

# 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><b>Programa Preescolar escolar de la ciudad de Charlottesville</b></p> <p>La intervención temprana Programa Preescolar de <b>3 y 4 años</b> 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><b>Las estrellas brillantes Programa Preescolar</b></p> <p>La intervención temprana programa preescolar para los niños de <b>4 años</b> 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><b>MACAA Programa Preescolar Head Start</b></p> <p>La intervención temprana Programa Preescolar de <b>3 y 4 años</b> 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><b>Programa Preescolar de la ciudad de Charlottesville</b></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><b>Programa Preescolar de Estrellas Brillantes</b></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><b>MACAA Programa Preescolar Head Start</b></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 <b>1 de Marzo</b>.</p> <p><b>4 años</b> serán notificados en <b>Abril</b></p> <p><b>3-años</b> serán notificado en <b>Mayo</b></p>	<p>Presentar la solicitud y <i>toda la documentación requerida</i> para la fecha de procesamiento de <b>15 de Abril</b>.</p> <p>Las familias serán notificadas con respecto a las decisiones tomadas, la colocación en la <b>primera semana de Mayo</b>.</p>
<p><i>*Se aceptan solicitudes durante todo el año para llenar vacantes en los programas preescolares como ocurren. *</i></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.**

# Programas Preescolares del Área de Charlottesville/Albemarle


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

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

¿Dónde vives? <small>(Se requiere prueba de residencia)</small>					
<input type="checkbox"/> ciudad de Charlottesville <b>¿Qué zona escolar vive usted?</b> <input type="checkbox"/> Burnley-Moran <input type="checkbox"/> No sé dónde mi hijo <input type="checkbox"/> Clark    asistirá a la escuela? <input type="checkbox"/> Greenbrier <input type="checkbox"/> Jackson-Via <input type="checkbox"/> Johnson <input type="checkbox"/> Venable	<input type="checkbox"/> El condado de Albemarle <b>¿Qué zona escolar vive usted?</b> <input type="checkbox"/> Agnor-Hurt <input type="checkbox"/> Greer <input type="checkbox"/> Stone-Robinson <input type="checkbox"/> Baker-Butler <input type="checkbox"/> Hollymead <input type="checkbox"/> Stony Point <input type="checkbox"/> Broadus Wood <input type="checkbox"/> Meriwether Lewis <input type="checkbox"/> Woodbrook <input type="checkbox"/> Brownsville <input type="checkbox"/> Murray <input type="checkbox"/> ¿No sé dónde <input type="checkbox"/> Cale <input type="checkbox"/> Red Hill                      estará mi hijo <input type="checkbox"/> Crozet <input type="checkbox"/> Scottsville                      asistirá a la <span style="float: right;">escuela?</span>				
Indicar qué programa preescolar(s) usted desea para que su hijo sea considerado:	Indicar qué programa preescolar(s) usted desea para que su hijo sea considerado:				
<input type="checkbox"/> Programa Prescolar de la ciudad de Charlottesville – 3 y 4 años <input type="checkbox"/> MACAA Head Start - 3 y 4 años	<input type="checkbox"/> Programa Preescolar de Bright Stars - 4 años <input type="checkbox"/> MACAA Head Start - 3 y 4 años				
Documentación de ingresos <small>(Documentación de ingresos es necesaria para procesar esta solicitud. Indicar todas las fuentes de ingresos en su hogar. (Toda la información es confidencial).)</small>					
<b>Checa toda la documentación facilitada y adjunta a esta aplicación:</b> <input type="checkbox"/> 2019 declaración de Impuestos 1040 <input type="checkbox"/> Carta de Adjudicación de SSI <input type="checkbox"/> Niño Pensión documentación <input type="checkbox"/> 2019 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 _____ <input type="checkbox"/> <i>Semanalmente= 4 talones de pago</i> <input type="checkbox"/> <i>Bisemanal= 3 talones de pago</i> <input type="checkbox"/> <i>Mensual= 2 talones de pago</i>					
Información del niño					
<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Apellido(s)</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b> <small>dd/mm/aaaa</small>	<b>Género</b>	
<b>Raza</b> (marque todas las que correspondan)					
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indios americanos y nativos de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Inglés	<b>Primer/Idioma Principal</b>	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Moderado		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Proficiente	<hr style="width: 100%;"/>	
<b>Cobertura de salud</b>		<b>Seguro Médico/Medicaid #</b>			
<input type="checkbox"/> FAMIS	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> No Seguro	# _____		
<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Otros				
<b>Dirección</b> <small>Prueba de dirección requerida</small>		<b>Apartamento/Unidad #</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
<b>Dirección postal</b> <small>(si es diferente)</small>		<b>Apartamento/Unidad #</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>
Padre 1/Tutor					
<b>Primer Nombre</b>	<b>Segundo Nombre</b>	<b>Apellido(s)</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b> <small>dd/mm/aaaa</small>	<b>Género</b>	
<b>Raza</b> (marque todas las que correspondan)					
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indios americanos y nativos de Alaska	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Inglés	<b>Primer/Idioma principal</b>	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del pacífico.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Moderado		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Proficiente	<hr style="width: 100%;"/>	
<b>Mayor Grado Completado</b>		<b>Estado de empleo</b>		<b>Relación con el</b>	<b>Custodia</b>
<input type="checkbox"/> Menos de 12 grado	<input type="checkbox"/> Estudios	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Capacitación	<b>niño</b>	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Universitario o	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial y Capacitación	<input type="checkbox"/> Natural/Padrastro,	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> de formación	<input type="checkbox"/> Estacional	<input type="checkbox"/> Capacitación o Escuela	<input type="checkbox"/> Madrastra/Adoptivos	
<input type="checkbox"/> Adv. Entrenamiento Cert.	<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Jubilado o Discapacitado	<input type="checkbox"/> Abuelo	
	<input type="checkbox"/> Otros	Empleador: _____		<input type="checkbox"/> Tía/Tío	
				<input type="checkbox"/> Foster	
				<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: _____					
<b>Dirección</b> <small>prueba de residencia es requerida</small>		<b>Apartamento/Unidad #</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>

