

Aplicación e información de los programas Prescolares de Charlottesville/Albemarle del Año Escolar 2021-2022



Queridas familias,

Gracias por su interés en los programas prescolares de Charlottesville/Albemarle. Nuestra meta es proveer experiencias de desarrollo para la niñez temprana a los estudiantes que tengan factores de riesgo que podrían resultar en dificultades en su futuro éxito académico. La evaluación de la solicitud inicial y la disposición la misma ocurre entre Febrero y Mayo para el año escolar 2021-2022. Las solicitudes son recibidas todo el año. Toda la información es manejada de manera confidencial. Por favor llene esta solicitud en su totalidad.

Por favor guarde esta página informativa. ¡No mande esta página con su solicitud!

¿Cuáles son los programas de preescolar público?

restricciones de ingreso y otros factores determinan si usted califica

Ciudad de Charlottesville

Programa de Preescolar de la ciudad de Charlottesville

(niños de 3- a 4- años)

Los niños deben tener 3 o 4 años ya cumplidos en septiembre 30

Condado de Albemarle

Programa de Preescolar Bright Stars

(niños de 4 años)

Los niños deben tener 4 años ya cumplidos en septiembre 30

Programa preescolar MACAA Head Start

Programa Preescolar MACAA Head Start

(niños de 3-a 4 años)

Los niños deben tener 3 o 4 años ya cumplidos en septiembre 30

Como puedo aplicar a los programas de preescolar públicos para mi hijo/a?

1. Llene **una solicitud** para cada hijo/a.
2. Incluya todos los ingresos del hogar en su solicitud
3. Incluya una prueba de residencia reciente.

La solicitud de su estudiante **NO** será procesada hasta que todos los documentos sean recibidos.

¿Como puedo entregar la solicitud?

La solicitud se encuentra en esta página de internet: Go2Grow.com

Las solicitudes impresas pueden ser entregadas en cualquier escuela primaria, o:

Ciudad de Charlottesville

Programa de Preescolar de la ciudad de Charlottesville

Division Annex de Charlottesville High School

1400 Melbourne Rd

Charlottesville, Virginia 22901

Sheila Sparks, Coordinadora

Teléfono: (434) 245-2797

Correo electrónico: sparkss1@charlottesvilleschools.org

Programa Preescolar MACAA Head Start (Charlottesville & Albemarle)

Programa Preescolar MACAA Head Start

1025 Park St

Charlottesville, Virginia 22901

Lina Abril, Coordinadora de Registro

Teléfono: (434) 295-3171 ext. 3008 Correo electrónico: lmontoya@macaa.org

Condado de Albemarle

Programa de Preescolar Bright Stars

Depto. de Servicios Sociales del Condado de Albemarle

1600 5th St, Suite A

Charlottesville, Virginia 22902

Carol Fox, Coordinadora

Teléfono: (434) 972-4010 ext. 3332

Correo electrónico: cfox@albemarle.org

United Way del area de Charlottesville (Charlottesville & Albemarle)

Go2Grow.com

806 E High St

Charlottesville, Virginia 22902

Rebecca Martin, Navegadora

Teléfono: (434) 459-0506 Correo: go2grow@unitedwaycville.org

Fechas Importantes

Ciudad de Charlottesville y Preescolar MACAA Head Start

Entregue la solicitud y todos los documentos requeridos hasta **Marzo 15** para proceso prioritario.

Las familias serán notificadas después del 1º de Mayo

Preescolar MACAA Head Start del Condado de Albemarle

Entregue la solicitud y todos los documentos requeridos hasta **Abril 15** para proceso prioritario.

Las familias serán notificadas después del 1º de Mayo

Las solicitudes son recibidas todo el año y se dan cupos si están disponibles

Si usted cree que su hijo/a tiene una discapacidad, por favor contacte:

Depto. de Educación Especial de las Escuelas de la ciudad de Charlottesville
(434) 245-2405

Depto. de Educación Especial de las escuelas del Condado de Albemarle
(434) 296-5885

Esta página esta intencionalmente en blanco.

