



Solicitud de preescolar de 3 años 2025-2026

Elegibilidad por fecha de nacimiento 2/9/2021- 1/9/2022

Apellido del niño _____ Nombre _____ Fecha de nacimiento ___/___/___

Padre/tutor que registra _____ Número de teléfono (____) _____

Indique su preferencia por clasificación: 1=1ª opción, 2=2ª, 3=3ª, etc.

Preescolar para 3 años

Todas las clases son en el Centro de Educación Central.

3 Días:

_____ L/M/V AM – 8:30-11 a.m.

_____ L/M/V PM – 12:30-3 p.m.

2 Días:

_____ M/J AM – 8:30-11 a.m.

_____ M/J PM – 12:30-3 p.m.

Al firmar a continuación, entiendo y reconozco cada uno de los siguientes:

- Todos los programas de aprendizaje temprano tienen tarifas. Las becas están disponibles para aquellos que califiquen y completen la documentación de solicitud necesaria.
- Mi hijo debe estar completamente entrenado para ir al baño al comienzo de la escuela, a menos que se aplique una exención médica/de desarrollo previamente otorgada.
- La prioridad se basa en la necesidad demostrada, la disponibilidad de transporte y otros factores familiares. La inscripción no está garantizada.
- Esta solicitud no estará completa hasta que se envíen todos los componentes.
- Se requiere una evaluación de la temprana edad para participar en este programa. Para programar una evaluación, llame al 612-243-3048, envíe un correo electrónico a ecsreening@rpsmn.org o programe en línea en richfield.ce.eleyo.com.
- Todos los horarios escolares están determinados por una serie de factores a nivel del distrito y están sujetos a cambios.
- Este programa cumple con las pautas y procedimientos descritos en el Manual para padres de aprendizaje temprano. Las pautas y procedimientos del programa están sujetos a cambios.

Firma del padre: _____ Fecha: _____

Presente su solicitud en línea en richfield.ce.eleyo.com o devuelva la solicitud completa al Centro de Educación Central

7145 Harriet Ave S Richfield MN 55423 ~ Teléfono:(612) 243-3007 ~ Fax:(612) 243-3067 ~ earlylearning@rpsmn.org

Solo para uso de oficina

Fecha de recepción: _____ Marca de tiempo:

_____ Iniciales: _____

Elegibilidad para becas

¡Responda estas preguntas para ver si su hijo puede ser elegible para una beca que pueda compensar el costo del preescolar!

¿Cuántas personas hay en su hogar? Incluya a todos los adultos, niños y bebés _____

¿Cuál es el ingreso anual de su hogar? _____

UTILICE ESTA TABLA PARA DETERMINAR EL NIVEL Y EL COSTO DE SU MATRÍCULA

La elegibilidad para preescolar gratuito o de precio reducido también puede basarse en otros factores

TAMAÑO DEL HOGAR	Nivel 1 (ingreso anual) Beneficios educativos	Nivel 2 (ingreso anual)	Nivel 3 (ingreso anual)
2	\$0 - \$37,814	\$37,815 - \$49,053	\$49,054 +
3	\$0 - \$47,767	\$47,768 - \$61,968	\$61,969 +
4	\$0 - \$57,720	\$57,721 - \$74,880	\$74,881 +
5	\$0 - \$67,673	\$67,674 - \$73,160	\$73,161 +
6	\$0 - \$77,626	\$77,627 - \$100,704	\$100,705 +
MATRÍCULA MENSUAL (todos los programas son de medio día)			
Preescolar de tres años, 2 días por semana	\$0	\$120	\$160
Preescolar de tres años, 3 días por semana	\$0	\$172.50	\$230



Escuela _____

Nombre legal estudiante _____
(apellido(s)) (nombre) (segundo nombre) (grado a cursar)

Fecha de nacimiento ____/____/____ Sexo al nacer: Hombre Mujer Identidad de género (opcional) _____
Mes Día Año

Dirección _____
(número y nombre de la calle) (número apartamento) (ciudad) (estado) (código postal)

El estado de Minnesota exige que hagamos esta pregunta. Las respuestas ayudan a determinar la financiación y los recursos para los estudiantes de inglés en nuestras escuelas. No necesitamos ningún tipo de documentación ni compartimos las respuestas a esta pregunta.

