# Formulario de Inscripción para Educación Preescolar en Carolina del Sur

Año escolar 2018–19

|  |
| --- |
| Datos de la escuela y el distrito |
| Escuela: Distrito escolar: |
| Datos del niño/a |
| Apellido: Primer nombre: Segundo nombre: |
| Marcar si corresponde Generación:  II  III  IV  V  Jr.  Sr. Sobrenombre: |
| Fecha de nacimiento *(mm/dd/aa)*: \_\_/\_ \_/\_\_  Sexo:  M  F Raza/Etnia federal: ¿El/La estudiante es hispano/a o latino/a?  Sí  No  ¿Cuál es su raza? Marcar las que correspondan.  Asiática  Negra o afroamericana  Amerindia o nativa de Alaska  Nativa de Hawái u otras islas del Pacifico  Blanca |
| Vive con:  madre y padre  madre  padre  abuelos  otros (especifique): |
| Domicilio residencial: |
| Ciudad: |
| Condado: South Carolina Cód.Postal: Teléfono residencial: |
| Dirección postal (si es diferente al Domicilio residencial): |
| Ciudad: Condado: South Carolina Cód.Postal: |
| Padres/Tutores ☐ madre y padre ☐ madre ☐ padre ☐ otro (especifique): |
| Apellido de la madre o tutor: Primer nombre: Inicial del segundo nombre: |
| *Si es diferente a los datos del niño/a:* |
| Domicilio residencial: |
| Ciudad: Condado: South Carolina Cód.Postal: |
| Teléfono residencial: Teléfono celular: |
| Lugar de empleo: Teléfono diurno: |
| Educación de la madre (*nivel más alto*) Inferior al diploma escolar  GED  Diploma de secundaria  Grado asociado o técnico  Título terciario o universitario  Maestría  Doctorado |
| Email de la madre o tutor: |
| GuG |
| Apellido del padre o tutor: Primer nombre: Inicial del segundo nombre: |
| *Si es diferente a los datos del niño/a:* |
| Domicilio residencial: |
| Ciudad: Condado: South Carolina Cód.Postal: |
| Teléfono residencial: Teléfono celular: |
| Lugar de empleo: Teléfono diurno: |
| Email del padre o tutor: |
| Datos de contactos en caso de emergencia (que no sean la madre, el padre o tutor ya provistos) |
| Nombre del primer contacto: Teléfono celular: |
| Parentesco con el niño/la niña: Teléfono diurno: |
| Nombre del segundo contacto: Teléfono celular: |
| Parentesco con el niño/la niña: Teléfono diurno: |
| Previo establecimiento de cuidado infantil/educación \*Se adjuntan las definiciones de proveedores |
| El año pasado, el cuidado de mi hijo/a estuvo a cargo del siguiente ***proveedor público* (marque uno)**:  Desconocido  Head Start  Child Development Education Program (CERDEP)  Prekinder/Preescolar  Mi hijo/a asistió al programa **(marque uno)**  día completo  día parcial  Nombre del proveedor: |
| El año pasado, el cuidado de mi hijo/a estuvo a cargo del siguiente ***proveedor privado* (marque uno)**:  Centro militar de cuidado infantil  Centro religioso registrado  Centro en hogar familiar registrado  Hogar de cuidado infantil grupal (*Group Home*)  Proveedor exento  First Steps (CERDEP)  Otro  Mi hijo/a asistió al programa **(marque uno)**  día completo  día parcial  Nombre del proveedor: |
| El año pasado, el cuidado de mi hijo/a estuvo a cargo de un proveedor informal de cuidado infantil (en casa, un familiar o una persona sin parentesco) |
| Información sobre la salud de su hijo/a |
| ¿Su hijo/a pesó menos de 5.5 libras al nacer?  Sí  No  ¿Su hijo/a tiene Medicaid?  Sí  No Número de Medicaid: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Mi hijo/a recibe atención médica regular de:  Centro de salud (Departamento de Salud)  Sala de emergencias Médico de familia Otro  Nombre: Teléfono:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indique los problemas de salud, enfermedades y alergias a largo plazo:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indique los medicamentos recetados para uso continuo a largo plazo:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Indique las adaptaciones especiales que serán necesarias para satisfacer las necesidades de mi hijo/a debidamente mientras esté en la Escuela: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Rango de ingresos familiares |
| Cantidad de personas en la familia o grupo familiar: |
| Rango de ingresos:  $0-$10,000  $10,001-$20,000  $20,001-$30,000  $30,001-$40,000  $40,001-$50,000  $50,001-$60,000  $60,000 y superior |
| Idioma |
| ¿Cuál es la lengua materna del niño/a? |
| ¿Qué idioma se habla principalmente en el hogar? |
| Servicios de alfabetización familiar |
| ¿Qué miembros de su familia han participado en el Programa de Alfabetización Familiar del distrito escolar, como alfabetización de adultos, educación para adultos (GED, Diploma de secundaria, Inglés como segunda lengua), educación para padres, desarrollo infantil, o alfabetización interactiva para padres y adultos/niños?  Madre y padre  Madre  Padre  Tutor/Abuelos  Nadie |
| ¿Su hijo/a alguna vez participó en los Servicios de Alfabetización Familiar del distrito escolar?  Sí  No  Si respondió ”Sí”, marque la duración:  1 Año  2 Años  3 Años  4 años o más |
| Necesidades especiales de su hijo/a |
| ¿Su hijo/a tiene un Programa Educativo Individual (IEP) o un plan de la Sección 504 en vigencia?  Sí  No Discapacidad del estudiante:  Ninguna Emocional Aprendizaje Habla Física Otra |
| Transporte del niño/a |
| ¿Cómo prevé que su hijo/a irá a la escuela?  Autobús escolar  Auto  Transporte de guardería o centro de día  Caminando ☐ Bicicleta  No corresponde  ¿Cómo prevé que su hijo/a regresará de la escuela?  Autobús escolar a su casa  Autobús escolar a otro lugar  Auto  Guardería o centro de día  Caminando  Bicicleta  No corresponde  Programa extraescolar en la escuela |

