

Preescolar del condado de Franklin

Proceso para aplicar

**** Las solicitudes completas no se pueden entregar hasta el 13 de Abril, 2021. ****

El 13 de Abril de 2021 entre las 8:00 a.m. y las 3:00 p.m. Puede entregar una solicitud completa en las escuelas.

(O en la Oficina Central después del 13 de Abril de 2021).

Niños deberán de tener cuatro (4) años cumpli antes del 15 de Agosto, 2021, para ser inscrito en preescolar para el año escolar del 2021-2022.

Elementos que se deben entregar con la solicitud completa:

- Comprobante de ingresos
- Certificado del acta de nacimiento
- Targeta del seguro social
- Targeta de vacunacion (y Examen fisico)
(Ambos en forma blanca del estado de Tennessee)
- Comprobante de residencia (factura de servicios públicos, recibo de alquiler, etc.)

Documentación para todos los siguientes que se aplican:

2020 W-2 o declaración de impuestos o los últimos 3 talones de pago consecutivos que muestren ingresos ENTERO

Food Stamps/EBT

Head Start

Workman's Comp

SS beneficios

Alimony

Families First (TANF)

Sin hogar o migrante

Pension(s)

Veteran's beneficios

SSI Disability

Foster Care

Unemployment

Retirement

Child Support

AFDC/Public Assistance

Hermanos o hermanas cumplieron con los requisitos para el programa de comidas gratis o de precio reducido en el año escolar 2020-21.

Y cualquier otro ingreso no incluido en la lista anterior.

Para mayor información, contacte a Patti Limbaugh o Beth Charlton en:

931-967-0626

SI SU HIJO(A) NO CUMPLE 4 ANTES DEL 15 DE AGOSTO, EL/ELLA NO SERA
ELEGIBLE PARA PREESCOLAR

Nombre del Niño: _____ Calificación de Brigance : _____

Preschool Checklist

- Verificación de Ingreso
- Acta de Nacimiento
- Prueba de Residencia
- Físico Fecha de cita para el doctor: _____
- Tarjeta de Seguro Social
- Tarjeta de Vacunación



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

2021-2022

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: _____ 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	

Si presenta documentación de los programas como se dice más arriba, no es necesario completar Parte C.

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 debajo, 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. Calcula 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.

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

Nombre en letra de molde del solicitante: _____

SSN #: _____

Firma de solicitante: _____

Fecha: _____

Sólo por uso oficial. No escribe 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: _____

El condado de Franklin enseña datos/la inscripción del estudiante

Escuela _____	Inscripción Fecha _____	Grado _____
Nombre pasado _____	Nombre _____	Nombre medio _____
Fecha del nacimiento _____	Edad _____	Género <i>M o F</i> de la Seguridad Social _____ - _____ - _____
Pertenenencia étnica (círculo uno.) <i>Hispanico No-Hispanico</i>		
Raza (circunde todos que se apliquen.) <i>Blanco Negro Hispanico Indio Asiático Isleño pacífico</i>		
Los E.E.U.U. entrados fecha enseñan el _____		Ciudadano de los E.E.U.U. <i>Y o N</i>
Nacimiento City _____	del condado del nacimiento Nacimiento State _____	Nacimiento Country _____
casero de la lengua _____		primario de la lengua Inglés limitado Perito <i>Y o N</i>
Escuela pasada Attended _____	Fecha Withdrawn _____	
Dirección atendida escuela pasada Street _____	del estado de City _____	del teléfono de Zip _____
Guarda Por completo Name _____	Lengua <i>Inglés o No-Inglés</i>	
Residencia (dirección 911) _____	City _____	Zip _____
Correo Address _____	City _____	Zip _____
Condado _____	Email Address _____	
casero del teléfono Trabajo de Phone _____		de la célula Phone _____
Employer _____	Empleo Address _____	
<i>Una copia del orden judicial legal con respecto al niño la custodia debe ser en archivo en la escuela actual si el estudiante no residir con ambos padres. Una orden legal de la custodia se requiere de cualquier guarda otro un padre.</i>		
Padre lleno Name _____	Lengua <i>Inglés o No-Inglés</i>	
Residencia (dirección 911) _____	City _____	Zip _____
Correo Address _____	City _____	Zip _____
_____ del condado Email Address _____	Puede tomar a estudiante en la escuela <i>Y o N</i>	
Teléfono casero _____	Célula Phone _____	Trabajo Phone _____
Employer _____	Empleo Address _____	
El estudiante reside con el _____	Relación _____	Guarda legal <i>Y o N</i>
Name _____	lleno de la madre _____	Language conocido virginal <i>Inglés o No-Inglés</i>
Residencia (dirección 911) _____	City _____	Zip _____
Correo Address _____	City _____	Zip _____
_____ del condado Email Address _____	Puede tomar a estudiante en la escuela <i>Y o N</i>	
Teléfono casero _____	Célula Phone _____	Trabajo Phone _____
Employer _____	Empleo Address _____	

PLEASE CHECK IF ANY OF THE FOLLOWING APPLY TO YOU OR THE
CHILD FOR WHICH YOU ARE APPLYING

____ Teen-age Parent(s)

____ Single Parent

____ Incarcerated Parent(s)

____ Grandparent(s) Raising Grandchildren

____ Deployed Parent(s)

____ Parent(s) Living with other Family or non-Family Members

____ Premature Birth

____ Adopted Child

____ Homeless