Lugar de nacimiento _____ Si es distinto de los EEUU, ¿en qué mes/año se mudó a los EEUU? _____

Idioma del hogar _____ ¿Padres en servicio militar activo? Sí No ¿Está el estudiante sin hogar? Sí No

¿Estudió antes en Richfield? Sí No ¿Ha asistido el/la estudiante a otra escuela en Minnesota? Sí No

Última escuela a la que asistió _____
(nombre de la escuela) (ciudad) (estado) (código postal)

¿Se ha identificado al/a la estudiante para alguno de estos servicios?

Plan 504 Estudiante del idioma inglés Dotado y talentoso Título I

Educación especial – ¿Tiene un IEP/IFSP? Sí No En caso afirmativo, marque lo siguiente:

Emocional/Comportamiento (EBD) Discapacidad de aprendizaje (SLD)

Trastorno del espectro del autismo (ASD) Otro _____

Sólo para el kínder:

¿Ha hecho la evaluación de desarrollo preescolar? Sí No

En caso afirmativo, ¿dónde? _____

¿Asistió a un programa de preescolar?

Sí No

En caso afirmativo, ¿dónde? _____

Padre/Tutor legal (1) _____
(apellido(s)) (nombre) (inicial 2nd nombre)

Fecha de nacimiento _____ Relación con el/la estudiante _____ Email _____

Dirección _____ ¿Vive el/la estudiante con usted? Sí No

Teléfono de casa (____) _____ Teléfono de celular (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Empresa/Patrón: _____

Padre/Tutor legal (2) _____
(apellido(s)) (nombre) (inicial 2nd nombre)

Fecha de nacimiento _____ Relación con el/la estudiante _____ Email _____

Dirección _____ ¿Vive el/la estudiante con usted? Sí No

Teléfono de casa (____) _____ Teléfono de celular (____) _____ Teléfono del trabajo (____) _____

Empresa/Patrón: _____

Apellido(s)	Nombre	Inicial	Fecha Nacimiento Mes/Día/Año	legales mencionados anteriormente	(si es aplicable)	Grado

Las regulaciones y estatutos de Minnesota requieren que el distrito escolar mantenga la información personal de los estudiantes al día. Dicha información formará parte del archivo permanente de un estudiante y estará disponible para los miembros pertinentes del personal del Distrito 280. Cierta información conocida como "directory information", que incluye el nombre del estudiante, la escuela a que asiste, su grado, el nombre de los padres, dirección y teléfono, esta disponible para las personas que reclutan en la milicia y para el publico en general a menos que el distrito reciba una solicitud por escrito de uno de los padres pidiendo que no comparta dicha información. La política de las Escuelas Públicas de Richfield sobre la Privacidad de los archivos de los estudiantes está disponible en www.richfieldschools.org.

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ DESCRITA ES CORRECTA.

Firma padre/tutor legal _____ Fecha _____

OFFICE USE ONLY:

Student ID number: _____ Start date: _____ School number: _____ Last locn code: _____

Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota

Minnesota es el hogar de hablantes de más de 100 idiomas diferentes. La capacidad de hablar y entender varios idiomas es valorada. La información que usted proporcione será utilizada por el distrito escolar para ver si su estudiante es multilingüe. En Minnesota, los estudiantes que son multilingües pueden calificar para un sello multilingüe tras una previa evaluación. Además, la información que usted provea determinará si su estudiante debe tomar una prueba de habilidad del idioma inglés. Basado en los resultados de la prueba, su estudiante puede tener derecho a instrucción de desarrollo del idioma inglés. **El acceso a la instrucción es requerido por la ley federal y estatal. Como padre o tutor, usted tiene el derecho de rechazar la instrucción de clases de Aprendiz de Inglés (English Learner) en cualquier momento.** Cada estudiante que se matricula debe recibir la Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota durante la inscripción. La información solicitada en este formulario es importante para poder servir a su estudiante. Su ayuda para completar la Encuesta sobre los Idiomas de Minnesota es muy apreciada.

Información del estudiante	
Nombre completo del estudiante: (Apellido, Nombre, Segundo Nombre)	Fecha de nacimiento o identificación del estudiante

	Marque la frase que mejor describe a su estudiante:	Indique el (los) idioma (s) aparte del inglés en el espacio provisto:
1. Mi estudiante primero aprendió:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	
2. Mi estudiante habla:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	
3. Mi estudiante entiende:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	
4. Mi estudiante tiene una interacción consistente con:	___ idioma(s) aparte del inglés. ___ inglés e idioma(s) aparte del inglés. ___ solo inglés.	