Selección de Programas

Por favor marque todos los programas que le interesen

<input type="radio"/> Prescolar MACAA Head Start (Residentes de la ciudad de Charlottesville y el condado de Albemarle)	<input type="radio"/> Prescolar de la ciudad de Charlottesville (residentes de la ciudad de Charlottesville únicamente)	<input type="radio"/> Prescolar Albemarle Bright Stars (residentes del condado de Albemarle únicamente)	<input type="radio"/> Otro: _____
--	--	--	-----------------------------------

Si se determina que usted no califica, o si no hay cupo en el programa de su preferencia, ¿le gustaría saber de otros programas que podrían estar disponibles? Si No

Por favor visite estas páginas de internet: virginiaquality.com o childcareva.com para obtener información adicional de otros proveedores en la ciudad o el condado.

Datos del niño/a

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Genero (sexo)
Raza (marque todas las que le apliquen)						
<input type="radio"/> Amerindio o Nativo de Alaska	<input type="radio"/> Hispano o Latino	<input type="radio"/> Nada		Idioma Hablado en Casa		Otros Idiomas
<input type="radio"/> Asiático	<input type="radio"/> No es Hispano o Latino	<input type="radio"/> Un poco		_____		Idioma: _____
<input type="radio"/> Afro-americano		<input type="radio"/> Moderado				<input type="radio"/> Un poco
<input type="radio"/> Nativo de Hawaii o las islas pacificas		<input type="radio"/> Competente				<input type="radio"/> Moderado
<input type="radio"/> Blanco						<input type="radio"/> Competente
Seguro de Salud Primario	Otro seguro	Numero de Póliza #	Elegibilidad de Medicaid	Medicaid #	Nombre del Doctor	
			<input type="radio"/> No califico			
			<input type="radio"/> Si califico			
			<input type="radio"/> Registrado			
			<input type="radio"/> No se			
Seguro Dental	Numero de la Póliza Dental #		Nombre del Dentista			

Padre de Familia #1/ o guardián legal

Primer nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Sexo (F/M)
Dirección de Residencia		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	
Dirección de Correspondencia (si diferente a la anterior)		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado	
Número telefónico(s). Por favor escriba un * después de su método de comunicación preferido			Contacto Adicional			¿Podemos mandarle mensajes de texto?
Celular _____						<input type="radio"/> Si
Teléfono fijo _____			Correo electrónico: _____			<input type="radio"/> No
Trabajo/otro _____ Ext: _____			Horas de contacto preferidas: _____			
Raza (marque todas las que le apliquen)						
<input type="radio"/> Amerindio o Nativo de Alaska	<input type="radio"/> Hispano o Latino	<input type="radio"/> Nada		Idioma Hablado en Casa		Otros Idiomas
<input type="radio"/> Asiático	<input type="radio"/> No es Hispano o Latino	<input type="radio"/> Un poco		_____		Idioma: _____
<input type="radio"/> Afro-americano		<input type="radio"/> Moderado				<input type="radio"/> Un poco
<input type="radio"/> Nativo de Hawaii o las islas pacificas		<input type="radio"/> Competente				<input type="radio"/> Moderado
<input type="radio"/> Blanco						<input type="radio"/> Competente
Nivel educativo mas alto		Estado laboral	Relación con el estudiante		Tiene Custodia	
<input type="radio"/> < Grado 9	<input type="radio"/> Bachillerato/preparatoria	<input type="radio"/> Tiempo completo	<input type="radio"/> Tiempo completo y	<input type="radio"/> Biológico/adoptivo/padrastro/madrastra	<input type="radio"/> Si	
<input type="radio"/> Grado 10	<input type="radio"/> Escuela técnica	<input type="radio"/> Tiempo parcial	<input type="radio"/> entrenamiento	<input type="radio"/> Abuelo/a	<input type="radio"/> No	
<input type="radio"/> Grado 11	<input type="radio"/> Diploma asociado	<input type="radio"/> Trabajo de	<input type="radio"/> Tiempo parcial y	<input type="radio"/> Guardian legal		
<input type="radio"/> Grado 12	<input type="radio"/> Título universitario	<input type="radio"/> temporada	<input type="radio"/> entrenamiento	<input type="radio"/> Otro parentesco _____		
<input type="radio"/> Examen de	<input type="radio"/> Maestría	<input type="radio"/> Desempleado	<input type="radio"/> Retirado o			
<input type="radio"/> Validación GED			<input type="radio"/> discapacitado			
Lugar de trabajo:						
Marque todo lo que aplica (para padre/guardián 1-)					Servicio military Activo	Encarcelado
<input type="radio"/> El niño/a vive con el padre/guardián 1	<input type="radio"/> Padre/guardián 1- tiene una discapacidad			<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No	
<input type="radio"/> Padre/guardia mantiene al niño/a	<input type="radio"/> Padre/guardián 1 tiene problemas de salud mental			<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si, anteriormente	
<input type="radio"/> Padre/guardián era adolescente (menor de 19 años)	<input type="radio"/> Padre/guardián 1 tiene historia de abuso de sustancias			<input type="radio"/> Actualmente	<input type="radio"/> Si, actualmente	
<input type="radio"/> Padre/guardián 1- es separado o divorciado	<input type="radio"/> Padre/guardián 1 ha fallecido			<input type="radio"/> desplegado en el extranjero con órdenes militares		
<input type="radio"/> Padre/guardián 1 tiene una enfermedad crónica o terminal	<input type="radio"/> Padre/guardián 1 ha/esta experimentado violencia					
	<input type="radio"/> Padre/guardián 1 habla y escribe su lenguaje primario					

