

Información Sobre la Aplicación de la Red Preescolar del Condado de Albemarle 2019-2020



Estimados Padres/Guardianes,

Gracias por su interés en los programas preescolares del Condado de Albemarle. Nuestra meta es proporcionar experiencias comprensivas de aprendizaje temprano para estudiantes con factores de riesgo que pueden ser retos para el éxito académico futuro. Esta aplicación se utiliza para aplicar para el Programa Preescolar de Head Start y el Programa Preescolar de Bright Stars.

Por favor guarde esta hoja para su información. ¡No envíe esta página con la solicitud de su hijo(a)!

¿Qué necesito saber sobre la escuela preescolar en el Condado de Albemarle?

Programa Preescolar de Head Start

Programa preescolar de intervención temprana para niños de **3 y 4 años** con factores de riesgos que pueden prevenir el éxito académico temprano.

Los niños deben tener **3 o 4 años** para el 30 de Septiembre.

Programa Preescolar de Bright Stars

Programa preescolar de intervención temprana para niños de **4 años** con factores de riesgo que pueden prevenir el éxito académico temprano.

Los niños deben tener **4 años** para el 30 de Septiembre.

¿Cómo puedo aplicar para la escuela preescolar para mi hijo?

Programa Preescolar de Head Start y Programa Preescolar de Bright Stars

1. Llene **una aplicación** para cada niño.
2. Incluya **comprobante de ingresos** junto con la aplicación.

Indique en la aplicación si quiere que su hijo sea considerado para ambos programas preescolares.

La aplicación de su hijo **NO será procesada hasta que todos los documentos hayan sido recibidos.**

¿Dónde entrego la aplicación de mi hijo?

Programa Preescolar de Head Start

En persona, o envíe por correo postal a:

*Head Start Program Coordinator
1025 Park Street
Charlottesville, VA 22901*

Programa Preescolar de Bright Stars

En persona, o envíe por correo postal a:

*Bright Stars Program Coordinator
Albemarle County Department of Social Services
1600 5th Street, Suite A
Charlottesville, VA 22902*

O

A una de estas Escuelas Públicas del Condado de Albemarle:

*Agnor-Hurt Elementary School
3201 Berkmar Drive, Charlottesville, VA 22901
Cale Elementary School
1757 Avon Street, Ext., Charlottesville, VA 22902
Greer Elementary School
190 Lambs Lane, Charlottesville, VA 22901
Red Hill Elementary School
3901 Red Hill School Road, North Garden, VA 22959
Scottsville Elementary School
7868 Scottsville Road, Scottsville, VA 24590
Stone-Robinson Elementary School
958 North Milton Road, Charlottesville, VA 22911
Woodbrook Elementary School
100 Woodbrook Drive, Charlottesville, VA 22901*

Stony Point Elementary estudiantes apliquen a Stone-Robinson Elementary School

Fechas Importantes

Las aplicaciones se aceptan durante todo el año para llenar los asientos vacantes durante ocurren en los programas preescolares.

Para más Información...

Programa Preescolar de Head Start

Head Start Program Coordinator
434-295-3171 ext. 3008

Programa Preescolar de Bright Stars

Bright Stars Program Coordinator
434-972-4010 ext. 3332

Si piensa que su hijo tiene una discapacidad, contacte al ACPS Early Childhood Special Education Dept. al 434-296-5885

Esta pagina esta blanca intencionalmente.

Programas Preescolares de Charlottesville/Albemarle

Aplicación de 2019-2020

Yo entiendo que ésta es SOLO una aplicación y que no garantiza inscripción en los Programas Preescolares de Charlottesville/Albemarle. La información dada solo será usada para determinar si mi hijo puede participar.

