

El condado de Hardin Escuela

Programa de Preescolar de La Primera Infancia de Head Start

65 W. A. Jenkins RD.
 Elizabethtown, KY 42701
 Teléfono 270-769-8911
 Fax 270-769-8919



ESCUELA: _____

Fecha de hoy: _____

geo _____	Office Use Only	Year _____
Hm Sch: MV VG RE WD LK Other _____		GR: 97 98 99

Información del Estudiante

Student Information	Nombre Legal del Estudiante: (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo nombre) _____ _____ Masculino _____ Femenino
	Fecha de Nacimiento (Mes) _____ (Día) _____ (Año) _____ Lugar de nacimiento (Ciudad) _____ (Estado) _____
	Raza (Marque todas las que apliquen): __ Caucasiano __ Negro / Afroamericano __ Nativo de Hawaii / otra isla del Pacifico __ Asiático __ Indios Americanos / Nativos de Alaska ¿Es su hijo Hispano: __ Sí __ No
	¿Cuál es el idioma que se habla con más frecuencia en el hogar? _____
	Dirección: (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Estado) _____ (Código postal) _____
	Dirección postal del niño (si es diferente): (Calle) _____ (Ciudad) _____ (Código postal) _____
	Casa: ¿Usted y su niño viven temporalmente: con familiar o de amigos _____ en un refugio _____ en el motel _____ N/A _____
	¿Su hijo tiene necesidades especiales o recibir servicios de educación especial? __ Sí __ No Si sí, describa brevemente: _____
	Por favor, marque los servicios que su niño recibe y lista de la escuela o agencia más abajo. _____ Plan de Educación Individual (IEP) _____ Terapia del Habla _____ Otro, por favor explique: _____
	¿Es la primera vez que se matricula en una escuela de Kentucky? __ Sí __ No

La escuela anterior: _____ Teléfono # _____
 Escuela Dirección: _____ Fax # _____

*** Los padres/los Guardianes Viviendo en el Mismo Hogar que el Estudiante**
 (Los padres de otra dirección de se indican en la página 2)

Household Information	Apellido _____ M o F	Apellido _____ M o F
	Nombre _____ Segundo nombre _____	Nombre _____ Segundo nombre _____
	Relación con el estudiante _____	Relación con el estudiante _____
	Casa # _____ De empleo # _____	Casa # _____ De empleo # _____
	Celular # _____ Preferencia: Cell/Casa/De empleo	Celular # _____ Preferencia: Cell/Casa/De empleo
	Lugar de Empleo _____	Lugar de Empleo _____
	Dirección email _____	Dirección email _____

* Si Guardián Legal no aparece en el certificado de nacimiento, deben ser proporcionados los documentos judiciales.

Otras personas viviendo en su hogar

Household Information	Apellido _____ M o F	Apellido _____ M o F
	Nombre _____ Segundo nombre _____	Nombre _____ Segundo nombre _____
	Relación con el estudiante _____	Relación con el estudiante _____
	Casa # _____ De empleo # _____	Casa # _____ De empleo # _____
	Celular # _____ Preferencia: Cell/Casa/De empleo	Celular # _____ Preferencia: Cell/Casa/De empleo
	Lugar de Empleo _____	Lugar de Empleo _____

Nombre Legal del Estudiante: _____
 (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo nombre) _____

Otros niños que viven en el mismo hogar

Other Children Information	Apellido _____ M o F Nombre _____ Segundo nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Grado ____ Relación con el estudiante _____ Inscrito en la Escuela del Condado de Hardin? __ Sí __ No Nombre de la escuela _____	Apellido _____ M o F Nombre _____ Segundo nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Grado ____ Relación con el estudiante _____ Inscrito en la Escuela del Condado de Hardin? __ Sí __ No Nombre de la escuela _____
	Apellido _____ M o F Nombre _____ Segundo nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Grado ____ Relación con el estudiante _____ Inscrito en la Escuela del Condado de Hardin? __ Sí __ No Nombre de la escuela _____	Apellido _____ M o F Nombre _____ Segundo nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Grado ____ Relación con el estudiante _____ Inscrito en la Escuela del Condado de Hardin? __ Sí __ No Nombre de la escuela _____
	Apellido _____ M o F Nombre _____ Segundo nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Grado ____ Relación con el estudiante _____ Inscrito en la Escuela del Condado de Hardin? __ Sí __ No Nombre de la escuela _____	Apellido _____ M o F Nombre _____ Segundo nombre _____ Fecha de nacimiento ____ / ____ / ____ Grado ____ Relación con el estudiante _____ Inscrito en la Escuela del Condado de Hardin? __ Sí __ No Nombre de la escuela _____

