

Montgomery County- APLICACIÓN PARA SOLICITAR ADMISIÓN AL PROGRAMA PREESCOLAR
Información sobre su niño (cómo se encuentra en el acta de nacimiento)

**New River Community Action
Head Start Program**

1093 East Main Street
Radford, Va. 24141



Blacksburg Head Start
540.552.0490

Christiansburg Head Start
540.381.7559

Kindergarten Attendance Area:

AES BEEKS BELVIEW CPS

EMES FBE GLES PFES

Verification of Birth () Yes () No

Type of Document _____

Document # _____



Montgomery County
Public Schools

**Montgomery County Public Schools
Virginia Preschool Initiative**
750 Imperial St.
Christiansburg, Va. 24073
540.250.7416 or 540.382.5100
ext. 1044

Información sobre su niño

(primer nombre) (segundo nombre) (apellido/s) (mes) / (día) / (año)

Nombre completo del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ () niño () niña

Dirección del hogar: _____

Código Postal: _____

Instrucciones básicas para llegar al hogar. Por favor incluye número de las rutas/carreteras y cualquier hito significativo.

Por favor indique si su niño asistió a otro programa preescolar o programas de cuidado infantil. Nombre de la escuela preescolar o/y cuidado infantil: _____

Ha usted aplicado a otro programa preescolar para el año escolar 2020-2021? () Sí () No

Información sobre la Madre / Guardián Legal 1 (mother/guardian)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ (mes) / (día) / (año) ¿Vive con el niño?: () Sí () No

Compañía: _____ Horas total por semana: _____ Teléfono del trabajo: _____

Teléfono celular/mensaje electrónico: _____ Correo electrónico (email): _____

Información sobre el Padre / Guardián Legal 2 (father/guardian)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ (mes) / (día) / (año) ¿Vive con el niño?: () Sí () No

Compañía: _____ Horas total por semana: _____ Teléfono del

trabajo: _____ Teléfono celular/mensaje electrónico: _____ Correo electrónico (email): _____

Personas viviendo en la misma casa (incluye todos los hermanos/as relacionados por lazos de sangre, matrimonio o adopción)

(nombre) (relación de parentesco con el niño por el que solicita) (fecha de nacimiento / mes / día / año)

¿Su niño tiene seguro médico? () Sí () No **Marca la casilla de todos los seguros que se aplican:**

Si necesita espacio adicional, por favor use la parte de atrás de este formulario

Seguro médico privado (private medical) Seguro dental privado (private dental) Medicaid

Fecha del último examen físico del niño: _____ Fecha de la última visita del niño al dentista: _____

¿Tiene su niño documentación actualizada de inmunizaciones (vacunas)? () Sí () No

Selección de Programas

Por favor considere los siguientes programas para mi niño. Entiendo que hay un número limitado de espacios disponibles. Indique el orden de preferencia con 1, 2, 3 ó 4. La opción preferida es la que marque con el 1.

- _____ Head Start / día completo (para niños de 3 y 4 años de edad)
- _____ Montgomery County Public Schools Virginia Preschool Initiative / día escolar completo (para niños de 4 años de edad)
- _____ Head start- program de 4 días por semana (para niños de 3 años de martes a viernes día completo **solo en el área de Blacksburg.**)
- _____ New River Community College / Head Start (solo para estudiantes de NRCC con jornada completa)

Iniciativo Preescolar de Virginia y Head Start / Información adicional para las familias

