

Programas Preescolares del Condado de Fluvanna/MACAA

La Aplicación y la Información para el Año Escolar 2021-2022



Queridos padres/tutores

Gracias por su interés en los Programas Preescolares del Condado de Fluvanna/MACAA. Nuestro objetivo es proporcionar información completa, primera infancia, experiencias de aprendizaje para los estudiantes con factores de riesgo que pueden presentar desafíos para el éxito académico en el futuro.

Por favor conserve esta hoja para su información. ¡No envíe esta página con la aplicación de su hijo!

¿Qué programas preescolares públicos están disponibles?

Programas Escolares Público del Condado de Fluvanna	Programa de MACAA Head Start
<p>La intervención temprana programa preescolar para los niños de 4 años Con factores de riesgo que pueden impedir el éxito académico temprano.</p> <p><i>Los niños deben ser de 4 por 30 de Septiembre.</i></p>	<p>La intervención temprana Programa Preescolar de 3 y 4 años los niños con factores de riesgo que pueden impedir el éxito académico temprano.</p> <p><i>Los niños deben ser 3 o 4 por el 30 de Septiembre.</i></p>

¿Cómo puedo aplicar para programas preescolares públicos para mi hijo?

Esta aplicación se utiliza para aplicar en el Programa Escolar Publico del Condado de Fluvanna y Programa Preescolar de MACAA Head Start

1. Llene **una solicitud** para cada niño.
2. Incluir **todas las fuentes de ingresos en el hogar** con la aplicación.
3. Incluir **una prueba de residencia actual**.

La solicitud de su hijo **no se procesará hasta que todos los documentos sean recibidos.**

¿Dónde debo enviar la aplicación de mi hijo?

Programas Escolares Publico del Condado de Fluvanna	Programa de MACAA Head Start
<p>West Central Primary 3188 Central Plains Road Palmyra, VA 22963</p> <p>Abby Harlow Registrar/Attendance Secretary (434) 510-1016 ext. 1405</p>	<p>MACAA Central Office 1025 Park Street Charlottesville, VA 22901</p> <p>Lina Abril Head Start Program Coordinator (434) 295-3171 ext. 3008</p>

Fechas importantes

Programa de la Escuela Pública del Condado de Fluvanna y Head Start de MACAA

Envíe la solicitud y toda la documentación requerida antes de la fecha de procesamiento del **2 de Abril**. Las familias serán notificadas sobre las decisiones de colocación en **Mayo**.

*Se aceptan solicitudes durante todo el año para llenar vacantes en los programas preescolares como ocurren. *

Si usted piensa que su hijo puede tener una discapacidad, póngase en contacto con:

FCPS Early Childhood Special Education Department
Lori Scalzo
(434) 510-1016 o lscalzo@apps.fluco.org

Esta página se ha dejado intencionadamente en blanco.

Programas Preescolares del Condado de Fluvanna/MACAA

La Aplicación y la Información para el Año Escolar 2021-2022

Entiendo que esto es sólo una aplicación y completarla no garantiza la inscripción en los Programas Preescolares del Condado de Fluvanna/MACAA. La información que proporcione será utilizada solamente para determinar mi elegibilidad para la participación del niño.

Documentación de ingresos

Documentación de ingresos es necesaria para procesar esta solicitud. Indicar todas las fuentes de ingresos en su hogar. (Toda la información es confidencial).

Checa toda la documentación facilitada y adjunta a esta aplicación:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> 2020 declaración de Impuestos 1040 | <input type="checkbox"/> Carta de Adjudicación de SSI | <input type="checkbox"/> Niño Pensión documentación |
| <input type="checkbox"/> 2020 W-2(s) | <input type="checkbox"/> Discapacidad/Carta de Seguridad Social | <input type="checkbox"/> Asistencia Educativa/Beca(s) |
| <input type="checkbox"/> Carta del Empleador | <input type="checkbox"/> Carta de Concesión de TANF | <input type="checkbox"/> Desempleo/Trabajador Comp. |
| <input type="checkbox"/> Rentas y Regalías | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> Intereses y dividendos |
| <input type="checkbox"/> Pensión/Ingresos de Jubilación | <input type="checkbox"/> Pagos de beneficios de sobreviviente | <input type="checkbox"/> Pagos los beneficios de veteranos. |
| <input type="checkbox"/> Actuales Talones de Sueldo Consecutivos | | <input type="checkbox"/> Otros _____ |
- Semanalmente= 4 talones de pago
 Bisemanal= 3 talones de pago
 Mensual= 2 talones de pago