El uso del lenguaje por sí solo no identifica a su estudiante como aprendiz de inglés. Si se indica un idioma que no sea el inglés, se evaluará a su hijo para determinar el dominio del idioma inglés.

Información del padre/tutor	
Nombre del padre/tutor (en letra de imprenta):	
Firma del padre/tutor	Fecha:

* Todos los datos en este formulario son privados. Solo se compartirán con el personal del distrito que necesite dicha información para atender mejor a su estudiante y para los informes requeridos legalmente sobre el idioma del hogar y elegibilidad del servicio al Departamento de Educación de Minnesota. En el distrito y en el Departamento de Educación de Minnesota, esta información no se compartirá con otras personas o entidades, excepto si están autorizadas por ley estatal o federal para acceder a la información. El cumplimiento de esta solicitud de información es voluntario.

2019-20 Formulario de designación demográfica racial y étnica

Nombre del estudiante: _____ Segundo nombre/inicial del estudiante: _____

Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: _____

Distrito: _____ Escuela: _____

Las escuelas están obligadas a remitir determinada información de etnicidad y raza al estado y al Departamento de Educación de EE. UU. Debido a cambios recientes en la ley estatal de Minnesota, Minnesota desglosa cada categoría en grupos detallados para ampliar la representación de nuestras poblaciones de estudiantes. Los progenitores o tutores no tienen que contestar a las preguntas federales (**en negrita**) para sus hijos. Si decide no contestar a las preguntas federales (**en negrita**), la ley obliga a las escuelas a hacerlo por usted. Esto es un último recurso. Preferimos que sean los progenitores o tutores quienes rellenen el formulario. Las preguntas del estado están marcadas como "Opcionales" y las escuelas no rellenan esta información por usted.

Esta información ayuda a mejorar la enseñanza y el aprendizaje a todos y nos ayuda a identificar y a defender con precisión a estudiantes con pocos recursos. La información recopilada en este formulario se considera información privada. Puede consultar el aviso de privacidad para aprender más acerca del objetivo de recopilar esta información, cómo se utilizará o no se utilizará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados. El aviso de privacidad se encuentra en la sección de [Preguntas Más Frecuentes: Formulario de designación étnica y racial](#)

¿El estudiante es Hispano/Latino, según la definición del gobierno federal? La definición federal incluye personas de cultura u origen Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, Americano Central o del Sur, u otro Español, independientemente de la raza.¹ [Debe seleccionar "sí" o "no" a esta pregunta].

Sí [Si sí, vaya a la Pregunta A].

No [Si no, vaya a la Pregunta 1].

Pregunta opcional A: Si seleccionó sí anteriormente, seleccione lo que corresponda de la siguiente lista (el personal de la escuela no responderá a esta pregunta):

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Prefiero no indicar | <input type="checkbox"/> Guatemalteco | <input type="checkbox"/> Salvadoreño | <input type="checkbox"/> Otro Hispano/Latino |
| <input type="checkbox"/> Colombiano | <input type="checkbox"/> Mexicano | <input type="checkbox"/> Español/American | <input type="checkbox"/> Desconocido |
| <input type="checkbox"/> Ecuatoriano | <input type="checkbox"/> Puertorriqueño | <input type="checkbox"/> Español | |

Vaya a la Pregunta 1.

[Seleccione "sí" como mínimo a una de las siguientes Preguntas (1-6)].

Pregunta 1: ¿Se identifica el estudiante como Indio Americano o Nativo de Alaska, según la definición del estado de Minnesota? La definición del estado de Minnesota incluye a personas que tienen ascendencia de cualquiera de los pueblos originales de Norteamérica que mantienen identificación cultural mediante afiliación tribal o reconocimiento comunitario. [Esta pregunta es necesaria para calcular ayudas/financiación estatal].