Padre/Guardian 2

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Sexo (F/M)
---------------	----------------	-------------	--------	-------	---------------------	------------

Dirección de Residencia	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
-------------------------	--------	--------	---------------	---------

Dirección de Correspondencia (si diferente a la anterior)	Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
---	--------	--------	---------------	---------

Número telefónico(s). Por favor escriba un * después de su método de comunicación preferido	Contacto Adicional	¿Podemos mandar mensajes de texto?
Celular _____		<input type="radio"/> Si
Teléfono fijo _____	Correo Electrónico: _____	<input type="radio"/> No
Trabajo/otro _____ Ext: _____	Horas de contacto preferidas: _____	

Raza (marque todas las que le apliquen)	Etnicidad	Dominio del Inglés	Idioma Hablado en Casa	Otros Idiomas
<input type="radio"/> Amerindio o Nativo de Alaska	<input type="radio"/> Hispano o Latino	<input type="radio"/> Nada		Idioma: _____
<input type="radio"/> Asiático	<input type="radio"/> No es Hispano o Latino	<input type="radio"/> Un poco		<input type="radio"/> Un poco
<input type="radio"/> Afro-americano		<input type="radio"/> Moderado		<input type="radio"/> Moderado
<input type="radio"/> Nativo de Hawaii o las islas pacificas		<input type="radio"/> Competente		<input type="radio"/> Competente
<input type="radio"/> Blanco				

Nivel Educativo mas Alto	Estado Laboral	Relación con el Estudiante	Tiene Custodia
<input type="radio"/> < Grado 9	<input type="radio"/> Bachillerato/Preparatoria	<input type="radio"/> Tiempo completo y entrenamiento	<input type="radio"/> Si
<input type="radio"/> Grado 10	<input type="radio"/> Escuela Técnica	<input type="radio"/> Tiempo parcial y entrenamiento	<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Grado 11	<input type="radio"/> Diploma Asociado	<input type="radio"/> Trabajo de temporada	
<input type="radio"/> Grado 12	<input type="radio"/> Título Universitario	<input type="radio"/> Retirado o discapacitado	
<input type="radio"/> Examen de Validación GED	<input type="radio"/> Maestría		

Lugar de trabajo: _____

Marque todo lo que aplica (para padre/guardián 2)	Servicio Militar activo	Encarcelado
<input type="radio"/> El niño/a vive con el padre/guardián 1	<input type="radio"/> Si	<input type="radio"/> No
<input type="radio"/> Padre/guardia mantiene al niño/a	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Si, anteriormente
<input type="radio"/> Padre/guardián era adolescente (menor de 19 años)	<input type="radio"/> Actualmente desplegado en el extranjero con órdenes militares	<input type="radio"/> Si, actualmente
<input type="radio"/> Padre/guardián 1- es separado o divorciado		
<input type="radio"/> Padre/guardián 1 tiene una enfermedad crónica o terminal		
<input type="radio"/> Padre/guardián 1- tiene una discapacidad		
<input type="radio"/> Padre/guardián 1 tiene problemas de salud mental		
<input type="radio"/> Padre/guardián 1 tiene historia de abuso de sustancias		
<input type="radio"/> Padre/guardián 1 ha fallecido		
<input type="radio"/> Padre/guardián 1 ha/esta experimentado violencia		
<input type="radio"/> Padre/guardián 1 habla y escribe su lenguaje primario		

