



Rappahannock County
PREESCOLAR programas de aplicación
 Preescolar - 3 y 4 años de edad



INFORMACIÓN DEL NIÑO

Adjuntar una copia de Certific Nacimiento comió

Apellido del niño:	Nombre de pila:	Segundo nombre:
Carrera:	Fecha de nacimiento: Años:	<input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña

PADRE/ TUTOR INFORM ATION

• Madre • Guardián Apellido:		Nombre de pila:	Inicial del segundo nombre:
Vive con el niño? • Sí • No	Estado civil: (marque uno) • Soltero • Casado • Divorciado • Viudo • Apartado	¿Relacion hacía el niño? _____ * Si el tutor, el documento proporciona? • <u>SÍ</u> • copia nee ded	
Dirección:		Ciudad:	Estado: Cremallera:
Teléfono de casa: ()		Teléfono móvil: ()	Email:
Ocupación:		Empleador:	Teléfono del empleador: ()
• Padre • Guardián Apellido:		Nombre de pila:	Inicial del segundo nombre:
Vive con el niño? • Sí • No	Estado civil: (marque uno) • Soltero • Casado • Divorciado • Viudo • Apartado	¿Relacion hacía el niño? _____ * Si el tutor, el documento proporciona? • <u>SÍ</u> • copia ne eded	
Dirección:		Ciudad:	Estado: Cremallera:
Teléfono de casa: ()		Teléfono móvil: ()	Email:
Ocupación:		Empleador:	Teléfono del empleador: ()

INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA

Número total de personas que viven en el hogar: _____

Por favor list los nombres de todos peo pag Le viviendo en el hogar abajo.

Nombre	Relacion hacía el niño	Fecha de nacimiento	el mas alto nivel de educación

idioma principal que se habla la lengua hablada _____ Secondary _____

INFORMACIÓN MÉDICA

Por favor, conteste las siguientes preguntas lo más honestamente posible. Esta parte debe ser llenada.

¿Tiene el niño alguna alergia, alertas médicas o limitaciones observado? • No • Sí • Epi-pen • Inhalador

Por favor liste: _____ • Medicamentos de emergencia

Médico del niño:	Teléfono: ()	Proveedor de seguros:
		Seguros #:
Dentista del niño:	Teléfono: ()	Proveedor de seguros:
		Seguros #:

Las vacunas actuales? • Sí • No • Copia proporcionó examen físico del niño menor de 1 año. ¿hace?
• Sí • No • Copia del examen previsto

Verificación de ingresos

Ingresos del hogar (bruta): \$ _____ por mes o \$ _____ por año. (Por favor proveer prueba de ingresos con esta aplicación: W2, declaración de impuestos, talones de cheques, carta del empleador o de la carta de SSI, SSDI, TANF, manutención de menores, Beneficios de Veteranos, Seguridad Social, Desempleo o Compensación al Trabajador) • copia proporcionado	Marque todo lo que corresponda: <ul style="list-style-type: none">• Manutención de los hijos• WIC• TANF• SSI• -FAMIS• VEC• Cupones de alimentos
--	---

ALOJAMIENTO

Es la familia: • Sin hogar • Viviendo con amigos o familiares
• Que viven en condiciones de hacinamiento • Movido 2 o más veces en los últimos 6 meses

FAMI CARACTERÍSTICAS LY

Nacimiento prematuro •	Bajo peso al nacer •	Niño está en cuidado de crianza •	Niño estaba en cuidado de crianza •
<u>enfermedad crónica en la familia (física, mental, emocional)</u> •		El abuso infantil reportados •	
La preocupación por retrasos en el desarrollo • encarcelados padre •		Niño está capacitado ir al baño • (no es un requisito)	
El niño tiene IEP • para: _____		El abuso de sustancias informó en la familia •	

Remisión por fuera • Médico • Dentista • DSS • Visión • Otro: _____

Por favor describa las circunstancias atenuantes que se siente será útil para determinar la elegibilidad de su hijo para el preescolar:

EN CASO DE EM ergency

Nombre amigo local / relativo, no viva en la misma dirección:	Relacion hacía el niño:	Teléfono de casa: ()	Teléfono del trabajo: ()
Nombre amigo local / relativo, no viva en la misma dirección:	Relacion hacía el niño:	Teléfono de casa: ()	Teléfono del trabajo: ()

Por favor indique si alguna de estas situaciones:

- Hay Corte ordenó medidas de protección en el lugar para mi hijo. No • Sí •
- Una copia actual de la orden judicial se proporciona con esta aplicación para el archivo. No • Sí •

Por mi firma puesta en esta solicitud, acepto proporcionar actualizaciones como evidencia de cambios de fecha o cambios en las restricciones.

Por favor, anote el nombre de cualquier persona que esté restringida posibilidad de tomar o tener contacto con su hijo. •

_____ Nombre de la persona a ser

llamada si esta persona llega a recoger a su hijo _____ teléfono?: 1) _____ 2)

Por favor, proporcione cualquier nota adicional más adelante que no han sido capturados en esta solicitud anteriormente:

De salud o problemas médicos: _____ necesidades especiales:

_____ Información Educativa:

_____ Otra información:

Toda la información proporcionada es verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Autorizo a las Escuelas del Condado de Rappahannock utilizar esta información para determinar la elegibilidad de mi hijo para preescolar. Yo entiendo que la información anterior se mantendrá en estricta confidencialidad por parte del personal. Yo entiendo que es mi responsabilidad notificar a las Escuelas Públicas del condado de Rappahannock con respecto a cualquier cambio en la información proporcionada.

- Uno o ambos padres / tutores, por favor firme abajo.

Padre / tutor firma _____ Date _____

Padre / tutor signature _____ Date _____

- Usted puede ser elegible para recibir asistencia adicional para otros servicios. Para averiguarlo, llenar la solicitud de commonhelp.virginia.gov.

Por favor, devuelva esta solicitud por Mayo 1 s i cada año para:

Fran Moore Krebsler, Servicios Estudiantiles
Escuelas Públicas del Condado de Rappahannock
6 Escuela Rd., Washington, VA 22747

Teléfono: 540-227-0023, ext. 3210
FAX: 540-987-8896

Por favor, no escriba debajo de esta línea. Sólo para uso de oficina.