

Programas Preescolares del Área de Charlottesville/Albemarle

La Aplicación y la Información para el Año Escolar 2020-2021

Queridos padres/tutores



Gracias por su interés en los Programas Preescolares del Área de Charlottesville/Albemarle. 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?

Ciudad de Charlottesville	El condado de Albemarle
<p>Programa Preescolar escolar de la ciudad de Charlottesville</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>	<p>Las estrellas brillantes Programa Preescolar</p> <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>Head Start MACAA</p> <p>MACAA Programa Preescolar Head Start</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 de Preescolar de la ciudad de Charlottesville, Programa Preescolar Bright Starts, y el 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?

Ciudad de Charlottesville	El condado de Albemarle
<p>Programa Preescolar de la ciudad de Charlottesville</p> <p>División anexo en Charlottesville High School 1400 Melbourne Rd Charlottesville, VA 22901</p> <p>O</p> <p>Cualquier Escuela Primaria de CCS</p> <p>Sheila chispas Coordinador de programas preescolares y apoyo a la familia (434) 245-2797</p> <p>Inge Eursaline Trabajador familiar (434) 245-2813</p>	<p>Programa Preescolar de Estrellas Brillantes</p> <p>El condado de Albemarle Departamento de Servicios Sociales 1600 5th Street, Suite A Charlottesville, VA 22902</p> <p>O</p> <p>Cualquier Escuela Primaria de ACPS</p> <p>Carol Fox Coordinador del programa Estrellas Brillantes (434) 972-4010 ext. 3332</p>
<p>Head Start MACAA</p> <p>MACAA Programa Preescolar Head Start</p> <p>1025 Park Street Charlottesville, VA 22901</p> <p>Lina Abril Coordinador del programa de MACAA Head Start (434) 295-3171 ext. 3008</p>	

Fechas importantes

Ciudad de Charlottesville, y MACAA Head Start	El condado de Albemarle y MACAA Head Start
<p>Presentar la solicitud y <i>toda la documentación requerida</i> para la fecha prioritaria de proceso 1 de Marzo.</p> <p>4 años serán notificados en Abril</p> <p>3-años serán notificado en Mayo</p>	<p>Presentar la solicitud y <i>toda la documentación requerida</i> para la fecha de procesamiento de 15 de Abril.</p> <p>Las familias serán notificadas con respecto a las decisiones tomadas, la colocación en la primera semana de Mayo.</p>
<p>*Se aceptan solicitudes durante todo el año para llenar vacantes en los programas preescolares como ocurren. *</p>	

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

<p>El Departamento CCS de Educación Especial de la niñez temprana (434) 245-2405</p>	<p>El Departamento ACPS de Educación Especial de la niñez temprana (434) 296-5885</p>
--	---

Esta página se ha dejado intencionadamente en blanco.

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					
Mayor grado completado	Estado de empleo	Relación con el niño		Custodia	
<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/Padastro, Madrastra/Adoptivos	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial y Capacitación	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Adv. La capacitación Cert.	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Capacitación o Escuela	<input type="checkbox"/> Tía/Tío	
<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: _____		_____ @ _____		<input type="checkbox"/> Sí	
Teléfono Celular: _____				<input type="checkbox"/> No	
Teléfono Trabajo: _____					
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)					
Información adicional					

Familia (Incluye todos los padres y tutores) (Marque todas las opciones que correspondan).					
Padre 1	Padre 2			<input type="checkbox"/> Familia de un solo Padre	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fallecido		<input type="checkbox"/> Niño cuyos padres están separados o divorciados	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Encarcelado	<input type="checkbox"/> Actualmente	<input type="checkbox"/> Previamente	<input type="checkbox"/> Habilidades limitadas de lectura en su idioma principal
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausente del hogar	A largo plazo, hospitalización, servicio militar u otros: _____		<input type="checkbox"/> Madre o padre de adolescente (menores de 19 años).
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Víctima de violencia			<input type="checkbox"/> Enfermedad crónica o de larga duración
<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.			

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?

Peso Patrones de sueño Hábitos alimenticios Salud Desarrollo Comportamiento Interacciones sociales 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:**

Amigo/Familiar Escuela Departamento de Servicios Sociales Sitio Web Social Media Hijo mayor fue en el programa 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 Área de Charlottesville/Albemarle 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 Programa Preescolar de la Ciudad de Charlottesville o para el Programa Preescolar de Bright Stars.

Página Atras 

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento del niño: _____ Escuela: _____

Información confidencial incluye el total de los ingresos anuales (antes de impuestos) de los padres del niño o los padres (definido como padre, madre, tutor, custodio 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:**

Formulario W-2
 Formulario de impuestos 2019

Talones de pago
 Verificación SSI

Verificación SNAP
 Verificación TANF

Carta del Empleador
 Pensión Alimenticia

Otras Fuentes:

Frecuencia de pago

Me pagan: **Semanalmente** (4 talones de pago) **Cada 2 semanas** (3 talones de pago) **Quincenalmente** (3 talones de pago)
 Mensualmente (2 talones de pago) **Anualmente** **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? Sí 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.? Sí No
Sírvese describir y proporcionar documentación (si la respuesta es sí):

Nombre del padre #2/Tutor: _____

*****Verificación de documentación Incluye:**

Formulario W-2
 Formulario de impuestos 2019

Talones de pago
 Verificación SSI

Verificación SNAP
 Verificación TANF

Carta del Empleador
 Child Support

Otras Fuentes:

Frecuencia de pago

Me pagan: **Semanalmente** (4) **Cada 2 semanas** (3 talones de pago) **Quincenalmente** (3 talones de pago) **Mensualmente** (2 talones de pago) **Anualmente** **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? Sí 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.? Sí 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) _____ (Firma) _____ (Fecha).
(Favor de escribir)