Los padres/los Guardianes viva en otro domicilio

Non-Household Information	¿Tiene el padre o guardián la custodia compartida? __ Sí __ No ¿En caso de que este padre o guardián recibirá correo escuela? __ Sí __ No Apellido _____ M o F Nombre _____ Segundo nombre _____ Relación con el estudiante _____ Casa # _____ De empleo # _____ Celular # _____ Preferencia: Cell/Casa/De empleo _____ Lugar de Empleo _____ Dirección email _____ ¿Hay una orden judicial en contra de este padre o guardián? __ Sí __ No (Si es así, usted debe proporcionar una copia de la orden judicial.)	¿Tiene el padre o guardián la custodia compartida? __ Sí __ No ¿En caso de que este padre o guardián recibirá correo escuela? __ Sí __ No Apellido _____ M o F Nombre _____ Segundo nombre _____ Relación con el estudiante _____ Casa # _____ De empleo # _____ Celular # _____ Preferencia: Cell/Casa/De empleo _____ Lugar de Empleo _____ Dirección email _____ ¿Hay una orden judicial en contra de este padre o guardián? __ Sí __ No (Si es así, usted debe proporcionar una copia de la orden judicial.)
---------------------------	--	--

Nombre Legal del Estudiante: _____ (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo nombre) _____

Información De Transportación

Transporte primaria a la escuela: _____ Autobús escolar _____ Coche _____ De transporte Cuidado de niños

Si el autobús escolar, por favor marque una: ___ Una vía ___ Ida y vuelta ___ Más de 1 milla ___ Menos de 1 milla

Si el niño montará autobús ida y vuelta dirección que no sea casa, por favor liste:
(por favor incluya el nombre, dirección y número de teléfono de servicios de guardería, en su caso)

Ir a la escuela: Nombre: _____ Teléfono# _____
Dirección _____

Vuelta de escuela: Nombre: _____ Teléfono# _____
Dirección _____

En caso de mal tiempo y la escuela cierra temprano, yo prefiero : _____ Mi niño va a viajar en el autobús escolar
_____ Mi hijo va viajar en autobús al cuidado de los niños _____ Mi hijo será recogido de la escuela

Información Médica

Médico _____ Teléfono# _____
Dentista _____ Teléfono# _____

Lista las condiciones médicas (como asma, alergias, diabetes, convulsiones, etc.) y personal de la escuela deben saber

¿Su hijo necesita toma cualquier medicamento en la escuela? _____

(Un formulario firmado debe estar archivada en la escuela si su hijo tiene que tomar cualquier medicamento).

Información de Emergencia

Información de Emergencia:
En caso de un accidente o emergencia y no puedo ser contactado, por favor llame y / o estrenar a mi hijo a una de las siguientes :

Nombre _____	Relación _____	Teléfono# _____
Nombre _____	Relación _____	Teléfono# _____
Nombre _____	Relación _____	Teléfono# _____
Nombre _____	Relación _____	Teléfono# _____
Nombre _____	Relación _____	Teléfono# _____
Nombre _____	Relación _____	Teléfono# _____
Nombre _____	Relación _____	Teléfono# _____
Nombre _____	Relación _____	Teléfono# _____

Nombre Legal del Estudiante: _____ (Apellido) _____ (Nombre) _____ (Segundo nombre) _____