Contacto de Emergencia en caso que el padre/guardián no esté disponible

Contacto #1 Nombre: Apellido, Nombre	Relación con el Estudiante	Puede recoger al estudiante?
		<input type="radio"/> Si
		<input type="radio"/> No

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Números telefónicos:

Celular _____ Fijo: _____ Trabajo/otro: _____

Contacto #2 Nombre: Apellido, Nombre	Relación con el estudiante	Puede recoger al estudiante?
		<input type="radio"/> Si
		<input type="radio"/> No

Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
-----------	--------	--------	---------------

Números telefónicos

Celular: _____ Fijo: _____ Trabajo/otro _____

Personal adicionales que están autorizadas para recoger al estudiante (liste aquí)

Personas que NO están autorizadas para recoger al estudiante:

Nota: Documentos necesarios, por ejemplo, documentos de custodia legal, son requeridos si un padre no está autorizado a recoger a un niño/a. Sección 22.1.4.3 del Código de Virginia establece que a menos de que ha a una orden de corte estableciendo lo contrario, el padre que no tiene custodia de un estudiante registrado en una escuela pública o guardería, puede ser incluido como un contacto de emergencia para eventos que ocurren en la escuela o guardería.

Miembros de familia que viven en el hogar (si necesita mas espacio, por favor utilice la página de atrás)

Nombre	Apellido	fecha de Nacimiento-	Si va a la escuela, en cual escuela esta registrado/a?

Información familiar y de los menores de edad

Niños/as (marque todo lo que aplique y explique en el espacio adicional si es necesario)

Esta información es confidencial y es usada para establecer si usted califica

<input type="radio"/> El niño/a no tiene contacto con uno o los dos padres <input type="radio"/> El niño/a no vive con sus padres <input type="radio"/> El niño/a o sus hermanos/as han sido removidos del hogar <input type="radio"/> El niño/a o sus hermanos están en custodia legal del estado <input type="radio"/> El niño/a esta aprendiendo a hablar Inglés <input type="radio"/> El niño/a ha sido abusado (física, sexual, y/o emocionalmente) <input type="radio"/> El niño/a esta en consejería emocional <input type="radio"/> El niño/a tiene una condición de salud o alergias <input type="radio"/> El niño/a usa aparatos médicos (ejemplo: gafas, audifono para sordos, silla de ruedas, etc.)	<input type="radio"/> El niño/a tiene una discapacidad sospechada o identificada <input type="radio"/> El niño/a aun no ha sido entrenado para ir al baño (no requerido para ser aceptado en los programas) <input type="radio"/> El niño/a no tiene un doctor o dentista <input type="radio"/> El niño/a nació antes de 37 semanas de gestación <input type="radio"/> El niño/a peso 5 libras o menos el día de su nacimiento <input type="radio"/> Hubo o está un plan de seguridad / orden de protección que incluye el niño/a <input type="radio"/> El niño/a o sus hermanos han tenido contacto con el Servicio de Protección Infantil CPS <input type="radio"/> Existe una orden de custodia (si, si, por favor de una copia)
--	--

Por favor escriba información adicional aquí:

HOGAR (marque todo lo que aplique a su situación)

La información en esta sección es confidencial y es usada para establecer si usted califica

Vivienda	Nutrición	Otro
<input type="radio"/> La familia no tiene hogar en este momento <input type="radio"/> La familia reside en una vivienda temporal <input type="radio"/> Preocupaciones de vivienda (Vivienda muy llena, necesita reparos mayores, no tiene calefacción etc.) <input type="radio"/> La familia se ha reubicado 2 veces o más en tres años	<input type="radio"/> Familia está recibiendo SNAP <input type="radio"/> Familia está recibiendo WIC <input type="radio"/> Familia tiene necesidades de nutrición que no han sido suplidas	<input type="radio"/> Hay violencia doméstica en el hogar <input type="radio"/> Nadie tiene licencia de conducir en el hogar <input type="radio"/> Un miembro de la familia tiene problemas de salud mental <input type="radio"/> Un hermano/a tiene discapacidades <input type="radio"/> Un hermano/a tiene problemas de aprendizaje <input type="radio"/> Un hermano en el hogar tiene problemas de comportamiento

