

Información de la Solicitud Voluntaria de PreKínder

¡Bienvenidos y gracias por su interés en el programa de prekínder de las escuelas del condado de Hamblen! Este programa preescolar muy importante se financia principalmente a través de una subvención proporcionada por el Departamento de Educación de Tennessee junto con algunos fondos locales. Es un programa educativo importante que se ofrece a los niños que viven en el condado de Hamblen y que tienen cuatro años en o antes del 15 de agosto.

PreKínder voluntaria significa que está solicitando inscribirse en el programa de prekínder. Una vez aceptado en el programa, se espera que tenga una asistencia excelente. Este es un primer paso importante en la educación de su hijo. Se espera que los estudiantes mantengan la asistencia al 90% o arriesgan a perder su lugar en el programa. El espacio es limitado y se mantiene una lista de espera una vez que se llenan todos los espacios disponibles. De acuerdo con la ley de Tennessee y las reglas y regulaciones del Departamento de Educación del Estado, los estudiantes que cumplan con los siguientes requisitos tendrán prioridad de ser aceptados en el programa:

- Niño tiene cuatro años en o antes del 15 de agosto de 2021
- La familia reside en el condado de Hamblen (no importa la zona escolar)
- Padre militar esta MIA (desaparecido en acción), KIA (asesinado en combate) o POW (prisionero de guerra)
- La familia cumple con las pautas de ingresos federales

Completé el formulario anterior y preséntelo junto con su formulario de verificación de ingresos, dos comprobantes de residencia en el Condado de Hamblen, prueba de nacimiento del niño, número de Seguro Social del niño y la identificación con foto del padre / tutor.

Pre -K 1a Opcion: _____ Pre-K 2a Opcion: _____ Pre-K 3a Opcion: _____

Solicitud Voluntaria de Prekínder del Condado de Hamblen 2021-2022

Fecha de la solicitud _____ Nombre del estudiante _____

Fecha de nacimiento _____ Género: ____ Masculino ____ Femenino

Domicilio: _____ Dirección y # de apartamento

Ciudad/ Estado/ Código postal

Números de teléfono: _____ casa _____ trabajo _____ celular

Persona completando este formulario: __ madre __ padre __ madrastra __ padrastro
__ padres adoptivos _____ otro miembro de la familia (especifique)
_____ otro (especifique)

Datos familiares: El niño vive con: ____ ambos padres ____ madre ____ padre ____ abuelos
__ padres adoptivos _____ otro (especifique)

Número total de los miembros en el hogar _____

¿Cuál es el primer idioma que su hijo(a) aprendió a hablar? _____

¿Qué idioma habla su hijo(a) más a menudo fuera de la escuela? _____

¿Qué idioma habla más a menudo cuando está en casa? _____

Marque con un círculo cualquiera de los siguientes artículos que afectan a su hijo(a):

El niño recibe servicios de educación especial

El niño está bajo custodia del estado o cuidado tutelar

El niño asistió a Early Head Start o Head Start

Niño / familia recibe cupones de alimentos (EBT) o Families First (TANF)

El niño no tiene hogar o es migrante

El niño tiene un historial de abuso / negligencia

El niño tiene un padre militar que está desaparecido en acción, fue asesinado en
combate o es prisionero de guerra

Otros factores de riesgo: _____

¿Recibe su hijo libros de la Biblioteca Imagination Library? ____ Si ____ No

Firma de la persona que completo este formulario: _____

Solicitud presentada a: _____ Fecha _____

Solicitud voluntaria de prekínder del condado de Hamblen para 2021-2022

Site Name(Escuela) _____ Date(Fecha) _____

Student(Estudiante) _____
last name(apellido) first(nombre) middle name(segundo nombre)

Student Address(domicilio) _____
Number/Street (numero y calle) City(ciudad) State(estado) Zip(codigo postal)

Home Phone(telefono-hogar) _____ Cell(cellular) _____ Age(edad) _____

Birthdate(fecha de nacimiento) _____ Place of Birth(lugar) _____
City/County/State/Country (ciudad/pais)

Birth Certificate#(N° acta de nacimiento) _____ Social Security#(Seguro social) _____

Student lives with?(El niño vivo con?) Both Parents Mother Father Other _____
ambos padres madre padre otro

Custodial Parent or Legal Guardian(padre de custodia o su tutor legal) _____

Race Asian Black Hispanic Indian White Pacific Islander Other _____
(Raza) asiático negro hispano indio blanco isleño del pacífico otro

Sex(género) Female(femenino) Male(masculine)

Mother-Name(Last, First) (Madre-apellido, nombre) _____

Address, if different (domicilio si es diferente) _____ Home Phone(teléfono) _____

Employer (empleado) _____
Name(nombre) Address(domicilio)

Business Phone (teléfono de empresa) _____ Occupation/(profesión) _____

Father-Name (Last, First) (Padre-apellido, nombre) _____

Address, if different (domicilio si es diferente) _____ Home Phone(teléfono) _____

Employer (empleado) _____
Name(nombre) Address(domicilio)

Business Phone (teléfono de empresa) _____ Occupation/(profesión) _____

Name of Legal Guardian (if other than parent) (Tutor legal) _____

Address (domicilio) _____ Home Phone(teléfono) _____

Employer (empleado) _____
Name(nombre) Address(domicilio)

Business Phone (teléfono de empresa) _____ Occupation/(profesión) _____

Emergency Contact _____
(contacto para emergencias) Name(nombre) Address(domicilio) Phone Number(teléfono)

Previous school/preschool(escuela anterior/preKinder) _____
Name(nombre) Address(domicilio) Phone (teléfono)

Name of person completing this application _____
(Nombre completo de la persona que llena este formulario)

Relationship to Student (Relación con el Estudiante) _____

Brother/Sister (ages)hermanos-edades _____

If yes, and enrolled, student should be classified as (L) in student information system

2020-21

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 otro 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 #		
<input type="checkbox"/>	Early Head Start	<input type="checkbox"/>	Foster Care	<input type="checkbox"/>	Migratorio	<input type="checkbox"/>	Families First (TANF)
<input type="checkbox"/>	Head Start	<input type="checkbox"/>	Sin Hogar	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Food Stamps / EBT
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Si presenta documentación de las 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. 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 fondo de retiro	H.	Manutención de los hijos	K.	Otro - por favor, lista ↓
C.	Compensación al Trabajadore	F.	Seguro Social?	I.	Alimentos		

Nombre de Adulto	Empleador (si aplicable)	Código 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/verificación de empleador	<input type="checkbox"/>	Retiro Documentación	<input type="checkbox"/>	Cuidado de crianza documentación
<input type="checkbox"/>	W-2 Forma	<input type="checkbox"/>	Seguro Social	<input type="checkbox"/>	SSI Documentación
<input type="checkbox"/>	Income Tax Forma 1040A or 1040	<input type="checkbox"/>	Letra de los Veteranos	<input type="checkbox"/>	TANF Documentación
<input type="checkbox"/>	Desempleo Forma	<input type="checkbox"/>	Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/>	AFDC / Public Assistance Payment
<input type="checkbox"/>	Documentación de Compensación al Trabajadore	<input type="checkbox"/>	Documentación de los Alimentos	<input type="checkbox"/>	TN Care Verificación
<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 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 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: _____