Domésticos Información de Ingresos

Household Income Information	¿El padre o guardián en oficina de gobierno? No Sí		
	Algún miembro del hogar reciben alguno de los siguientes servicios o beneficios:		
	SNAP (Estampillas de Comida)?	No	Sí
	Medicaid/K-Chip/Passport Ins.?	No	Sí
	KTAP (Kentucky Transitional Assistance Program - not K-Chip)?	No	Sí
	Section 8 Asistencia de Vivienda?	No	Sí
	* La ayuda de un familiar o amigo con los gastos del hogar? <small>* Forma adicional puede ser requerida. Por favor llame con preguntas.</small>	No	Sí
	Manutención de Niños	No	Sí
	Manutención del cónyuge	No	Sí
	¿Algún miembro de su hogar recibe SSI? No Sí Si sí, indique el nombre _____		

Desarrollo del niño/a

Child Development	Por favor marque las áreas en los que tienes preocupaciones.			Sí	No	Quizá
	¿Estoy preocupado por el desarrollo general de su hijo?					
	¿Su hijo tiene problemas de salud que le preocupan?					
	Estoy preocupado por las habilidades de músculos grandes de mi hijo. <i>(correr, salta, etc.)</i>					
	Estoy preocupado por las habilidades de los músculos pequeños de mi hijo. <i>(sosteniendo un lápiz, recoger utensilios pequeños, etc.)</i>					
	¿Está preocupado por el las habilidades de pensamiento de su hijo o el capacidad para resolver problemas?					
	¿Su hijo tiene dificultad para comprender instrucciones o conceptos?					
	¿Su hijo tiene dificultad con tareas de cuidado personal tales como vestirse o alimentarse uno mismo?					
	Estoy preocupado por las destrezas sociales de mi hijo.					
	Estoy preocupado por el bienestar emocional de mi niño.					
Estoy preocupado el comportamiento de a mi niño.						
Por favor describa cualquier preocupación específica que usted tenga sobre su hijo:						

DÉ AUTORIZACIÓN IMPORTANTE Y CERTIFICACIÓN - LEA ANTES DE FIRMAR

Comprendo, que como parte de las orientaciones para este programa, TODOS los niños se les dará un examen gratuito para determinar el desarrollo en las áreas de lenguaje, la coordinación ojo-mano, el brazo y la coordinación de la pierna, el conocimiento general comportamiento, la visión y la audición. El personal del pre escolar utilizará esta información para trabajar con cada niño individualmente.

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de esta agencia puede ser terminada y que puede estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta aplicación se llevará a cabo en la más estricta confidencialidad dentro de la agencia y es accesible a mí durante horas normales de oficina.

FIRMA DEL PADRE/GUARDIÁN _____ FECHA _____

DOMESTICOS E INGRESO FORMA

El Programa Preescolar Financiado por el Estado está disponible para los niños de 4 años o que cumplen antes del 1 de Agosto y cuyo ingreso familiar se encuentra a nivel de pobreza 160% o menos, y para los niños que son 3 ó 4 años de edad con un retraso en el habla u otra incapacidad identificada.

Para determinar elegibilidad de ingresos, por favor complete, firme y regrese esta solicitud a esta dirección:

Hardin County Schools Early Childhood Office, 65 W.A. Jenkins Rd, Elizabethtown, KY. 42701

Las instrucciones para solicitar están en la última página

PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DE LA CASA				
Nombre todos los residentes de su hogar quienes comparten los ingresos y gastos <small>(definición detallada de los hogares en la última página)</small>	Nombre de la escuela donde el niño asiste <small>Dejar en blanco si no está en la escuela</small>	Grado	Marque sólo si el niño pertenece al sistema de gobierno <small>Si todos están niños de crianza, pase a la Parte 4</small>	Marque sólo si NO hay ingresos
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE 2. SIN HOGAR, MIGRANTE, EN FUGA ESTATUS		
SI EL NIÑO NO TIENE HOGAR, ES MIGRANTE O FUGITIVO, POR FAVOR MARQUE Y PASE A LA PARTE 4.		
SIN HOGAR <input type="checkbox"/>	MIGRANTE <input type="checkbox"/>	FUGITIVO <input type="checkbox"/>