¿Dónde vive usted?	
<input type="checkbox"/> Ciudad de Charlottesville	<input type="checkbox"/> Condado de Albemarle
Indica para cuál(es) escuela(s) preescolar(es) quiere que sea considerado su hijo, basado en donde vive.	
<input type="checkbox"/> Programa Preescolar de las Escuelas de la Ciudad de Charlottesville – 3 y 4 años <input type="checkbox"/> Head Start – 3 y 4 años	<input type="checkbox"/> Programa Preescolar de Bright Stars – 4 años <input type="checkbox"/> Head Start – 3 y 4 años
Indica la escuela primaria donde su hijo asistirá al kindergarten.	
<input type="checkbox"/> Burnley-Moran <input type="checkbox"/> Clark <input type="checkbox"/> Greenbrier <input type="checkbox"/> Jackson-Via <input type="checkbox"/> Johnson <input type="checkbox"/> Venable <input type="checkbox"/> No sé dónde asistirá mi hijo al kindergarten.	<input type="checkbox"/> Agnor-Hurt <input type="checkbox"/> Hollymead <input type="checkbox"/> Woodbrook <input type="checkbox"/> Baker-Butler <input type="checkbox"/> Meriwether Lewis <input type="checkbox"/> No sé dónde asistirá mi hijo al kindergarten. <input type="checkbox"/> Broadus Wood <input type="checkbox"/> Murray <input type="checkbox"/> Brownsville <input type="checkbox"/> Red Hill <input type="checkbox"/> Cale <input type="checkbox"/> Scottsville <input type="checkbox"/> Crozet <input type="checkbox"/> Stone-Robinson <input type="checkbox"/> Greer <input type="checkbox"/> Stony Point
TIENE que entregar comprobante de una fuente de ingresos junto con esta aplicación.	
<input type="checkbox"/> Formas Más Recientes de Impuestos de Ingresos (1040 es la forma preferida) <input type="checkbox"/> Forma W-2 <input type="checkbox"/> Carta de su empleador (declarando su salario y cuántas horas trabaja por semana) <input type="checkbox"/> Talones de pago consecutivos recientes - adjunte 4 si le pagan por semana, 3 si pagan cada dos semanas, o 2 por mes	<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSA <input type="checkbox"/> Manutención de Hijos <input type="checkbox"/> Becas <input type="checkbox"/> Desempleo
<input type="checkbox"/> Carta del individuo quien está apoyando financieramente a su familia	

Información del Niño(a)	
Nombre del niño como aparece en el acta de nacimiento o en la carta de nacimiento	
Nombre y Apellido Legal: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-between; width: 80%; margin-left: 10%;"> Apellido: Primer Nombre Segundo Nombre </div>	
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento: _____ <div style="text-align: center; font-size: small;">(mes/día/año)</div>
Raza: (escoja uno o más) Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái o Islas Pacíficas Asiático Blanco Negro o Afroamericano	Etnicidad: (circule uno) Hispano/Latino No Hispano/Latino
Idioma Primario: _____	Estado o País de Nacimiento: _____
Dirección Primaria: Dirección de Calle _____ Ciudad _____	Apartamento/Unidad-# _____ Estado _____ Área Postal _____
Dirección Postal: (Si es diferente de la dirección primaria) Dirección de Calle _____ Ciudad _____	Apartamento/Unidad-# _____ Estado _____ Área Postal _____

Historial del Niño(a)

Beneficios/servicios que recibe su hijo:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> TANF (pagos solo del niño)
<input type="checkbox"/> Medicaid
<input type="checkbox"/> Region Ten _____
<small>(Nombre del Trabajador de Apoyo Familiar)</small>
<input type="checkbox"/> CHIP _____
<small>(Nombre del Trabajador de Apoyo Familiar)</small> | <input type="checkbox"/> SNAP (Estampillas de Comida)
<input type="checkbox"/> SSA
<input type="checkbox"/> WIC
<input type="checkbox"/> ReadyKids _____
<small>(Nombre del Trabajador de Apoyo Familiar)</small> |
|--|---|

¿Han determinado que su hijo califica para servicios Educativos Especiales, incluyendo servicios del habla? Sí No

¿Tiene su hijo un IEP? Sí No

Si marcó que sí, proporcione una copia del IEP, de la evaluación, y/o de expedientes médicos.