|  |
| --- |
| \*La siguiente sección es para uso exclusive del Distrito |
| TODOS LOS NIÑOS PARTICIPANTES EN CERDEP DEBEN SER CODIFICADOS CON UN CÓDIGO DE SERVICIO DEL PROGRAMA CERDEP. |
| Ubicación en preescolar:  Clase de 3 años  Clase de 4 años  Clase de 5 años  Aula de edades múltiples  Pagado por padres  4K pagado por Distrito  EIA 4K pagado por estado  CERDEP/CDEP pagado por estado |
| Número de identificación del estudiante: |
| Fecha de ingreso al programa: Fecha de egreso del programa: Razón del egreso: |
| Método de verificación de ingresos ( Medicaid,  Almuerzo gratis o rebajado,  Formularios W2,  Recibos de sueldo, Otra verificación de ingresos documentados):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Comidas: Almuerzo gratis o rebajado  Sí  No  N/A si inscripto en el Programa de Almuerzo Comunitario |
| Tipo de aula:  Distrito PDS / jornada escolar completa  Distrito DSF / media jornada escolar |
| ¿Recibió servicios de Head Start en algún momento desde su nacimiento hasta los 4 años?  Sí  No |
| DIAL 3 o 4: ­(Indique cuál) \_\_\_ Fecha del examen:\_\_\_\_\_\_\_  ¨Puntajes: Motriz:\_\_\_\_\_ Conceptual: \_\_\_\_\_ Lenguaje: \_\_\_\_ Autoayuda:\_\_\_\_ Social: \_\_\_\_\_ |
| Plan de estudios:  Big Day in PreK  Creative Curriculum  High Scope  InvestiGator  Montessori  World of Wonders |
| Evaluación de aptitud académica:  myIGDIs  PALS- Pre-K  Teaching Strategies GOLD  Otra |
| Medicaid:  Sí  No Número de Medicaid \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Activo en Medicaid  Sí  No  \* Adjunta copia de la tarjeta de Medicaid |
| Migrante/Inmigrante:  Sí  No País de nacimiento:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Identificación estatal N°: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| ¿Participó en *Countdown to Kindergarten*?  Sí  No |

**Definiciones de proveedores de cuidado infantil (públicos)**

***South Carolina Child Early Reading Development and Education Program*** **(CERDEP/CDEP)** – Programa público adecuado al desarrollo psicomotor, subvencionado por el estado según los ingresos, que adhiere a las mejores prácticas educativas, utilizando un currículo fundamentado en investigaciones y evaluaciones que deben cumplir con las reglamentaciones de DSS y SCDE.

