

**J.O. Combs Unified School District #44
2026-2027 Preschool Screening Registration**

Dear Parent/Guardian,

At J.O. Combs Unified School District, we are committed to providing a play-based screening at no charge to families for any preschool age child that is suspected of having a disability. If you have any concerns about your child and feel they may have a disability that requires special education, please complete this Preschool *Child Find Screening Document* and provide the available dates and times you would like to schedule a screening.

You will need to provide 4 supporting documents along with this form to be scheduled on the calendar. The four needed documents are:

1. Child's birth certificate
2. Immunization Records
3. A parent's photo ID
4. Proof of residency (a utility bill or other bill that shows the address that you reside at within the J.O. Combs District boundaries)

Once this document along with the **four (4)** supporting documents are received, you will be contacted to confirm a date and time.

Please indicate your top three choices for a screening date and top three choices for a time. We will do our best to meet your first priority.

Dates

(Place 1 by first choice, 2 by second choice and 3 by third choice):

<u>(1-3)</u>	<u>Date</u>
_____	July 8, 2026
_____	August 12, 2026
_____	September 9, 2026
_____	October 14, 2026
_____	November 18, 2026
_____	December 9, 2026
_____	January 13, 2027
_____	February 17, 2027
_____	March 24, 2027
_____	April 28, 2027
_____	June 2, 2027

Times

(Place 1 by first choice, 2 by second choice and 3 by third choice):

<u>(1-3)</u>	<u>Time</u>
_____	8:30 a.m. - 9:30 a.m.
_____	9:45 a.m. - 10:45 a.m.
_____	11:00 a.m. - 12:00 p.m.

Sincerely,
Jennifer Corry,
Director of Student Services

**JO Combs Unified School District
Preschool Child Find Screening Document**

Date: _____ Type of Contact: _____ Home School: _____

Child's Name: _____ DOB: _____ Sex: _____ Age: _____

Parents: _____ Phone: _____

☐ Foster Parent ☐ Confidential

Street Address: _____

City, State : _____ Zip Code: _____ E-mail Address: _____

Primary Language of Home: _____ Child's Primary Language: _____

Language most often spoken by the child? _____

Will an interpreter be required? ☐ Yes ☐ No

Concerns regarding child:

Speech/Language

Does your child understand simple directions? ☐ Yes ☐ No

About how many words does your child say? ☐ 10 or less ☐ 10-50 ☐ 50-100 ☐ 100+

Is your child's speech difficult to understand? ☐ Yes ☐ No

Motor

Fine/Gross Motor Concerns? ☐ Yes ☐ No Please explain: _____

Sensory Concerns? ☐ Yes ☐ No Please explain: _____

Social/Emotional/Behavioral

Concerns? ☐ Yes ☐ No Please explain: _____

Self-Help

Concerns: (ie: drinking, eating, dressing, toileting)? ☐ Yes ☐ No

Is your child toilet trained? ☐ Yes ☐ No ☐ In process

Concerns? ☐ Yes ☐ No Please explain: _____

Vision and Hearing

Has vision and hearing been screened?

Date of vision: _____ Date of hearing: _____

Concerns: _____

Has your child been screened and/or evaluated for any concern listed above previously?

☐ Yes ☐ No

If yes, what areas: _____ when: _____ where: _____

results: _____

Please provide J.O. Combs with copies of any available reports or evaluations

Name of current or previous daycare/preschool _____

Phone: _____

Is your child receiving services through DDD or AzEIP: ☐ Yes ☐ No

If yes, what services? ☐ PT ☐ OT ☐ ST ☐ Early Intervention

Arizona Department of Education; Office of English Language Acquisition Services

The responses to this Home Language Survey (HLS) are used by the school to provide the most appropriate instructional programs and services for the student. **The answers below will determine if a student will take the Arizona English Language Learner Assessment (AZELLA).** Please respond to each of the three (3) questions as accurately as possible. If you need to correct any of your responses, this must be done **before** the student takes the AZELLA Placement Test.

1. What language do people speak in the home *most* of the time?

2. What language does the student speak *most* of the time?

3. What language did the student *first* speak or understand?

Student Name: _____ District Student ID: _____

Date of Birth: _____ SSID: _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____

District or Charter: _____

School: _____

Please provide a copy of the Home Language Survey to the EL Coordinator/Main Contact on site.
In AzEDS, please enter all three HLS responses.

These questions are in compliance with Arizona Administrative Code (R7-306(B)(1),(2)(a-c).

Estimado Padre / Tutor,

En el Distrito Escolar Unificado J.O. Combs, estamos comprometidos a proporcionar una evaluación basada en el juego sin costo para las familias de cualquier niño en edad preescolar que se sospeche que tiene una discapacidad. Si tiene alguna inquietud sobre su hijo y cree que puede tener una discapacidad que requiere educación especial, complete este Documento De Evaluación De Encontrar Niños en Preescolar y proporcione las fechas y horarios disponibles en los que le gustaría programar una evaluación.