PARTE 3. INGRESOS BRUTOS DEL HOGAR (ANTES DE CUALQUIER IMPUESTOS U OTRAS DEDUCCIONES)																				
1. NOMBRE <small>(Liste solo los miembros de su unidad familiar que cuentan ingresos)</small>	<i>Refer to Instructions for Applying on back page for guidelines concerning listing income</i>																			
	Las ganancias antes de impuestos u otras deducciones <small>Militar debe incluir BAS y BAH, pero no combatir paga</small>	Cada Semana	Cada 2 Semanas	Dos veces al mes	Cada Mes	Por favor circule: • Manutención de niños • Manutención conyugal • Pensión alimenticia	Cada Semana	Cada 2 Semanas	Dos veces al mes	Cada Mes	Por favor circule: • Pensión • Retiro • Seguro Social • SSI • Discapacidad • Beneficios de VA	Cada Semana	Cada 2 Semanas	Dos veces al mes	Cada Mes	Todos los Otros Ingresos <small>(Incluye ayuda familiar, compensación al trabajador, el desempleo, y cualquier otro ingreso que reciba)</small>	Cada Semana	Cada 2 Semanas	Dos veces al mes	Cada Mes
	<i>(ejempló) Jane Smith</i>	\$200	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$150	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$0	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$50	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARTE 4. FIRMA (PADRE O GUARDIÁN DEBEN FIRMAR DEBAJO)
Un padre o tutor debe firmar la forma.
<i>Certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá fondos estatales y federales sobre la base de la información que proporcione. Entiendo que los oficiales de la escuela pueden verificar (revisar) la información. Entiendo que si deliberadamente proveo información falsa, mis niño/niños podrían perder los beneficios.</i>
Signatura: _____ Imprimir Nombre: _____ Fecha: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____ Teléfono Móvil Número: _____

- CHECKLIST**
- ¿Ha incluido todos tus hijos como miembros del hogar?
 - ¿Ha marcado debidamente el encasillado por cada miembro de familia que se beneficia del ingreso del hogar?
 - ¿Ha firmado la solicitud?
 - ¿Ha incluido la verificación de ingresos – talonario de sueldo, declaración de beneficios, documentos fiscales, etc.?

Notificación Privada

El Departamento de Educación de Kentucky requiere que las escuelas tomen toda la información suya en este cuestionario. No es obligatorio dar la información, pero de no hacerlo no podemos determinar la elegibilidad del niño/a para otros programas federales que beneficiarían a su niño/a. Toda la información ofrecida queda privada y confidencial bajo las leyes que el estado provee. Sin embargo, compartiremos el estado socio económico suyo con otros estados y programas federales que ayudan a evaluar los fondos o determinar ciertos beneficios a sus programas, con auditores que repasan los programas, y con aquellos oficiales que imponen el cumplimiento de las leyes para que no haya incumplimiento de las normas. Todo estudiante registrado en "Community Eligibility Option" recibirá alimento sin costo alguno.

Aseveración No-Discriminatoria: En concordancia con política de las Leyes Federales y con el Departamento de Educación de E.U., ésta institución prohíbe discriminar por raza, color, nación de origen, sexo, edad o discapacidad. Para radicar una querrela por discriminación, escriba a: U.S. Department of Education, Office for Civil Rights, The Wanamaker Building, 100 Penn Square East, Suite 515, Philadelphia, PA 19107-3323 o llamar (215) 656-8541 (Voice). Personas con impedimentos de audición o discapacidad del habla pueden contactar a: U.S. DOE a través de Federal Relay Service at (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español). El Departamento de Educación de Estados Unidos ofrece igual oportunidad tanto como proveedor y como empleador.

NO LLENE ESTA PARTE. ES PARA EL USO DE LA ESCUELA SOLAMENTE

Annual Income Conversion: Weekly x 52; Every 2 Weeks x 26; Twice A Month x 24; Monthly x 12

Total Income: _____ Per: Week Every 2 Weeks Twice A Month Month Year Household size: _____

