

FORMULARIO DE SOLICITUD PARA PRE-KINDERGARTEN

| | |
|-------------------|----------------------|
| Nombre del Niño: | Fecha de Nacimiento: |
| Nombre del Padre: | Escuela: |
| Teléfono Casa: | Teléfono Trabajo: |

FORMULARIO DE COMIDA GRATIS O A PRECIO REDUCIDO SE HA LLENADO Y AGREGADO A ESTE FORMULARIO ___SI___NO Iniciales ___

INGRESO ECONOMICO HA SIDO VERIFICADO ___SI___NO Iniciales _____

Personas que viven en su casa:

| Nombre | Relación/ parentesco | Edad | Ganancias del trabajo | | Otros ingresos <small>(manutención, pensión alimenticia, TCA, pensiones, jubilación, Seguro. Social, beneficios de veteranos, etc.)</small> | |
|--------|-------------------------|------|-----------------------|------------|--|------------|
| | | | Ingreso | Frecuencia | Ingreso | Frecuencia |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Número de CASO del Programa de alimentación complementaria: _____

Otra Información:

1. ¿Tiene su hijo(a) un IEP activo o un IFSP por tener necesidades especiales ? ___SI___NO

Por favor marque en que área su IEP/IFSP está involucrado.

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Lenguaje/Articulación | <input type="checkbox"/> Pérdida de la Audición |
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la Visión | <input type="checkbox"/> Discapacidades Físicas |
| <input type="checkbox"/> Lenguaje | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

2. ¿Tiene su hijo(a) alguna, condición médica crónica actual? Si es así, por favor explique en detalle.

3. ¿Ha participado su hijo(a) en alguna de las siguientes opciones de aprendizaje temprano en los últimos 12 meses?

- HIPPY Head Start Even Start
 Child Find Infants and Toddlers Preschool Special Education

4. ¿Está su hijo(a) aprendiendo a hablar Inglés como un segundo idioma distinto del que se habla en su casa? SI NO Si contestó SI, Qué idioma hablan en casa?

¿Algo mas que necesitemos saber sobre su hijo(a)?

A través de la presente certifico que la información proporcionada en este formulario es correcta y verdadera según mi conocimiento. En caso de que ésta información resultara ser incorrecta, la colocación del niño en el programa podría estar en peligro.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Autorizo a la escuela para ponerse en contacto con cualquier agencia para obtener más información sobre mi hijo(a), incluyendo pero no limitado a: informes de progreso, datos de evaluación, u otra información que pudiera indicar la falta de preparación para la escuela en cualquier área

Firma del Padre/Tutor

Fecha

SOLAMENTE PARA USO OFICIAL- POR FAVOR NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LINEA

CATEGORY 1 CATEGORY 2 CATEGORY 3 CATEGORY 4

Person making determination _____ Date _____

Notification made _____ (Date) INITIALS _____