Además de trabajadores de servicios ¿a cuántas personas puede pedir ayuda para su hijo en una emergencia, como abuelo(a), vecino(a), etc.? (circule uno) **0 1 2 3+**

El niño vive con (marque todos los que aplican):

- Ambos Padres
 Madre
 Padre
 Abuela
 Abuelo
 Padre de Acogida
(entregue carta de colocación de Cuidado de Acogida)
 Nombre de la persona que tiene la custodia/tutela (guardián) _____
(entregue documentación de custodia)
 Otro pariente _____

¿Está su hijo totalmente entrenado para el baño?

(se mantiene constantemente seco durante el día completo, sin NINGÚN accidente)

Sí NO

Explique:

¿Nació su hijo a término completo?

Sí NO

Explique:

¿Su hijo ha estado en cuidado de niños?

Sí NO

Explique:

¿Lo han diagnosticado a su hijo con retos emocionales y/o de comportamiento?

Sí NO

Explique:

(entregue copia del expediente médico del doctor, IFSP o IEP)

¿Tiene su hijo alguna condición médica crónica? (p. ejemplo, asma, alergias, diabetes, convulsiones, anemia de células falciformes, spina bífida)

Sí NO

Explique:

(entregue copia del expediente médico del doctor, IFSP o IEP)

¿Tiene su hijo algunas necesidades dentales?

Sí NO

Explique:

¿Usa su hijo algún aparato medico? (p. ejemplo: lentes, audífono/s, silla de ruedas)

Sí NO

Explique:

(entregue copia del expediente médico del doctor, IFSP o IEP)

¿Hay alguna preocupación que su hijo quizás haya sufrido abuso/negligencia?

Sí NO

Explique:

¿Su hijo ha estado involucrado de alguna manera con Servicios de Protección al Menor?

Sí NO

Explique:

¿Es difícil para usted, o para otros, entender lo que dice su hijo?

Sí NO

Explique:

Apunte cualquier preocupación o necesidad familiar adicional:

Padre/Guardián 1*(proporcione información aunque no esté viviendo en el hogar)*

Nombre Legal: _____ <i>Apellido</i> <i>Primer Nombre</i> <i>Segundo Nombre</i>		
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Fecha de Nacimiento: _____ <i>(mes/día/año)</i>		
Raza: <i>(escoja una o más)</i>	Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano	Nativo de Hawaii o Islas Pacíficas Blanco
Etnicidad: <i>(circule uno)</i>		Hispano/Latino No Hispano o Latino
Idioma Primario: _____		
Estado o País de Nacimiento: _____		
Dirección Primaria: _____ <i>Dirección de Calle</i> <i>Apartamento/Unidad-#</i>		
_____ <i>Ciudad</i> <i>Estado</i> <i>Código Postal</i>		
Información de Contacto:	Relación al niño:	Último grado completado:
Teléfono de la Casa: _____	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Menos del Grado 12
Teléfono del Trabajo: _____	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> GED
Celular: _____	<input type="checkbox"/> Abuela	<input type="checkbox"/> Graduado de la Secundaria
Correo Electrónico: _____	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Algunas Clases en la Universidad
Situación de empleo:	<input type="checkbox"/> Padre de Acogida	<input type="checkbox"/> Título de Asociado
<input type="checkbox"/> Tiempo Total <input type="checkbox"/> Propia cuenta <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Título Universitario
<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Por temporada <input type="checkbox"/> Incapacitado		<input type="checkbox"/> Título de Maestría
		<input type="checkbox"/> Título de Doctorado