Sí [Si sí, vaya a la Pregunta 1a]

No [Si no, vaya a la Pregunta 2]

Pregunta opcional 1a: Si seleccionó sí anteriormente, seleccione lo que corresponda de la siguiente lista (el personal de la escuela no responderá a esta pregunta):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> <input type="checkbox"/> Prefiero no indicar | <input type="checkbox"/> Cherokee | <input type="checkbox"/> Otra Afiliación Tribal Indio |
| <input type="checkbox"/> Anishinaabe/Ojibwe | <input type="checkbox"/> Dakota/Lakota | <input type="checkbox"/> Desconocido |

Vaya a la Pregunta 2.

¹Federal Register, Vol. 72, No. 202/Friday, October 19, 2007/Notices/59274

Pregunta 2. ¿El estudiante es Indio Americano de Sudamérica o América Central?

Sí [Vaya a la Pregunta 3].

No [Vaya a la Pregunta 3].

Pregunta 3. ¿El estudiante es Asiático, según la definición del gobierno federal? Esta definición federal incluye a personas de ascendencia de cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Asia Suroriental, o el continente indio, incluidos, por ejemplo, Camboya, China, India, Japón, Corea, Malasia, Paquistán, Filipinas, Tailandia y Vietnam.

Sí [Si sí, vaya a la Pregunta 3].

No [Si no, vaya a la Pregunta 4]

Pregunta opcional 3a: Si seleccionó sí anteriormente, seleccione lo que corresponda de la siguiente lista (el personal de la escuela no responderá a esta pregunta):

Prefiero no indicar.

Chino

Karen

Otro Asiático

Indio Asiático

Filipino

Coreano

Desconocido

Birmano

Hmong

Vietnamita

Vaya a la Pregunta 4.

Pregunta 4. ¿El estudiante es negro o Americano Africano, según la definición del gobierno federal? La definición federal incluye personas de ascendencia de cualquiera de los grupos raciales negros de África.¹

Sí [Si sí, vaya a la Pregunta 4a].

No [Si no, vaya a la Pregunta 5]

Pregunta opcional 4a. Si seleccionó sí anteriormente, seleccione lo que corresponda de la siguiente lista (el personal de la escuela no responderá a esta pregunta):

Prefiero no indicar

Otro-Etíope

Somalí

Americano-Africano

Liberiano

Otro negro

Oromo-Etíope

Nigeriano

Desconocido

Vaya a la Pregunta 5.

Question 5. Is the student Native Hawaiian or Other Pacific Islander as defined by the federal government? The federal definition includes persons having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands.¹

Yes [Go to Question 6.]

No [Go to Question 6.]

Pregunta 5. ¿El estudiante es Hawaiano Nativo u Otro Isleño del Pacífico, según la definición del gobierno federal?

La definición federal incluye a personas de ascendencia de cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa y otras Islas del Pacífico.

Yes

No

Nombre del progenitor/tutor _____ Fecha _____

Firma del progenitor/tutor _____

El objetivo de recopilar cada grupo, cómo se utilizará o no se utilizará la información, y cómo se identificaron los grupos más detallados se puede consultar en el documento adjunto de Preguntas Más Frecuentes.

1Registro Federal, Vol. 72, No. 202/Viernes, 19 de octubre de 2007/Avisos/59274



Nombre del Estudiante _____ Fecha de Nacimiento ____/____/_____
(Apellido, Primer Nombre, Inicial del Segundo Nombre)

Condiciones de Salud: ___ No preocupaciones ___ No medicamentos y/o procedimientos de salud en la escuela

(Pase a la parte de atraz si no necesita compartir más información.)

<input type="checkbox"/> Alergias - Tipo(s) Especifico(s) _____	<input type="checkbox"/> ADHD - Tipo ____ Desatento ____ Hiperactivo ____ Combinación	<input type="checkbox"/> Epilepsia/Convulsiones - Tipo _____
<input type="checkbox"/> Asthma - Tipo/Que lo Provoca _____	<input type="checkbox"/> Oído/Preocupación con la Audición _____ audifono(s)/aparato	<input type="checkbox"/> Ojos/Preocupación con la Visión _____ lentes correctivos
<input type="checkbox"/> Diabetes ____Tipo 1 ____Tipo 2	<input type="checkbox"/> Alergia de Comida - Especificar _____	<input type="checkbox"/> Intolerancia de la Comida - Especifique _____

- ___ Mi niño-a tiene un Plan de Acción actual de Anafilaxia. ___ Esto está adjunto.
- ___ Mi niño-a tiene un Plan de Acción actual de Asthma ___ Esto está adjunto.
- ___ Mi niño-a tiene un Plan Médico/Tratamiento de Diabetes. ___ Esto está adjunto.
- ___ Mi niño-a tiene un Plan de Acción actual para Convulsiones. ___ Esto está adjunto.