Información del niño

Aplicando para: Puede marcar más de uno		<input type="checkbox"/> Programas Escolares Público del Condado de Fluvanna – 4 años	<input type="checkbox"/> Programa de MACAA Head Start 3 y 4 años
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Fecha de Nacimiento dd/mm/aaaa Género
Raza (marque todas las que correspondan)		Hispano/Latino	Inglés
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indios americanos y nativos de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Nada
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderado
<input type="checkbox"/> Blanco			<input type="checkbox"/> Poco
			<input type="checkbox"/> Proficiente
Cobertura de salud		Seguro Médico/Medicaid #	
<input type="checkbox"/> FAMIS	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> No Seguro	
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Otros	# _____	
Dirección <i>Prueba de dirección requerida</i>	Apartamento/Unidad #	Ciudad	Estado Código Postal
Dirección postal <i>(si es diferente)</i>	Apartamento/Unidad #	Ciudad	Estado Código Postal

Padre 1/Tutor

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Fecha de Nacimiento dd/mm/aaaa Género
Raza (marque todas las que correspondan)		Hispano/Latino	Inglés
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indios americanos y nativos de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Nada
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del pacífico.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderado
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Poco
			<input type="checkbox"/> Proficiente
Mayor Grado Completado	Estado de empleo	Relación con el niño	Custodia
<input type="checkbox"/> Menos de 12 grado	<input type="checkbox"/> Estudios	<input type="checkbox"/> Natural/Padraastro,	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Universitario o de	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Capacitación	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> formación	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial y Capacitación	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Adv. Entrenamiento Cert.	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Tía/Tío
	<input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Foster
		<input type="checkbox"/> Jubilado o Discapacitado	<input type="checkbox"/> Otros
Información de Contacto		Dirección de E-mail	Permiso de Texto/Email
Teléfono de Casa: _____		_____@_____	Text
Teléfono Celular: _____			Email
Teléfono Trabajo: _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección <i>prueba de residencia es requerida</i>	Apartamento/Unidad #	Ciudad	Estado Código postal

Padre 2/Tutor (proporcionar información incluso si no viven en el hogar con el niño)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento dd/mm/aaaa	Género
Raza (marque todas las que correspondan)		Hispano/Latino	Inglés	Primer/Idioma Principal
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indios americanos y nativos de Alaska	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Moderado
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del pacífico.	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Otro _____			
Mayor Grado Completado		Estado de Empleo		Relación con el niño
<input type="checkbox"/> Menos de 12mo grado	<input type="checkbox"/> Estudios universitarios o de formación	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Capacitación	<input type="checkbox"/> Natural/Padrastror, Madrastra/Adoptivos
<input type="checkbox"/> GED		<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial y Capacitación	<input type="checkbox"/> Abuelo
<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Capacitación o Escuela	<input type="checkbox"/> Tía/Tío
<input type="checkbox"/> Adv. La capacitación Cert.	<input type="checkbox"/> Otros _____	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Jubilados o discapacitados	<input type="checkbox"/> Foster
		Empleador: _____		<input type="checkbox"/> Otros
Información de contacto		Dirección de e-mail		Permiso de texto/Email
Teléfono de Casa: _____		_____ @ _____		Text <input type="checkbox"/> Sí
Teléfono Celular: _____				Email <input type="checkbox"/> Sí
Teléfono Trabajo: _____				<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
Dirección * prueba de residencia es requerida*	Apartamento/Unidad #	Ciudad	Estado	Código postal

Lista de todos los adultos y niños que viven en la casa (si se necesita más espacio, adjunte una hoja por separado)

Nombre	Fecha de nacimiento dd/mm/aaaa	Género	Relación con el niño	Grado y la escuela

El niño y la familia estos factores están basados en las necesidades de los programas. Marque todas las que correspondan.

Niño	
<input type="checkbox"/> Niño no tiene contacto con uno o ambos mama o papa	<input type="checkbox"/> Niño utiliza algún dispositivo médico (por ejemplo, gafas, audífonos, sillas de ruedas(s))
<input type="checkbox"/> Niño no vive con sus mama o papa	<input type="checkbox"/> Niño tiene una sospechosa/identificada discapacidad
<input type="checkbox"/> Niño o hermanos han sido retirados del hogar	<input type="checkbox"/> Niño no está entrenado para ir al baño
<input type="checkbox"/> Niño está/estaba en Cuidado Adoptivo	<input type="checkbox"/> Niño no tiene un pediatra y/o dentista
<input type="checkbox"/> Niño es un estudiante que está aprendiendo inglés	<input type="checkbox"/> Niño nació antes de las 37 semanas
<input type="checkbox"/> Niño ha sido abusado (física, sexual o emocional)	<input type="checkbox"/> Niño peso menos de 5 libras al nacer
<input type="checkbox"/> Niño está en consejería	<input type="checkbox"/> Plan de seguridad/Orden de protección está/estaba en vigor
<input type="checkbox"/> Niño tiene alguna condición médica y/o alergias	<input type="checkbox"/> Niño tiene/tuvo la participación de los servicios de protección infantil
<input type="checkbox"/> Tiene un acuerdo de custodia o una orden judicial en vigor (Si la respuesta es sí, una copia deberá ser proporcionada a la escuela)	<input type="checkbox"/> El niño ha recibido servicios de inglés como segundo idioma (ESOL)