Padre/Guardián 2*(proporcione información aunque no esté viviendo en el hogar)*

Nombre Legal: _____ <i>Apellido</i> <i>Primer Nombre</i> <i>Inicial de Segundo Nombre</i>		
Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Fecha de Nacimiento: _____ <i>(mes/día/año)</i>		
Raza: <i>(escoja uno o más)</i>	Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afroamericano	Nativo de Hawaii o Islas Pacíficas Blanco
Etnicidad: <i>(circule uno)</i>		Hispano/Latino No Hispano o Latino
Idioma Primario: _____		
Estado o País de Nacimiento: _____		
Dirección Primaria: _____ <i>Dirección de Calle</i> <i>Apartamento/Unidad-#</i>		
_____ <i>Ciudad</i> <i>Estado</i> <i>Código Postal</i>		
Información de Contacto:	Relación al niño:	Último grado completado:
Teléfono de la Casa: _____	<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> Menos del Grado 12
Teléfono de Trabajo: _____	<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> GED
Celular: _____	<input type="checkbox"/> Abuela	<input type="checkbox"/> Graduado de la Secundaria
Correo Electrónico: _____	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Algunas Clases en la Universidad
Situación de empleo:	<input type="checkbox"/> Padre de Acogida	<input type="checkbox"/> Título de Asociado
<input type="checkbox"/> Tiempo total <input type="checkbox"/> Propia cuenta <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Título Universitario
<input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Por temporada <input type="checkbox"/> Incapacitado		<input type="checkbox"/> Título de Maestría
		<input type="checkbox"/> Título de Doctorado

Apunte a todos los adultos y niños que viven en la casa:

Apellido	Primer Nombre	Cuándo Nació (fecha:mes/día/año)	Género	Grado Y Escuela	Relación al niño
			M / F		
			M / F		
			M / F		
			M / F		
			M / F		

Historia Familiar

(por favor conteste cada pregunta, para cada persona, lo mejor que pueda)

	NIÑO		PADRE 1		PADRE 2		HERMANOS DEL NIÑO(A)	
¿Alguna vez ha estado sin hogar, como teniendo que vivir en un refugio, o vivir en un motel, o vivir en un campamento, o vivir temporalmente con otras personas hasta que pudiera pagar la vivienda?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Se ha mudado 2 veces o más en los últimos 3 años?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Asistió previamente a:	<input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Preescolar de Charlottesville <input type="checkbox"/> Otro Preescolar <input type="checkbox"/> No estoy seguro		No Aplica		No Aplica		<input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Preescolar de Charlottesville <input type="checkbox"/> Preescolar de Bright Stars <input type="checkbox"/> Otro Preescolar <input type="checkbox"/> No estoy seguro	
¿Cuántos años tenía usted cuando nació su primer hijo?	No Aplica		Edad: _____		Edad: _____		No Aplica	
¿Tiene/ha tenido problemas de aprendizaje o dificultar para leer?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha recibido servicios de ESOL?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha estado alguna vez en la cárcel?	No Aplica		<input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> En el pasado		<input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> En el pasado		<input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> En el pasado	
¿Ha estado alguna vez en libertad condicional?	No Aplica		<input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> En el pasado		<input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> En el pasado		<input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> En el pasado	
¿Ha sido víctima de violencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Preocupación por un problema de abuso de alcohol y/o de sustancias?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Tiene una condición física grave que requiere atención médica continua?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Ha necesitado o recibido alguna vez servicios de salud mental?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Servicio Militar	No Aplica		<input type="checkbox"/> Activamente Desplegado <input type="checkbox"/> Activo-En Casa <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Retirado		<input type="checkbox"/> Activamente Desplegado <input type="checkbox"/> Activo-En Casa <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Retirado		<input type="checkbox"/> Activamente Desplegado <input type="checkbox"/> Activo-En Casa <input type="checkbox"/> Reservas <input type="checkbox"/> Retirado	

Si hay otros servicios y/o programas apropiadas para familias con niños de edad preescolar, doy permiso para compartir mi aplicación.

Contacto Alternativo:
 (Si no pueden alcanzar al padre/guardián)

Nombre _____

Relación _____

de Teléfono _____

Yo certifico que la información en esta aplicación es verdadera y correcta. Yo entiendo que esta información solo será utilizada para ayudar a determinar la elegibilidad de mi hijo(a) y la colocación en los programas por los cuales califica mi hijo(a), y que no será divulgada o intercambiada con nadie más que el personal necesario. **Yo entiendo que sometiendo una aplicación no garantiza un asiento.**

X

Firma del Padre/Guardián

Fecha