Machine Translated by Google

NRCA, Inc.
Floyd Head Start
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. NE
Floyd, VA 24091
540-745-9400

Área de asistencia del jardín de infantes:
____Cheque _____Floyd
____Indian Valley _____Willis

# Solicitud de preescolar del condado de Floyd

Nombre completo del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ ( )Hombre ( )Mujer

Dirección física:_____

_____

Dirección postal: (si es diferente a la física) _____

_____

Indicaciones para llegar a la casa. Incluya los números de ruta y los lugares de interés. _____

_____

Enumere los programas de cuidado infantil/preescolar actuales y anteriores a los que ha asistido su hijo:_____

Información para 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<br>____GED o ____Diploma de escuela secundaria<br>____Algunos Universitarios _____Asociados<br>____Licenciatura o superior<br>Lista de títulos:_____ | Empleador:_____<br>Número de teléfono:_____<br>____Tiempo completo _____Tiempo parcial<br>____No empleado | ____Asistiendo a tiempo completo<br>____Asistiendo a tiempo parcial<br>Dónde:_____<br>____No está inscrito 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<br>____GED o ____Diploma de escuela secundaria<br>____Algunos Universitarios _____Asociados<br>____Licenciatura o superior<br>Lista de títulos:_____ | Empleador:_____<br>Número de teléfono:_____<br>____Tiempo completo _____Tiempo parcial<br>____No empleado | ____Asistiendo a tiempo completo<br>____Asistiendo a tiempo parcial<br>Dónde:_____<br>____No está inscrito en la escuela |

Selección de programas

Por favor, consideren a mi hijo/a para los siguientes programas. Indiquen la primera, segunda, tercera y cuarta opción.

_____Iniciativa preescolar de Virginia (VPI) de las escuelas públicas del condado de Floyd (que ofrece educación en la primera infancia para niños de 4 años en la escuela pública con horario escolar completo) *Se puede proporcionar transporte

_____Preescolar Head Start en la escuela primaria Floyd (que ofrece servicios familiares integrales y educación en la primera infancia para niños de 4 años) niños con jornada escolar completa)

_____Preescolar Head Start ubicado en Epperly Mill Rd. (que brinda servicios familiares integrales y educación en la primera infancia) para niños de 3 y 4 años ( jornada escolar completa)

_____Preescolar de entrega mixta a través de Ready Regions del suroeste de Virginia (que brinda educación en la primera infancia para niños de 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, por favor considere a mi hijo para otros programas. ( )Sí ( )No

Machine Translated by Google

Información adicional para la familia

1. Otros que viven en el hogar (incluidos todos los hermanos); relacionados por sangre, matrimonio o adopción

(Nombre) (Fecha de nacimiento) (Relación)

_____

_____

_____

_____

2. Su ingreso familiar total ANUAL: (Head Start,

United Way y VPI necesitarán verificación de ingresos de los últimos 12 meses) ( )$0-$20,000 ( )$21,000-$28,000 ( )$29,000-$35,000 ( )$36,000-$42,000 ( )$43,000-$50,000 ( )$51,000-$60,000 ( )$61,000-$70,000 ( )$71,000-$80,000 ( ) $81,000 y más: $_____

(por favor enumerar)

3. ¿Recibe (marque todas las que correspondan): ( )TANF; ( )SSI; ( )Beneficios SNAP; ( )Medicaid?

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

( ) Retraso en el desarrollo ( ) Trastornos del habla y del lenguaje ( ) Autismo ( ) ( ) TDAH
Lesión cerebral traumática ( ) Discapacidad visual ( ) Discapacidad ( ) TND; TOC
auditiva ( )Otro:_____ ( ) Deficiencia ortopédica o limitaciones físicas

5. ¿Su hijo recibe servicios educativos individualizados o tiene un IFSP o IEP vigente con las Escuelas Públicas del Condado de Floyd?
( )Sí ( )No

6. ¿Su hijo tiene alguna condición de salud crónica o problemas de desarrollo por los que haya consultado o esté consultando actualmente con un especialista? (Marque todas las opciones que correspondan)

( )Alergias; ( )Condición de salud crónica; ( )Medicamentos recetados; ( )Problemas de desarrollo Si marcó una condición, por favor explique:_____

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

8. En los últimos 12 meses, ¿ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR ha experimentado: (marque todas las que correspondan)?

( )violencia doméstica ( )encarcelamiento ( )falta de alimentos ( )participación de CPS ( )abuso de sustancias ( )problemas de salud crónicos
( )falta de vivienda debido a pérdida de vivienda o dificultades económicas ( )pérdida de empleo ( )recepción de servicios de salud mental
( ) )Otro Trauma_____

9. ¿Cuál es el idioma principal que se habla en el hogar?_____
¿Hay otros idiomas en el hogar?_____

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

11. ¿Cómo se enteró de nuestro programa? _____

Head Start, Ready Regions del Suroeste de Virginia y las Escuelas Públicas del Condado de Floyd consideran diversos factores para determinar la elegibilidad, como los ingresos familiares, la edad de los niños, el número de integrantes del hogar y las necesidades familiares. Esta información se considerará, junto con otra información compartida con nuestro personal durante el proceso de solicitud, para determinar la elegibilidad y así brindar el mejor servicio a su familia.

Al firmar la solicitud a continuación, autorizo la divulgación de toda la información médica, dental, educativa y de desarrollo que se compartirá. Por Head Start, Ready Regions del Suroeste de Virginia y las Escuelas Públicas del Condado de Floyd. Entiendo que hay cupos limitados en todos los programas.

_____ _____ _____ _____

Firma del padre/tutor Fecha Firma del personal Fecha

□ (solicitud en línea)