Padre 2/Tutor <i>(proporcionar información incluso si no viven en el hogar con el niño)</i>					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento <small>dd/mm/aaaa</small>	Género	
<b>Raza</b> (marque todas las que correspondan)		<b>Hispano/Latino</b>	<b>Inglés</b>	<b>Primer/Idioma principal</b>	
<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					
<b>Mayor grado completado</b>		<b>Estado de empleo</b>		<b>Relación con el niño</b>	<b>Custodia</b>
<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	
<b>Información de contacto</b>			<b>Dirección de e-mail</b>	<b>Permiso de texto/Email</b>	
Teléfono de Casa: _____				<input type="checkbox"/> Sí	
Teléfono Celular: _____			_____@_____	<input type="checkbox"/> No	
Teléfono Trabajo: _____					
<b>Dirección</b> * prueba de residencia es requerida*	<b>Apartamento/Unidad #</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código postal</b>	
<b>Lista de todos los adultos y niños que viven en la casa</b> <i>(si se necesita más espacio, adjunte una hoja por separado)</i>					
Nombre	Fecha de nacimiento <small>dd/mm/aaaa</small>	Género	Relación con el niño	Grado y la escuela	
<b>El niño y la Familia</b> <i>estos factores están basados en las necesidades de los programas. Marque todas las que correspondan.</i>					
<b>Niño</b>					
<input type="checkbox"/> Niño no tiene contacto con uno o ambos mamá o papá			<input type="checkbox"/> Niño utiliza algún dispositivo médico (por ejemplo, gafas, audífonos, sillas de ruedas(s))		
<input type="checkbox"/> Niño no vive con sus mamá o papá			<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 <small>(Si la respuesta es sí, una copia deberá ser proporcionada a la escuela)</small>					
<b>Información adicional</b>					
_____					
_____					
<b>Familia</b> (Incluye todos los padres y tutores) (Marque todas las opciones que correspondan).					
<b>Padre 1</b>	<b>Padre 2</b>				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fallecido		<input type="checkbox"/> Familia de un solo Padre	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Encarcelado	<input type="checkbox"/> Actualmente	<input type="checkbox"/> Previamente	<input type="checkbox"/> Niño cuyos padres están separados o divorciados
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ausente del hogar		<input type="checkbox"/> Habilidades limitadas de lectura en su idioma principal	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <span style="float: right;">Si la respuesta es sí, donde: _____</span> ¿Su familia recibe un subsidio/ayuda para el cuidado de los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Están usted dispuesto a solicitar un subsidio para el cuidado de los niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <span style="margin-left: 20px;">¿Cuándo? _____</span> <span style="margin-left: 20px;">¿Dónde? _____</span> <span style="margin-left: 20px;">Resultado: _____</span> ¿Él/ella tiene un IFSP o IEP, es él/ella o está recibiendo servicios actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Contacto alternativo (si el padre/madre/tutor no puede ser contactado)		
Nombre	Apellido	Número de teléfono
		Relación
<b>Aparte de los representantes de familia, ¿cuántas personas puede llamar para que ayuden con su niño en caso de una emergencia?</b>		(Marque uno)    0    1    2    3+
¿Cómo se enteró del programa?		
<b>Marque todas las que correspondan:</b> <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 Área de Charlottesville/Albemarle inmediatamente. Entiendo que la falsificación de información podría resultar en la descalificación de esta aplicación.		
<b>La ley federal prohíbe la discriminación basada en raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad o edad.</b>		
<b>Nombre del padre/madre/tutor (Imprimir):</b> _____		
<b>Firma del padre/madre/tutor:</b> _____		<b>Fecha:</b> _____
Permiso		
Doy permiso para que mi aplicación sea compartida si hay otros servicios y/o programas adecuados para familias con niños de edad preescolar. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.		

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)