



PreK Solicitud

Los estudiantes deben tener 4 años antes del 15 de agosto de 2026 para inscribirse.

La inscripción para El Prekínder se llevará a cabo en las escuelas con aulas de PreK el 6 de marzo de 2026 de 1:00pm a 3:00pm

Se necesitarán los siguientes elementos para registrarse:

- ___ Certificado de nacimiento del niño(a)
- ___ Tarjeta de Seguro Social del niño(a) (si disponible)
- ___ Registro de Tennessee de inmunización/físico actualizado del niño(a)
- ___ Identificación con foto del padre/tutor
- ___ Prueba de tutela legal si no es el padre/la madre
- ___ Dos pruebas de residencia en el Condado de Hamblen
(declaración de hipoteca, contrato de alquiler, factura de servicios públicos, etc)
- ___ Comprobante de ingresos si solicita clases de beca
(recibo de sueldo actual, W-2/declaración de impuestos, número de SNAP/TANF, etc.)

Tenga en cuenta: los estudiantes que se inscriban después de la fecha de inscripción deberán entregar las solicitudes completas a la escuela a la que les gustaría asistir.



Ubicaciones con PreK

**Fairview
Hillcrest
Lincoln Ele
Manley
Russellville
Union Heights
West Ele
Witt**

**Información para la Inscripción
PreK Año Escolar 26-27**

Opción PreK 1ª _____ Opción PreK 2ª _____ Opción PreK 3ª _____

Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Género M o F

Número de Seguro Social (si está disponible) _____ - _____ - _____

Raza (marque todas las que correspondan): Blanco Negro o Afroamericano Asiáticos
 Indio o Isleño del Pacífico Nativos de Hawái u otras islas del Pacífico

¿El niño es hispano/latino? Sí o No

Idioma del Hogar _____ Idioma Primario _____ Dominio limitado del Inglés Sí o No

¿Dónde se queda actualmente su hijo por la noche? Propietario de Casa o apartamento o alquilado por el padre/tutor Automóvil Campamento Vivienda inadecuada (sin electricidad, agua, corriente, etc.)
 Refugio Hotel/Motel Temporalmente viviendo con un familiar/amigo

Marque cualquiera que aplique: Plan 504 Migrantes Cuidado Temporal Plan de Educación Individualizado (IEP)

¿Su hijo(a) tiene una discapacidad diagnosticada? Sí o No En caso afirmativo, ¿qué tipo? _____

¿IEP de la Asociación de Educación Local? Sí o No ¿IEP adjunto? Sí o No

¿Su hijo ha asistido alguna vez a alguno de los siguientes? Head Start Cuidado Privado 1 Día de cuido
 Cuidado de Niños Familiar Preescolar Privado/Público

Nombre de la(s) escuela(s) o preescolar(es) a la(s) que asistió anteriormente: _____

Nombre de Padre/Tutor #1 _____

¿Relación? _____ ¿Vive con el/la estudiante? Sí o No

Idioma Principal _____ Militar activo/Reservas/Guardia Nacional Sí o No

Dirección Física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

Nombre del Empleador _____ Dirección del Empleador _____

Dirección de correo electrónico _____

Nombre de Padre/Tutor #2 _____

¿Relación? _____ ¿Vive con el/la estudiante? Sí o No

Idioma Principal _____ Militar activo/Reservas/Guardia Nacional Sí o No

Dirección Física _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono _____ Teléfono Celular _____ Teléfono del Trabajo _____

Nombre del empleador _____ Dirección del Empleador _____

Dirección de correo electrónico _____

Una copia de la orden judicial legal con respecto a la custodia actual del niño(a) debe estar archivada en la escuela si el/la estudiante no reside con ambos padres. Se requiere una orden de custodia legal de cualquier otro tutor que no sea uno de los padres.

Date/Time Received _____



Solo para uso oficial
Please Circle One
Income Eligible: Yes / No

If yes, and enrolled, student should be classified as (L) in student information system

2026-2027

La solicitud para decidir la elegibilidad de los ingresos para la investigación preescolar voluntaria

Rellenar este impreso NO resulta en la clasificación del estudiante para comidas escolares gratis y a precio reducido.