Información adicional

Familia

(Incluye todos los padres y tutores) (Marque todas las opciones que correspondan).

Padre 1	Padre 2	Familia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fallecido
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encarcelado <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Previamente
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausente del hogar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Víctima de violencia
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Problemas de salud mental
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Antecedentes de abuso de sustancias
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tiene una discapacidad.
		Familia de un solo Padre
		Niño cuyos padres están separados o divorciados
		Habilidades limitadas de lectura en su idioma principal
		Madre o padre de adolescente (menores de 19 años).
		Enfermedad crónica o de larga duración

Nombre del niño: _____

Hogar (Marque todas las que correspondan)		
Factores de la vivienda	Factores nutricionales	Otros factores
<input type="checkbox"/> Familia está experimentando actualmente el desamparo <input type="checkbox"/> Familia vive en viviendas temporales <input type="checkbox"/> Problemas de Vivienda: superpobladas, necesita reparaciones mayores, la falta de calor, etc. <input type="checkbox"/> Familia se ha mudado 2 veces o más en los últimos 3 años	<input type="checkbox"/> Familia recibe SNAP <input type="checkbox"/> Familia recibe WIC <input type="checkbox"/> Familia tiene necesidades nutricionales	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica en el hogar <input type="checkbox"/> No hay ningún titular de licencia de conducir en el hogar <input type="checkbox"/> Familiar tiene problemas de salud mental <input type="checkbox"/> Hermano(s): <input type="checkbox"/> Tiene una discapacidad. <input type="checkbox"/> Tiene problemas de aprendizaje <input type="checkbox"/> Tiene problemas de comportamiento

Su hijo está actualmente inscrito en un servicio de guardería/preescolar? Sí No Si la respuesta es sí, donde: _____

¿Su familia recibe un subsidio/ayuda para el cuidado de los niños? Sí No

¿Están usted dispuesto a solicitar un subsidio para el cuidado de los niños? Sí No

Si su niño es seleccionado, ¿cuáles son sus planes de cuidado después de la escuela? _____

¿Le gustaría recibir asistencia para desarrollar un plan de cuidados para después de la escuela? Sí No

¿Tiene preocupaciones acerca de su niño en las siguientes áreas?

<input type="checkbox"/> Peso	<input type="checkbox"/> Patrones de sueño	<input type="checkbox"/> Hábitos alimenticios	<input type="checkbox"/> Salud	<input type="checkbox"/> Desarrollo	<input type="checkbox"/> Comportamiento	<input type="checkbox"/> Interacciones sociales	<input type="checkbox"/> Lenguaje
-------------------------------	--	---	--------------------------------	-------------------------------------	---	---	-----------------------------------

Si la respuesta es afirmativa, explique: _____

¿Ha sido el niño alguna vez referido o evaluado por el sistema escolar u otra institución para la educación especial, el habla, la educación infantil, o servicios preescolares?

¿Servicios preescolares? Sí No ¿Cuándo? _____ ¿Dónde? _____ Resultado: _____

¿Él/ella tiene un IFSP o IEP, es él/ella o está recibiendo servicios actualmente? Sí No

Contacto alternativo (si el padre/madre/tutor no puede ser contactado)

Nombre	Apellido	Número de teléfono	Relación
Aparte de los representantes de familia, ¿cuántas personas puede llamar para que ayuden con su niño en caso de una emergencia?		(Marque uno)	0 1 2 3+

¿Cómo se enteró del programa?

Marque todas las que correspondan:

<input type="checkbox"/> Amigo/Familiar	<input type="checkbox"/> Escuela	<input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales	<input type="checkbox"/> Sitio Web	<input type="checkbox"/> Social Media	<input type="checkbox"/> Hijo mayor fue en el programa	<input type="checkbox"/> Propaganda/póster
---	----------------------------------	---	------------------------------------	---------------------------------------	--	--

Otro (especifique) _____

Acuse de recibo

Certifico que yo lealmente se y entiendo la información facilitada en esta solicitud es verdadera y exacta. Yo entiendo que, si cualquiera de esta información cambia o es incorrecta, estoy obligado a notificar a los Programas Preescolares del Condado de Fluvanna/MACAA inmediatamente. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en la descalificación de esta aplicación.