Su hijo/a esta registrado en un prescolar o guardería? Si No Si si, donde está registrado/a? _____

¿Su familia recibe subsidio para cuidado infantil? Si No ¿Le gustaría obtener información de cómo aplicar para recibir el subsidio de cuidado infantil? Si No

¿Le gustaría recibir ayuda para tener un plan de cuidado infantil después de la escuela? Si No

Si su estudiante es seleccionado para entrar a unos de los tres programas de prescolar públicos, ¿cuáles son sus planes de cuidado infantil después de la escuela? _____

Tiene alguna preocupación de su hijo/a en las siguientes áreas (maque todo lo que aplique)

<input type="radio"/> Peso	<input type="radio"/> Patrones de sueño	<input type="radio"/> Hábitos alimenticios	<input type="radio"/> Salud	<input type="radio"/> Desarrollo	<input type="radio"/> Comportamiento	<input type="radio"/> Interacción social	<input type="radio"/> Lenguaje
----------------------------	---	--	-----------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--	--------------------------------

Por favor escriba aquí cualquier información adicional:

Ha sido su hijo/a alguna vez referido o evaluado por el sistema educativo o alguna otra entidad para identificar si necesita educación especial, terapia del lenguaje, intervención temprana u otros servicios de edad prescolar?

Si No ¿Si contesta si, en donde? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Resultado? _____

Su hijo/a tiene un plan de educación individualizado, o está recibiendo servicios? Si No (si contesta si, por favor incluya una copia)

Cuántas personas usted puede llamar en caso de que tenga una emergencia con su hijo/a excluyendo trabajadores de servicio social? 0 1 2 3+

Hay algo más que quisiera compartir acerca de su hijo/a?

¿Hay algo más que quisiera decirnos acerca de su familia?

Su hijo/a o alguien en su familia ha sido negativamente afectado por el COVID-19? Explique por favor.

**Si usted está aplicando por más de un niño/a, por favor llene una solicitud separada para cada niño/a*.*

Doy permiso para que mi solicitud sea compartida con otros servicios y/o programas disponibles para familias con hijos de edad preescolar: Sí No

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta, y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que, si cualquier información cambia, estoy en la obligación de notificar al programa inmediatamente. Entiendo que si mi hijo/a es aceptado al programas, la escuela/programa recibirá fondos estatales basados en la información que yo provea. Entiendo que la descripción engañosa de cualquier información puede descalificar a mi hijo/a de ser aceptado en una programa de preescolar. Yo entiendo que esta solicitud servirá para que mis necesidades familiares sean suplidas a través de proveedores públicos o privados y basados en mi elegibilidad, y servirá para que mi familia pueda conseguir servicios de cuidado infantil y/o servicios de preescolar para mi hijo/a. Toda la información personal será manejada de manera respetuosa y confidencial. La firma del padre de familia o guardián legal es requerida para determinar si su familia califica.

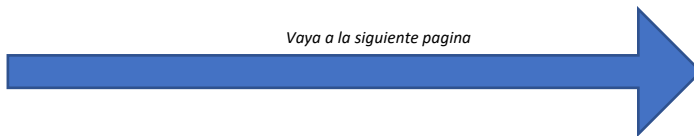
Firma del padre de familia/guardián legal: _____

Fecha: _____



Por favor complete la siguiente página si usted está aplicando para el Preescolar de la ciudad de Charlottesville o el Preescolar Bright Stars.

Vaya a la siguiente página



2021-2022 Verificación de Ingresos para el Preescolar de la Ciudad de

Charlottesville o el Prescolar del Condado de Albemarle Bright Stars

Documentos requeridos y verificación de ingresos – Padre o Guardian Legal 1

Los siguientes documentos son **requeridos** para determinar si **usted califica** para este programa. Solicitudes no serán procesadas hasta que todos los documentos requeridos sean remitidos. Por favor marque las casillas correspondientes para cada documento que usted está adjuntando a esta solicitud.