Eligibility: 150% poverty___ Special Education___ Head Start ___ Over Income ___

Comments: _____

Preschool Coordinator: _____ Date: _____

Secretary/Office Assistant Signature: _____ Date: _____

INSTRUCTIONS FOR APPLYING

- 1. WHO SHOULD I INCLUDE AS MEMBERS OF MY HOUSEHOLD?** You must include all people living in your household, related or not (such as grandparents, other relatives, or friends) who share income and expenses. You must include yourself and all children living with you. If other people living in your household are economically independent (for example, people who you do not support, who do not share income with you or your children, and who pay a pro-rated share of expenses), do not include them.
- 2. WHAT IF MY INCOME IS NOT ALWAYS THE SAME?** List the amount that you normally receive. For example, if you normally make \$1000 each month, but you missed some work last month and only made \$900, put down that you make \$1000 per month. If you normally get overtime, include it, but do not include it if you only work overtime sometimes. If you have lost a job or had your hours or wages reduced, use your current income.
- 3. WE ARE IN THE MILITARY. DO WE INCLUDE OUR HOUSING ALLOWANCE AS INCOME?** If you get an off-base housing allowance, it must be included as income. However, if your housing is part of the Military Housing Privatization Initiative, do not include your housing allowance as income.
- 4. MY SPOUSE IS DEPLOYED TO A COMBAT ZONE. IS HIS/HER COMBAT PAY COUNTED AS INCOME?** No, if the combat pay is received in addition to his/her basic pay because of his/her deployment and it wasn't received before s/he was deployed, combat pay is not counted as income. Contact the Early Childhood Office for more information.
- 5. WHAT DOCUMENTS CAN I PROVIDE TO VERIFY MY INCOME?** Individual Income Tax Form 1040, W-2 forms, pay stubs dated within the last month, written statements from employers, monthly SSI statements, or documentation showing current status of recipients of public assistance.

Part 1: All Household Members (**a household member is any child or adult living with you**): All applicants should complete this part. List the name of each household member, the name of the school each child attends, and the child's grade. If the child is a foster child, check the box for foster child. If a household member has no income, check the box for no income. All household members, including foster children, should be included here. If you need additional space, attach a separate piece of paper.

IF YOUR CHILD IS **HOMELESS, A MIGRANT OR A RUNAWAY**, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS.

Part 2: Check the appropriate category.

Part 3: Skip this part.

Part 4: Sign the form.

IF YOU HAVE **FOSTER CHILD(REN) ONLY**, FOLLOW THESE INSTRUCTIONS. YOU DO **NOT** NEED TO FILL OUT A SEPARATE FORM FOR EACH FOSTER CHILD IN YOUR HOUSEHOLD. (IF THERE ARE BOTH FOSTER CHILDREN AND NON-FOSTER CHILDREN IN YOUR HOUSEHOLD, FOLLOW THE INSTRUCTIONS BELOW FOR ALL OTHER HOUSEHOLDS).

If **all** children in the household are marked as foster children in Part 1:

Part 2: Skip this part.

Part 3: Skip this part.

Part 4: Sign the form.

ALL OTHER HOUSEHOLDS, including WIC households, households with non-foster children and households with both foster children and non-foster children, follow these instructions:

Part 2: Skip this part.

Part 3: Follow these instructions to report total household income from this month or last month.

- **Section 1–Name:** List all household members who have income.
- **Section 2 –Gross Income and How Often It Was Received:** List the income for each household member. Check the box to tell us how often the person receives the income—weekly, every other week, twice a month, or monthly.
 - **Earnings from work:** List the **gross income**, not the take-home pay. Gross income is the amount earned *before* taxes and other deductions. You should be able to find it on your pay stub or your boss can tell you. Net income should *only* be reported for self-owned business, farm, or rental income.
 - **Welfare, Child Support, Alimony:** List the amount each person receives, and check the box to tell us how often.
 - **Pensions, Retirement, Social Security, Supplemental Security Income (SSI), Veteran's benefits (VA benefits), and disability benefits.** List the amount each person receives, and check the box to tell us how often they receive it.
 - **All Other Income:** List Worker's Compensation, unemployment or strike benefits, regular contributions from people who do not live in your household, and any other income received weekly, every other week, twice a month, or monthly. Do not include income from KTAP, SNAP, WIC, federal education benefits and foster payments received by your family from the placing agency.
 - If you are in the Military Privatized Housing Initiative or get combat pay, do not include these allowances as income.

Part 4: An adult household member must sign the form. Please include your address and phone number in the event the Preschool Coordinator has a question about your information.