La ley federal prohíbe la discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad o edad.

Nombre del padre/madre/tutor (Imprimir): _____

Firma del padre/madre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Permiso

Doy permiso para que mi aplicación sea compartida si hay otros servicios y/o programas adecuados para familias con niños de edad preescolar. Sí No

Por favor complete la siguiente página si está aplicando para el Programas Escolares Público del Condado de Fluvanna



Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____ Escuela: _____				
Información confidencial incluye el total de <u>los</u> ingresos anuales (antes de impuestos) de los padres del niño o los padres (definido como padre, madre, tutor, custodia legal, o a otra persona que tenga control o este encargado del niño - según el criterio del ingreso VPI).				
Nombre del padre # 1/Tutor : _____				
***Verificación de documentación Incluye:	<input type="checkbox"/> Formulario W-2 <input type="checkbox"/> Formulario de impuestos 2020	<input type="checkbox"/> Talones de pago <input type="checkbox"/> Verificación SSI	<input type="checkbox"/> Verificación SNAP <input type="checkbox"/> Verificación TANF	<input type="checkbox"/> Carta del Empleador <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia
<input type="checkbox"/> Otras Fuentes:				
Frecuencia de pago				
Me pagan: <input type="checkbox"/> Semanalmente (4 talones de pago) <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas (3 talones de pago) <input type="checkbox"/> Quincenalmente (3 talones de pago) <input type="checkbox"/> Mensualmente (2 talones de pago) <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otros: _____				
(En caso de presentar los comprobantes de pago, por favor incluya el número de talones de pago indicadas anteriormente).				
Están actualmente trabajando para el mismo empleador como está documentado en el formulario de impuestos W-2/talones de pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si bien P/G respondió "No" a la pregunta anterior, los ingresos actuales es la información necesaria para determinar la elegibilidad de ingreso).				
¿Tienes alguna otra forma de ingresos no reportados en este documento, tales como la renta, el fondo fiduciario, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sírvese describir y proporcionar documentación (si la respuesta es sí):				
Nombre del padre #2/Tutor: _____				
***Verificación de documentación Incluye:	<input type="checkbox"/> Formulario W-2 <input type="checkbox"/> Formulario de impuestos 2020	<input type="checkbox"/> Talones de pago <input type="checkbox"/> Verificación SSI	<input type="checkbox"/> Verificación SNAP <input type="checkbox"/> Verificación TANF	<input type="checkbox"/> Carta del Empleador <input type="checkbox"/> Child Support
<input type="checkbox"/> Otras Fuentes:				
Frecuencia de pago				
Me pagan: <input type="checkbox"/> Semanalmente (4) <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas (3 talones de pago) <input type="checkbox"/> Quincenalmente (3 talones de pago) <input type="checkbox"/> Mensualmente (2 talones de pago) <input type="checkbox"/> Anualmente <input type="checkbox"/> Otros: _____				
(En caso de presentar los comprobantes de pago, por favor incluya el número de talones de pago indicadas anteriormente).				
Están actualmente trabajando para el mismo empleador como está documentado en el formulario de impuestos W-2/talones de pago? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si bien P/G respondió "No" a la pregunta anterior, los ingresos actuales es la información necesaria para determinar la elegibilidad de ingreso).				
¿Tienes alguna otra forma de ingresos no reportados en este documento, tales como la renta, el fondo fiduciario, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sírvese describir y proporcionar documentación (si la respuesta es sí):				
***La información del hogar:				
Número de personas en el hogar: _____ Hijos _____ Adultos = _____ Total				
***La certificación principal:				
Yo certifico que toda la información anterior es verdadera y correcta y que todos los ingresos son reportados si se presentan. Yo entiendo que, si cualquiera de esta información cambia, estoy obligado a notificar inmediatamente al programa. Entiendo que la escuela/programa recibirá fondos del Estado basándose en la información que yo provea. Entiendo que una tergiversación deliberada de cualquiera de esta información puede descalificar a mi hijo de ser considerado para un programa preescolar.				
Firma del padre/tutor (Necesaria para ser Considerado)	Relación con el niño	Fecha		
El personal de verificación: verifico que he examinado toda la información proporcionada por la familia.				
Los ingresos verificados por: _____ (Miembro del Personal) _____				
_____ (Favor de escribir)	_____ (Firma)	_____ (Fecha).		