Comentarios adicionales de cualquier preocupación de salud indicados en la parte de arriba o que no se encuentren en la lista:

___ Mi niño-a tiene restricciones de actividades a largo plazo. ___ Una nota del proveedor de salud está adjunta.

Procedimiento

___ Mi niño-a necesita el(los) siguiente(s) procedimiento(s) realizados durante el día escolar.

*Se requiere un **Formulario de Consentimiento de Procedimiento de Atención Médica** para cada procedimiento no indicado en los planes de acción enumerados anteriormente. Un formulario de consentimiento para el procedimiento de atención médica está disponible en el sitio web de RPS: Familias> Recursos familiares> Servicios de salud.*

Medicamento

___ Mi niño-a toma el(los) siguiente medicamento(s) durante el día escolar -medicamento (s)/razone(s): _____

___ Mi niño-a toma el(los) siguiente(s) medicamentos en casa - (medicamentos (s)/razon(es): _____

*Se necesitará un **Formulario de Consentimiento de Administración de Medicamentos** para cada medicamento. El formulario está disponible en el sitio web de RPS en Familias> Recursos familiares> Servicios de salud. (Un recetador autorizado puede enviar el consentimiento de medicamentos en lugar de este formulario, siempre que se incluya toda la información requerida. También se requiere la autorización del padre / representante).*

___ Mi hijo-a tiene la autorización de un medico autorizado para llevar y auto-administrarse, si es posible el siguiente medicamento(s): _____

Formulario de Consentimiento del Médico Administrador será necesaria para cada medicamento.

___ Mi hijo-a está en la escuela secundaria y tiene permiso para llevar/administrar el siguiente medicamento para aliviar el dolor(es) de manera consistente con la etiqueta del producto _____

Note: El Distrito puede revocar el privilegio de un estudiante de poseer y usar analgésicos sin receta si el distrito determina que el estudiante está abusando del privilegio. Mi hijo comprende el uso, la acción prevista y los posibles efectos secundarios de los medicamentos. La firma del padre / tutor sirve como consentimiento.

___ **Mi hijo ha recibido una o más vacunas en el último año. (Listar o adjuntar)** _____
___ **Mi hijo tuvo esta enfermedad, lesión, cirugía, hospitalización en el último año:** _____

En caso de enfermedad o lesión en la que se considera que un estudiante no puede continuar el día en la escuela, se contactará a un padre/Representante/persona de emergencia designada. Los estudiantes no serán enviados a casa por su cuenta sin el permiso de los padres/representantes. Si necesita la asistencia del personal de primeros auxilios y se determina que un estudiante requiere transporte a un centro médico sin demora, se notificará a los padres/representantes.

Entiendo que esta información se compartirá en base a la necesidad de saber/derecho a saber con el personal de la escuela para proteger la salud y la seguridad de mi hijo.

Si a su hijo se le diagnostica una condición de salud física y / o mental, su hijo puede ser elegible para un Plan de la Sección 504 que contenga adaptaciones, modificaciones o servicios. Si desea reunirse o tener una conferencia telefónica para dialogar un posible Plan 504 para su hijo, comuníquese con la escuela de su hijo.

Firma del Padre/Representante _____ Fecha _____

Nombre del Padre/Representante: _____	Relación con el estudiante _____	
Telefono 1 _____	Telefono 2 _____	Telefono 3 _____
Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Work (Marque uno)
Correo Electronico _____		

Nombre del Padre/Representante: _____	Relación con el estudiante _____	
Teléfono 1 _____	Teléfono 2 _____	Teléfono 3 _____
Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)
Correo Electronico _____		

Nombre del Contacto de Emergencia 1: _____	Relación con el estudiante _____	
Telefono 1 _____	Telefono 2 _____	Telefono 3 _____
Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)
Correo Electronico _____		

Nombre del Contacto de Emergencia 2: _____	Relación con el estudiante _____	
Telefono 1 _____	Telefono 2 _____	Telefono 3 _____
Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)	Celular Casa Trabajo (Marque uno)
Correo Electronico _____		

Box is for Administrator Use Only:

Program Name: Richfield Public Schools

Application Fiscal Year: 2026

How did the child meet income eligibility requirements? Free & Reduced Price Lunch

Solicitud suplementaria de Beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II

Complete este formulario con tinta. La información marcada con un asterisco (*) debe ser llenada obligatoriamente por el padre/la madre o el tutor. Si cualquier pregunta se deja en blanco, el padre/la madre o el tutor deberá corregir la solicitud personalmente o por correo.