**Programa de preescolar (4K en media jornada) en escuelas públicas** – Programa de medio día o jornada parcial para niños de 4 años, adecuado al desarrollo psicomotor y subvencionado por el distrito o el gobierno federal, que cumple con las mejores prácticas educativas, utilizando un plan de estudios basado en investigaciones y evaluaciones que deben respetar los lineamientos federales y/o del distrito.

**Programa de preescolar (4K en jornada completa) en escuelas públicas**– Programa de jornada completa para niños de 4 años, adecuado al desarrollo psicomotor y subvencionado por el distrito o el gobierno federal, que cumple con las mejores prácticas educativas, utilizando un plan de estudios basado en investigaciones y evaluaciones que deben respetar los lineamientos federales y/o del distrito.

**Head Start –** Un programa del Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S., que brinda servicios integrales de educación preescolar, salud, nutrición y participación de los padres, para niños de ingresos bajos y sus familias. Localice su Head Start local: <https://www.benefits.gov/benefits/benefit-details/1938>

**Desconocido** – No necesita explicación

**Definiciones de proveedores de cuidado infantil (Privados)**

**Centros militares de cuidado infantil** – Centros de cuidado infantil en la base que ofrecen servicios de jornada completa, parcial o por hora a las familias de los militares y que deben estar registrados en el DSS. Localice los centros militares de cuidado infantil locales: <http://www.militaryonesource.mil/-/military-child-care-programs>

**Centros religiosos registrados** –Centros de cuidado infantil para 13 niños o más, que están patrocinados por una organización religiosa y deben estar registrados en el DSS. Localice a sus proveedores locales registrados: <http://www.scchildcare.org/>

**Hogar familiar registrado** – Un hogar familiar que brinda atención a 6 niños como máximo al mismo tiempo en la residencia del proveedor de cuidado infantil, el cual tiene registro o licencia para cuidar regularmente a los niños de más de una familia sin parentesco (más de cuatro horas diarias o más de dos días a la semana). Localice a los proveedores locales en viviendas familiares registradas: <http://www.scchildcare.org/>

**Hogar de cuidado infantil grupal (*Group Home*) registrado** – Los *Group Homes* brindan atención a un grupo de 7 a 12 niños en el hogar del proveedor de cuidado infantil. Una sola persona puede cuidar a 8 niños como máximo sin ayuda adicional. Para mayor información, consulte: <http://www.scchildcare.org/providers/become-licensed/licensing-requirements/licensed-group-child-care-home.aspx>

**Proveedor exento** –Un proveedor de cuidado infantil que funciona menos de 4 horas diarias o menos de 2 días a la semana o que cuida a los niños de una sola familia sin parentesco. DSS Child Care Licensing no realiza inspecciones y se hacen controles sólo cuando se ofrecen como voluntarios para ABC Quality. Para mayor información, consulte: <http://scchildcare.org/providers/become-licensed/licensing-exemptions.aspx>

**Cuidado infantil informal** –Cuidado no regulado o sin licencia provisto por familiares u otros cuidadores que no están sujetos a regulaciones o lineamientos formales.

**First Steps (CERDEP/CDEP)** – Un programa educativo privado, adecuado al desarrollo psicomotor, subvencionado por el estado y basado en los ingresos, que adhiere a las mejores prácticas educativas, utilizando un currículo fundamentado en investigaciones y evaluaciones que deben cumplir con las reglamentaciones de DSS y SCDE. Funciona en un centro privado de cuidado infantil registrado. Póngase en contacto con su First Steps local: [http://scfirststeps.com/Condado-contact-page/](http://scfirststeps.com/county-contact-page/)