Nombre del Estudiante: _____ Fecha: _____

Número del Seguro Social de la Estudiante (optional): _____ Fecha de Nacimiento: _____
 (mes/día/año)

Nombre en letra de molde del solicitante o de uno de los padres: _____ Relación a estudiante (padre/madre) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de su casa: () _____ Teléfono de su trabajo: () _____ Número celular: () _____

Parte A - Información de la Familia
Por favor, lista información sobre su familia

Sección 1

| | Nombres de otros niños en su casa: | Fecha de Nacimiento | Nombre de Escuela | Grado |
|----|---|----------------------------|--------------------------|--------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |

Sección 2

| | Nombres de otros adultos en la casa: | Relación a estudiante (por ejemplo: padre/madre): |
|----|---|--|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |

Cuántas personas que viven en la casa: _____

Parte B - participación en el programa

Por favor, marca (✓) si su hijo/a o su familia participa en uno de esos programas (la documentación)

| (✓) | | (✓) | | (✓) | | (✓) | | Case # |
|-----|------------------|-----|-------------|-----|------------|-----|-----------------------|---------------|
| | Early Head Start | | Foster Care | | Migratorio | | Families First (TANF) | |
| | Head Start | | Sin Hogar | | | | Food Stamps / EBT | |
| | | | | | | | | |

Parte C - Suma de Ingresos de Hogar

Por favor, lista **TODOS LOS INGRESOS** de la familia y con qué frecuencia recibe.

Falsificación de la información de ingreso, residencia, o otras preguntas resulta en dimisión de la investigación.

Ingreso Instrucciones

De la lista debajo, por favor escriba El Código de los Ingresos en el espacio e indique el tipo de ingreso que recibe. También, por favor escriba el monto en un mes y multiplique el número de meses que recibe este tipo de ingreso. Calcule el total por un año.

| Codigo de los Ingresos | | | | | | | |
|------------------------|-----------------------------|----|--------------------|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| A. | Ingreso del trabajo | D. | Pension(es) | G. | Beneficios de Veteranos | J. | Ingresos del seguro de discapacidad |
| B. | Cheque for desempleo? | E. | El fondo de retiro | H. | Manutención de los hijos | K. | Otro - por favor, lista ↓ |
| C. | Compensación al Trabajadore | F. | Seguro Social? | I. | Alimentos | | |

| Nombre de Adulto | Empleador (si aplicable) | Codigo de Ingresos | Pago en un mes | Multiplica de: | Cuantos meses usted recibe este ingreso | Suma |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------|----------------|----------------|---|-------------|
| | | | \$ - | X | | \$ - |
| | | | \$ - | X | | \$ - |
| | | | \$ - | X | | \$ - |
| | | | \$ - | X | | \$ - |
| | | | \$ - | X | | \$ - |
| Suma de Ingresos en un año | | | | | | \$ - |

Parte D - Verificación de los Ingresos

Por favor marca (✓) todos que has presentado en sus comprobantes de ingreso.

| | | |
|--|--------------------------------|----------------------------------|
| Talón de pago/verificación de empleador | Retiro Documentación | Cuidado de crianza documentación |
| W-2 Forma | Seguro Social | SSI Documentación |
| Income Tax Forma 1040A or 1040 | Letra de los Veteranos | TANF Documentación |
| Desempleo Forma | Manutención de los hijos | AFDC / Public Assistance Payment |
| Documentación de Compensación al Trabajadore | Documentación de los Alimentos | TN Care Verificación |
| Pension(es) | Otro (Lista): → | |

Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que falsifico intencionalmente de los ingresos o la dirección puede resultar en dimisión de la programa Pre-K.

Nombre en letra de molde del solicitante: _____

SSN #: _____

Firma de solicitante: _____

Fecha: _____

Sólo por uso oficial. No escriba debajo de esta línea.

Name and Signature of LEA employee reviewing this application

I certify that I have examined the above income documentation and verification information.

Completed forms must be maintained in accordance with FERPA.

Printed Name / Title of LEA employee: _____

Signature of LEA employee: _____

Date Reviewed by LEA employee: _____