Información del menor

*Nombre legal del menor: _____
Primero *segundo* *apellido*

*Fecha de nacimiento del menor: _____
MM/DD/AAAA

Origen étnico (*marque uno*): Hispano/latino No hispano/No latino

Raza (*marque todo lo que*) Indio americano o nativo de Alaska Asiático Negro o afroamericano
 Isleño del Pacífico o nativo hawaiano Blanco

Si usted presenta una solicitud para más de un niño, use la página adicional que hay al final de la solicitud.

Información del padre/la madre/el tutor legal

El padre/la madre o el tutor legal debe llenar esta sección.

Nota: Si cualquiera de los niños se encuentra bajo cuidado de acogida, pase por alto esta sección y llene la sección titulada “Información del cuidado de acogida” al final de esta solicitud.

¿Cómo se enteró de las Becas de aprendizaje en la primera infancia? Marque todo lo que corresponda.

- Mi programa Amigo/Familia Otra familia en mi programa Administrador de Área
- Socio comunitario (como una biblioteca) Redes sociales (Facebook, Twitter) Investigación en línea
- Parent Aware/Child Care Aware Proveedor de servicios tribal, del condado o estatal Folleto/anuncio
- Otro/a: _____

¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado? Marque uno.

- Menos de la secundaria completa Secundaria o GED Algo de universidad, sin diploma Diploma universitario

¿Cuál es su condición de empleo actual? Marque uno.

- Empleado a tiempo completo (25 o más horas/semana)
- Empleado a tiempo parcial (menos de 25 horas/semana)
- Desempleado, busca empleo Desempleado, no busca empleo

¿Qué idioma habla más su familia en la casa?

- Inglés Hmong Somalí Español Vietnamita

Otro/a: _____

¿Necesita un intérprete? Sí No

Acuerdo de cumplimiento de requisitos

Al firmar esta solicitud, usted confirma que ha leído, comprendido y aceptado los requisitos y los elementos indicados a continuación del Programa de becas de aprendizaje en la primera infancia.

- La información que contiene esta solicitud es veraz y se ha reportado el ingreso de todos los miembros del grupo familiar. Si declaro información falsa deliberadamente, mi hijo puede perder la beca y es posible que yo deba reembolsar al estado los fondos que se hayan pagado.
- **Mi hijo de 3 a 5 años de edad** deberá hacerse una evaluación de la primera infancia dentro de los 90 días calendario de concurrir a un programa seleccionado que utiliza una beca. Si mi hijo recibe una beca entre el nacimiento y los 2 años de edad, deberá hacerse la evaluación entre de los 90 días siguientes a su tercer cumpleaños.
- Mi hijo seguirá siendo elegible para recibir una beca hasta el 31 de agosto del año en que sea elegible para asistir al Kindergarten, o hasta que tenga 5 años de edad al 1 de septiembre, siempre que haya fondos estatales disponibles.
- Notificaré al programa Pathway II cuando mi hijo deje de asistir al programa donde utilizamos una beca.
- Notificaré al programa Pathway II si me mudo a otro domicilio o cambia mi información de contacto.
- Se espera que la concurrencia sea regular y constante. Las Becas de aprendizaje en la primera infancia no pueden pagar más de 25 días de ausencia, 10 días de cierre previstos y 11 días feriados del programa. Las ausencias superiores a 25 días no serán cubiertas por las becas y yo deberé pagar los cargos de mi propio bolsillo.
- Si el programa deja de participar en Parent Aware, es posible que yo no pueda continuar usando la Beca de aprendizaje en la primera infancia para ese programa.
- Si tengo un hogar de cuidado infantil que participa en Parent Aware, comprendo que no puedo utilizar la Beca de aprendizaje en la primera infancia de mi propio hijo en mi hogar de cuidado infantil con licencia.

Consentimiento requerido para compartir su información

A fin de participar en el programa de becas, usted debe dar su consentimiento a las siguientes declaraciones.