1. (A) ¿Su niño tiene alguna necesidad especial que debemos conocer para brindarle la mejor educación? Tal como:
 - () Retraso en el desarrollo (*Developmental Delay*)
 - () Lesión Cerebral Traumática (*Traumatic Brain Injury*)
 - () Trastorno de habla/lenguaje (*Speech /Language Disorders*)
 - () Discapacidad Visual (*Visual Impairment*)
 - () Trastorno Desafiante (*ODD*) / Trastorno Obsesivo Compulsivo (*OCD*) / Déficit de Atención con Hiperactividad (*ADHD*)
 - () Discapacidad Auditiva (*Hearing Impairment*)
 - () Autismo (*Autism*)
 - () Deficiencia ortopédica o limitaciones físicas (*Orthopedic impairment or physical limitations*)
2. ¿Su niño recibe servicios de educación especial (tal como un plan de IFSP) o recibe tratamiento médica por las necesidades mencionadas? () Sí () No (*Por favor obtenga el formulario para revelación de información-Release of Information*)
3. ¿Su niño recibe servicios de educación especial por nuestro condado (MCPS) como un IEP? () Sí () No
4. ¿Su niño tiene algún problema de salud o condiciones crónicas que debemos saber? Por favor enumere y describa:

5. En los últimos doce meses, ¿Su familia ha tenido circunstancias especiales: como violencia doméstica _____ han estado sin hogar _____ les ha faltado comida _____ CPS ha intervenido en su familia _____ Es el niño hijo adoptivo _____ hay adicción en la casa _____ no tiene respuesta _____

6. Educación/Formación Profesional (información solo es sobre los padres/tutores legales viviendo con el niño por el que solicita)

(marcar con ✓ o indique nivel o programa de estudio)	Madre/Tutor1	Padre/Tutor 2
No tengo GED o diploma de escuela secundaria / <i>no high school diploma</i> (indique el último nivel de estudios que terminó)		
Tengo un GED o diploma de escuela secundaria / <i>high school/GED diploma</i> (indique si tiene un GED o diploma secundaria)		
Estudí por un tiempo en un colegio universitario / <i>some college/training/associate's degree</i> (indique si tiene diploma de formulación profesional o diploma de dos años)		
Tengo Diploma Universitario de cuatro años o más / <i>bachelor's degree</i> + <i>Escriba su título</i>		

7. Trabajo/Estudios (información solo es sobre los padres/tutores legales viviendo con el niño por el que solicita)

(marcar con ✓ o indique el número de horas)	Madre/Tutor1	Padre/Tutor 2
No trabajo o trabajo menos de 20 horas por semana (indique el número de horas que trabaja)		
Trabajo entre 20-30 horas por semana		
Trabajo más de 30 horas por semana		
Soy estudiante a tiempo medio (indique número de horas de estudio) ¿Dónde?		
Soy estudiante a tiempo completo (indique número de horas de estudio) ¿Dónde?		

8. ¿Reciben ayuda con la vivienda (por ejemplo, ayuda con el alquiler, alquiler gratis o ayuda con pagos de la hipoteca)?
 Sí No
9. ¿Cuál es el idioma principal del hogar? español - *Spanish* inglés - *English* otro-other _____
10. **El transporte no es accesible en todas partes del condado. Habrá que verificar con el programa específico.**
 Necesito transporte: Sí No Puedo proveer transporte a la escuela: Sí No
 Puedo proveer transporte a la parada de autobús más cercana: Sí No
 El autobús tendrá que recoger a mi hijo/a en: _____ mi casa _____ una guardería infantil _____ casa de niñera particular
11. **Ingresos anuales de la familia :** _____
(Head Start y VPI requiere verificación de ingresos de los últimos 12 meses)
12. **¿Cómo se enteró de nuestro programa?** _____

New River Community Action Head Start and Montgomery County Public consideran muchos datos para determinar si el niño tiene elegibilidad para el programa. Se considera el nivel de ingreso de la familia y la edad del niño. También se considera cuántas personas viven en el hogar y las necesidades de la familia. La información es voluntaria. Esta información se considera junto con la información que nos dan nuestros empleados durante el proceso de determinar la elegibilidad del niño y las interacciones que han tenido con la familia. Con su firma aquí, usted da autoridad de divulgar información médica, dental, educacional, y de desarrollo a New River Community Action Head Start and Montgomery County Public.

X _____
 Firma Madre, Padre / Guardián Legal

 Firma de Funcionario Escolar

 Fecha 1/19