Casa:
Teléfono de Trabajo:	Teléfono de Trabajo:
Teléfono Celular:	Teléfono Celular:
Correo Electrónico:	Correo Electrónico:
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
¿Esta empleado?: Sí/No ¿Dónde? ¿Salario?	¿Esta empleado?: Sí/No ¿Dónde? ¿Salario?
Ultimo grado escolar completado/GED:	Ultimo grado escolar completado/GED:
¿Qué idioma hablan usualmente los padres en casa?	
¿Con quién vive el niño(a)? Nombre: _____ Relación al niño(a): _____ ¿Esta persona tiene custodia legal del niño(a)? Sí/No Si no, ¿Quién tiene custodia legal?	

Apunte los nombres de todos los adultos y los niños quienes viven en la casa:

Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Grado	Relación al Niño(a)
			M / F		
			M / F		
			M / F		
			M / F		
			M / F		
			M / F		

Apunte a todos los hermanos que NO viven en la casa:

Apellido	Primer Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Grado	¿Con quién vive él/ella?
			M / F		
			M / F		
			M / F		

III. Por favor marque los cuadros de los servicios que usted o su hijo(a) recibe: indique abajo los proveedores:

<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> SNAP/Food Stamps	¿Su hijo(a) fue referido(a) para servicios preescolares? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Enfermera Pública	Si sí, ¿por quién? _____
<input type="checkbox"/> Region Ten	<input type="checkbox"/> Trabajador(a) Social	(Si lo está refiriendo un trabajador(a) social o un profesional médico,
<input type="checkbox"/> CHIP	<input type="checkbox"/> WIC	quizás quiera pedir que él/ella le escribe una carta a su favor)
<input type="checkbox"/> ReadyKids		
Nombre del Proveedor:		

IV. Historia del Niño(a): por favor marque las cajas y explique abajo:

¿Está entrenando su niño completamente para el baño? (pasa todo el día consistentemente sin ningún accidente)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Ha estado su hijo(a) en preescolar o guardería?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, explique: (¿cuándo, donde, y por cuánto?)
¿Usted u otros tienen dificultad de entender lo que dice su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
¿Tiene su hijo(a) problemas emocionales o de comportamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
¿Tiene su hijo(a) un problema de salud (visión, oído, dental)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:
¿Le ha dicho un maestro, doctor o enfermera que su niño tiene una discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique: (entregue copia del expediente médico del doctor)
¿Su niño(a) usa un aparato médico? (i.e. silla de ruedas, audífonos)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Explique:

Por favor anote las preocupaciones que tiene sobre su hijo(a):

V. Historia de Familia – por favor responda a cada pregunta abajo marcando el cuadro apropiado:

Nuestra vivienda presente: <input type="checkbox"/> rentamos <input type="checkbox"/> casa propia-dueños <input type="checkbox"/> vivienda compartida debido a pérdida de vivienda <input type="checkbox"/> vivienda compartida <input type="checkbox"/> viviendo en un motel <input type="checkbox"/> viviendo en un albergue/sin casa
Previamente tenía un hijo(a) que asistía a : <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Bright Stars <input type="checkbox"/> Title I Preschool <input type="checkbox"/> Otro Preescolar
¿Tuvo usted menos de 20 años cuando alguno de sus hijos nació? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Hay alguien en la familia que ha estado encarcelado o bajo probación? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> actualmente <input type="checkbox"/> en el pasado
¿Hay alguien en la familia que tiene problemas de aprendizaje o dificultad para leer? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Si sí, quién?
¿Ha sido alguien de la familia una víctima de violencia doméstica? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene alguien de la familia un problema con el abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene alguien de la familia una condición física grave que requiere de cuidado médico continuo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Han estado desalojados, o han vivido en un albergue, o han tenido que vivir con familia/amigos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Alguien en la familia ha recibido servicios para la salud mental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Indique otras necesidades de su familia, preocupaciones, crisis u otras cosas que piensa que le ayudaran en su aplicación:

Yo certifico que la información en esta aplicación es verdadera y correcta. Yo entiendo que esta información solamente será utilizada para asistir en determinar la elegibilidad de mi hijo(a) para la Red Preescolar del Condado de Albemarle y no será compartida con otros más que con el personal necesario. **Yo entiendo que completar una solicitud no garantizará inscripción en uno de los programas preescolares de la Red del Condado de Albemarle y me contactarán si mi hijo(a) es elegible y le ofrecen matriculación.**

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Doy permiso para que mi información de contacto sea compartida con otros programas/oportunidades apropiadas para mi familia.