- El Administrador de Becas/Área puede compartir con el programa elegido el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y el sexo de mi(s) hijo(s), así como mi nombre y dirección tal como figuran en la solicitud, y también puede compartir todo monto de beca para el que mi hijo sea elegible y la fecha de adjudicación. Esto se necesita para garantizar la exactitud entre la solicitud e inscripción y la información que retiene el programa.
- El Administrador de Becas/Área puede compartir el nombre, la dirección, la fecha de nacimiento y el sexo de mi(s) hijo(s), así como mi nombre y dirección, tal como figuran en la solicitud, con: (1) mi distrito escolar local, con el propósito de asignar a mi hijo un número único de identificación estatal de estudiante (SSID, por las siglas en inglés) que será usado por el Administrador de Becas/Área y (2) el Departamento de Educación de Minnesota (MDE) para identificar a mi hijo y validar los pagos de la beca.
- El Departamento de Educación de Minnesota (MDE) puede compartir información sobre mí y la elegibilidad de mi(s) hijo(s) para las becas de otros programas y agencias gubernamentales, incluso, entre otros: el *Child Care Assistance Program* (CCAP - Programa de Asistencia para Cuidado de Menores), trabajadores de agencias sociales tribales o de condados, el MFIP (Programa de Inversión Familiar de Minnesota), el SNAP (Asistencia Alimentaria), el Head Start (Asistencia para la Primera Infancia), las comidas escolares gratuitas o a precio reducido y el *Child and Adult Care Food Program* (CACFP - Programa de Alimentos para el Cuidado de Menores y Adultos). Dichas agencias también pueden compartir información con el Departamento de Educación de Minnesota sobre mi elegibilidad y la de mi hijo para recibir asistencia. Dicha información puede usarse a fin de verificar la elegibilidad del ingreso de mi familia para becas y de supervisar el uso de becas y otros programas de asistencia pública.
Comprendo que mi consentimiento para compartir mi información permanecerá vigente por seis meses después del cese de mi beca.

- Los Administradores de Becas/Área pueden compartir información de esta solicitud con el MDE, incluso mi nombre y dirección, información demográfica, nivel de educación de los padres, información del ingreso, la elegibilidad de mi hijo para cualquier Beca de aprendizaje en la primera infancia y el monto de estas, el programa donde utilizo la beca, el número de SSID de mi hijo y el hecho de que yo haya cumplido o no los requisitos del programa. Se necesita dicha información para verificar la elegibilidad, implementar programas y cumplir la ley estatal que autoriza el programa.
- Para verificar que se haya realizado la evaluación, autorizo al Administrador de Becas/Área a contactar a la oficina del distrito escolar de mi hijo para comprobar el lugar y la fecha de la evaluación. La evaluación de mi hijo de 3 a 5 años de edad se realizó en el lugar indicado a continuación:

Hijo N.º 1: _____ Lugar: _____ Fecha: _____
 Hijo N.º 2: _____ Lugar: _____ Fecha: _____
 Hijo N.º 3: _____ Lugar: _____ Fecha: _____

Nota: *No tengo la obligación de dar mi consentimiento para compartir mi información. Pero, si decido no hacerlo, comprendo que mi(s) hijo(s) no serán elegibles para recibir una Beca de aprendizaje en la primera infancia. La información a revelarse no incluye los documentos de respaldo adjuntos a esta solicitud.*

Advertencia de Tennesen del Departamento de Educación de Minnesota

Este aviso aplica a toda la información recopilada para el programa de Becas de aprendizaje en la primera infancia. Explica qué información recopilaremos y por qué lo hacemos.

¿Qué información estamos solicitando?

Estamos pidiendo toda la información que se incluye en la solicitud de inscripción en el programa de Becas de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II. De conformidad con la ley de Minnesota, parte de esa información se considera como datos privados.

¿Por qué le pedimos esta información?

La información de esta solicitud se necesita para solicitar una Beca de aprendizaje en la primera infancia. Utilizaremos la información recopilada aquí, más toda información adicional relacionada, a fin de determinar la elegibilidad para el financiamiento. Se necesita dicha información para cumplir la ley estatal que autoriza el programa.

¿Tengo la obligación de proporcionar estos datos?

