

NRCA, Inc.
 Inicio de cabeza de
 Floyd
 120 Epperly Mill Rd.
 Floyd, VA 24091
 540-745-2120



Escuelas públicas del
 condado de Floyd
 Iniciativa preescolar de
 Virginia (VPI)
 140 Harris Hart Rd. nordeste
 Floyd, VA 24091
 540-745-9400



Área de asistencia al jardín de
 infantes:
 ___ Marque ___ Floyd
 ___ Valle Indio ___ Willis

Solicitud de preescolar del condado de

Nombre completo del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ () Macho femenino

física : _____ Dirección postal: _____
 (si es diferente del físico)

Indicaciones para llegar a casa. *Incluya los números de ruta y los puntos de referencia importantes.* _____

Por favor enumere los programas preescolares/de cuidado infantil actuales y pasados a los que ha asistido su hijo: _

Información de padres/tutores

1) Nombre: _____ Relación: _____ Vive con el niño: ___ Sí ___ No

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Educación (Marque el nivel más alto alcanzado)	Empleo	Programa escolar/de formación
___ Sin GED ___ GED o ___ Diploma de escuela secundaria ___ Alguna universidad ___ Asociados ___ Solteros o superior de lista : _____	Empleador: _____ de teléfono : _____ ___ Tiempo completo medio Tiempo ___ Desempleado	___ Asistiendo a tiempo completo ___ Asistiendo a tiempo parcial Dónde: _____ ___ No está matriculado en la escuela

2) Nombre: _____ Relación: _____ Vive con el niño: ___ Sí ___ No

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Educación (Marque el nivel más alto alcanzado)	Empleo	Programa escolar/de formación
___ Sin GED ___ GED o ___ Diploma de escuela secundaria ___ Alguna universidad ___ Asociados ___ Solteros o superior de lista : _____	Empleador: _____ de teléfono : _____ ___ Tiempo completo medio Tiempo ___ Desempleado	___ Asistiendo a tiempo completo ___ Asistiendo a tiempo parcial Dónde: _____ ___ No está matriculado en la escuela

Selección de programa

Por favor considere a mi hijo para los siguientes programas. Por favor indique las opciones 1ª, 2ª, 3ª y 4ª.

___ Escuelas públicas del condado de Floyd Iniciativa preescolar de Virginia (VPI) (que brinda educación infantil temprana para niños de 4 años en la escuela pública con jornada **escolar completa**) *Se puede proporcionar transporte

___ Head Start Preescolar en la escuela pública (que brinda servicios familiares integrales y educación infantil temprana para niños de 4 años).

niños con jornada escolar **completa**)

_____ **Preescolar Head Start ubicado en Epperly Mill Rd.** (brindando servicios integrales para la familia y educación infantil para niños de 3 y 4 años jornada escolar **completa**)

_____ **Preescolar de entrega mixta a través de las regiones listas del suroeste de Virginia** (ofreciendo educación infantil temprana para 3 y 4 años

estudiantes de un año con horas de día **COMPLETO** en Copper Hill Daycare)

Si mi hijo no es aceptado en la primera opción, considere a mi hijo para otros programas. ()Sí No

Información familiar adicional

1. Otras personas que viven en el hogar (incluidos todos los hermanos); relacionados por sangre, matrimonio o adopción
(Nombre) (Fecha de nacimiento) (Relación)

2. Su ingreso anual total de su hogar:

(Head Start, United Way y VPI necesitarán verificación de ingresos de los últimos 12 meses)

()\$0-\$15,000 ()\$16,000- \$25,000 ()\$26,000-\$32,000 ()\$33,000-\$40,000 ()\$41,000-\$50,000

()\$51,000-\$60,000 ()\$61,000-\$70,000 ()\$71,000-\$80,000 ()\$81,000 y más: \$ _____

(por favor enumere)

3. ¿Recibe (marque todo lo que corresponda): () TANF; () ISS; () Beneficios SNAP; () Medicaid; () Asistencia para la vivienda

4. ¿Tiene su hijo alguna necesidad especial que debemos tener en cuenta, como por ejemplo: (marque todas las que correspondan)?

() Retraso en el desarrollo () Trastornos del habla/lenguaje () TDAH

() Autismo () Lesión cerebral traumática () ODD; TOC

() Discapacidad visual () Discapacidad auditiva () Discapacidad ortopédica o limitaciones físicas

() Otro: _____

5. ¿Recibe su hijo servicios educativos individualizados o tiene un IFSP o IEP vigente en las Escuelas Públicas del Condado de Floyd?

() Sí No

6. ¿Tiene su hijo alguna afección de salud crónica o problema de desarrollo que haya visto o esté viendo actualmente? un especialista para? (marque todo lo que corresponda)

() Alergias; () Condición de Salud Crónica; () Medicación prescrita; () Preocupación por el desarrollo

Si marcó una condición, explique: _____

7. En los últimos 12 meses, su familia ha experimentado: (marque todo lo que corresponda)

() violencia doméstica () encarcelamiento () falta de alimentos () participación de CPS () abuso de sustancias

() falta de vivienda debido a dificultades económicas () pérdida de empleo () recibir servicios de salud mental

() otro: _____

8. El niño es un niño de crianza: () Sí No

9. ¿ Idioma principal que se habla en casa? _____

¿Algún otro idioma en el hogar? _____

10. Transporte: ¿Tiene alguna manera de llevar y traer a su hijo a la escuela todos los días? () Sí No

(Disponible sólo en programas específicos)

11. ¿Cómo se enteró de nuestro programa? _____

Head Start, Ready Regions of Southwest Virginia y las escuelas públicas del condado de Floyd toman en consideración una serie de factores para determinar la elegibilidad, como los ingresos del hogar, la edad del niño, el número de personas en el hogar y las necesidades de la familia. Esta información se considerará junto con otra información compartida con nuestro personal durante el proceso de solicitud para determinar la elegibilidad para servir mejor a su familia.

Al firmar la solicitud a continuación, autorizo la divulgación de toda la información médica, dental, educativa y de desarrollo para ser compartida por Head Start, Ready Regions of Southwest Virginia y las Escuelas Públicas del Condado de Floyd. Entiendo que hay espacios limitados disponibles en todos los programas.

Firma del padre/tutor Fecha

Firma del personal Fecha

(solicitud en línea)