- Prueba de residencia (hipoteca o contrato de arrendamiento, facture de servicios públicos como electricidad, cable, teléfono fijo o agua)
- Verificación de ingresos para cada adulto contribuyente en el hogar
- Declaración de Impuestos Forma 1040 del 2020
 - Forma W-2 del 2020
 - Hubo o está un plan de seguridad / orden de protección que incluye el niño/a de su trabajo, actual y pasado
 - A mí me pagan: semanalmente (4 comprobantes) cada 2 semanas (3 comprobantes)
 - 2 veces al mes (3 comprobantes) mensual (1 comprobante)
 - anualmente (1 comprobante)
 - Carta de su empleador
 - Rentas y regalías
 - Pagos de pensión o jubilación
 - Carta de aprobación de SSI pagos de discapacidad
 - Manutención de esposo/a
- Beneficios de sobrevivientes
 - Orden de manutención de menores de edad Child Support
 - Becas y asistencia educativa
 - Beneficios de desempleo o discapacidad laboral
 - Intereses y dividendos
 - Pagos de beneficios de retirados del las fuerzas armadas
 - Carta de aceptación al TANF
 - Carta de aceptación a SNAP
 - Carta del seguro social o discapacidad
 - Otro: _____

¿Usted sigue empleado por el mismo empleador del W-2 o comprobantes de pago adjuntos? Si No

Documentos requeridos y verificación de ingresos – Padre o Guardian Legal 2

Los siguientes documentos son **requeridos** para determinar si **usted califica** para este programa. Las solicitudes no serán procesadas hasta que todos los documentos requeridos sean remitidos. Por favor marque las casillas para cada documento que usted está adjuntando a esta solicitud.

- Prueba de residencia (hipoteca o contrato de arrendamiento, facture de servicios públicos como electricidad, cable, teléfono fijo o agua)
- Verificación de ingresos para cada adulto contribuyente en el hogar
- 2020 Declaración de Impuestos 1040
 - 2020 W-2
 - Comprobante de pago de su trabajo, actual y pasado
 - A mí me pagan: semanalmente (4 comprobantes) cada 2 semanas (3 comprobantes)
 - 2 veces al mes (3 comprobantes) mensual (1 comprobante) anualmente (1 comprobante)
 - Carta de su empleador
 - Rentas y regalías
 - Pagos de pensión o jubilación
 - Carta de aprobación de SSI pagos de discapacidad
 - Manutención
- Beneficios de sobrevivientes
 - Documentos de orden de manutención de menos de edad
 - Becas y asistencia educativa
 - Beneficios de desempleo o discapacidad laboral
 - Intereses y dividendos
 - Pagos de beneficios de retirados de las fuerzas armadas
 - Carta de aceptación al TANF
 - Carta de aceptación a SNAP
 - Carta del seguro social o discapacidad
 - Otro: _____

¿Usted sigue empleado en el mismo trabajo del cual adjunta los comprobantes de pago o W2? Si No

Los siguientes documentos con requeridos para registrar al estudiante en todos los programas/escuelas. Por favor, marque la casilla de cada documento que adjunte.

- Certificado de Nacimiento
- Evaluación médica (debe ser reciente y no más de un año antes de que el estudiante entre a la escuela)
- Certificado de vacunación
- Otro
- Necesito ayuda en obtener estos documentos

Número de personas en el hogar

Niños:

Adultos:

Total:

Certificación del padre de familia/guardián legal

Certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta, y que todos los ingresos han sido reportados. Entiendo que, si cualquier información cambia, estoy en la obligación de notificar al programa inmediatamente. Entiendo que si mi hijo/a es aceptado al programas, la escuela/programa recibirá fondos estatales basados en la información que yo provea. Entiendo que la representación engañosa de cualquier información puede descalificar a mi hijo/a de ser aceptado en una programa de prescolar.

Firma de padre o guardián: _____

Fecha: _____

Verificación (para uso del personal de oficina únicamente)

Verifico que he recibido todos los documentos listados arriba

Nombre del Empleado: _____

Firma del Empleado: _____



Notas:

Ingreso total:

de personas en el hogar:

% FPL:

Cumple con guías de ingreso: Si No