Usted no tiene ninguna obligación legal de proporcionar los datos solicitados; sin embargo, sin esos datos no podremos determinar la elegibilidad de su hijo, por lo que no recibirá una beca.

¿Quién más puede ver esta información?

Como se ha descrito en otra sección de esta solicitud, con su consentimiento informado y requerido, compartiremos su información con el programa que usted escoja, el distrito escolar de residencia y el Departamento de Educación de Minnesota. Si usted proporciona su consentimiento opcional, una entidad externa utilizará su información al evaluar la efectividad del programa de becas para el estado. Todas esas entidades, incluso el evaluador, están obligados a cumplir las leyes de prácticas de manejo de información y privacidad de Minnesota. Esas entidades no revelarán sus datos privados, salvo lo que se describe en este documento y en el consentimiento. El evaluador no debe compartir sus datos con nadie más, excepto el MDE. Puede que también proporcionemos los datos que usted declare al Auditor Legislativo, el Departamento de Servicios Humanos de Minnesota y/u otras agencias legalmente autorizadas a acceder a la información, así como a toda persona autorizada por una orden judicial.

¿De qué otra manera puede usarse esta información?

Podemos utilizar o revelar esta información solamente de la manera establecida en este aviso, a menos que usted nos otorgue una autorización escrita para revelar la información con otro fin o a otra entidad o persona. La información puede usarse con otro fin si el Congreso de los Estados Unidos o la Legislatura de Minnesota promulga una ley que autorice o exija otros usos.

¿Por cuánto tiempo se conservarán mis datos?

Sus datos se conservarán por un mínimo de siete años.

Consentimiento opcional: Revelación de información y participación en una evaluación

Marque con sus iniciales para confirmar que ha leído, comprende y acepta lo siguiente.

_____ El Administrador de Becas del Área o el MDE puede compartir información de mi solicitud, la elegibilidad de mi hijo y el monto de toda Beca de aprendizaje en la primera infancia, así como el programa donde utilizo mi beca, con evaluadores de programas autorizados por el MDE con el fin de analizar la manera en que se gastan los fondos, la manera en que se informa a las familias sobre el programa, el efecto del programa en el desarrollo de los niños o en su preparación preescolar, la calidad de los programas de aprendizaje en la primera infancia donde se utilizan las becas y otras evaluaciones que el MDE considera pertinentes. Ningún informe público incluirá información específica que identifique a ningún niño en particular.

Firma del padre/la madre/el tutor

Al firmar a continuación, usted acepta y confirma todo lo siguiente:

1. Confirmando que soy el padre, la madre o el tutor legal, que toda la información que contiene esta solicitud es veraz y que se ha declarado el ingreso de todos los miembros adultos del grupo familiar. Comprendo que, si declaro información falsa deliberadamente, mi(s) hijo(s) puede(n) perder la beca y es posible que yo deba reembolsar al estado los fondos que ya se hayan pagado.
2. Acepto los requisitos del programa descritos en la página del Acuerdo de cumplimiento de requisitos.
3. Acepto que mi información y/o la información de mi(s) hijo(s) se comparta tal como se describe en la página de Consentimiento requerido para compartir información.
4. Confirmando que he leído y comprendo la Advertencia de Tennessee.

Firma del padre/la madre o tutor legal

Las firmas deben escribirse con tinta, no con lápiz.

*Nombre legal del padre/la madre/el tutor: _____
Primero segundo apellido

*Firma: _____ *Fecha: _____
MM/DD/AAAA

Firma del padre/madre secundario(a) (opcional, no es obligatorio)

Nombre legal del padre/la madre/el tutor: _____

Firma: _____ Fecha: _____
MM/DD/AAAA

Firma del representante del programa

Reconozco que la información requerida en esta *Solicitud de beca de aprendizaje en la primera infancia – Pathway II* ha sido revisada y aprobada como veraz con el propósito de otorgar una beca Pathway II dentro de nuestro programa. También reconozco que hemos conversado sobre las opciones de Beca de aprendizaje en la primera infancia y los beneficios con la familia y que han aceptado la beca Pathway II de nuestro programa.

*Nombre del representante del programa: _____
Nombre Apellido

*Firma: _____ *Fecha: _____
MM/DD/AAAA

*Nombre del programa Pathway II: _____

*Fecha de inicio del programa:	*Fecha de inicio de la adjudicación:	*Monto de la adjudicación:
_____	_____	_____