Deberá proporcionar 4 documentos de respaldo junto con este formulario para programarlo en el calendario. Los cuatro documentos necesarios son:

1. Certificado de nacimiento del niño
2. Registros de inmunización
3. Identificación con fotografía de uno de los padres
4. Comprobante de residencia (una factura de servicios públicos u otra factura que muestre la dirección en la que reside dentro de los límites del Distrito J.O. Combs)

Una vez que se reciba este documento junto con los Cuatro documentos de respaldo, lo contactaremos para confirmar la fecha y la hora.

Indique sus tres opciones principales para una fecha de evaluación y sus tres opciones principales para un horario. Haremos todo lo posible para cumplir con su primera prioridad.

Fechas/Horarios

(Lugar 1 por primera opción, 2 por segunda opción y 3 por tercera opción):

<u>(1-3)</u>	<u>Fechas</u>
_____	8 de julio de 2026
_____	12 de agosto de 2026
_____	9 de septiembre de 2026
_____	14 de octubre de 2026
_____	18 de noviembre de 2026
_____	9 de diciembre de 2026
_____	13 de enero de 2027
_____	17 de febrero de 2027
_____	24 de marzo de 2027
_____	28 de abril de 2027
_____	2 de junio de 2027

Horarios

(Lugar 1 por primera opción, 2 por segunda opción y 3 por tercera opción):

<u>(1-3)</u>	<u>Time</u>
_____	8:30 a.m. - 9:30 a.m.
_____	9:45 a.m. - 10:45 a.m.
_____	11:00 a.m. - 12:00 p.m.

Atentamente,
Jennifer Corry,
Director de Servicios Estudiantiles

Distrito Escolar Unificado JO Combs
Documento De Detección De Encuentro De Niños Preescolares

Fecha: _____ Tipo de contacto: _____ Hogar Escuela: _____
Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____
Sexo: _____ Edad: _____

Padres: _____ Teléfono: _____
☐ Padre de crianza ☐ Confidencial

Dirección: _____
Ciudad, Estado: _____ Código postal: _____
Dirección de correo electrónico: _____
Idioma principal del hogar: _____ Idioma principal del niño: _____
¿Idioma que habla con más frecuencia el niño?
¿Se necesitará un intérprete? ☐ Sí ☐ No
¿Cuáles son sus preocupaciones actuales con respecto al desarrollo de su hijo? _____

Habla/Lenguaje

¿Su hijo entiende instrucciones sencillas? ☐ Sí ☐ No
¿Aproximadamente cuántas palabras dice su hijo? ☐ 10 o menos ☐ 10-50 ☐ 50-100 ☐ 100+
¿Es difícil entender el habla de su hijo? ☐ Sí ☐ No

Motor

¿Preocupaciones por la motricidad fina/gruesa? ☐ Sí ☐ No Por favor explique: _____
¿Preocupaciones sensoriales? ☐ Sí ☐ No Por favor explique: _____

Social/Emocional/Comportamiento

¿Preocupaciones? ☐ Sí ☐ No Por favor explique: _____

Autoayuda

Preocupaciones: (es decir, ¿beber, comer, vestirse, ir al baño)? ☐ Sí ☐ No
¿Está su hijo entrenado para ir al baño? ☐ Sí ☐ No ☐ En proceso
¿Preocupaciones? ☐ Sí ☐ No Por favor explique: _____

Visión y audición

¿Se han realizado exámenes de visión y audición?

Fecha de la visión: _____ Fecha de la audición: _____

¿Su hijo ha sido examinado y/o evaluado por alguna de las preocupaciones mencionadas anteriormente?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué áreas: _____ cuándo: _____ dónde: _____
resultados: _____

✱ Proporcione a J.O. Combs copias de cualquier informe o evaluación disponible ✱

Nombre de la guardería/preescolar actual o anterior _____

Teléfono: _____

¿Su hijo recibe servicios a través de DDD o AzEIP? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, ¿qué servicios? ☐ PT ☐ OT ☐ ST ☐ Intervención Temprana

Arizona Department of Education; Office of English Language Acquisition Services

La escuela utiliza las respuestas a esta Encuesta del idioma del hogar (HLS) para proporcionar los programas y servicios educativos más apropiados para el estudiante. **Las respuestas que aparezcan a continuación determinarán si un estudiante tomará la Evaluación de aprendices del idioma inglés de Arizona (AZELLA).**

Responda a cada una de las tres preguntas con la mayor precisión posible. Si necesita corregir alguna de sus respuestas, esto debe hacerse antes de que el estudiante tome el Examen AZELLA.

1. ¿Qué idioma hablan las personas en el hogar la mayoría del tiempo?

2. ¿Qué idioma habla el estudiante la mayoría del tiempo?

3. ¿Qué idioma habló o entendió el estudiante primero?

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Firma del padre o tutor: _____

Distrito o Charter: _____

Escuela: _____

Distrito: _____

Núm. de identificación: _____

SSID: _____

Fecha: _____

Por favor, entregue una copia de la Encuesta sobre el Idioma en el Hogar al Coordinador de ÉL o al contacto principal en el sitio.

En AzEDS, por favor ingrese las tres respuestas de la HLS.

Preguntas en conformidad con (R7-2-306(B)(1), (2)(a-c) del Código Administrativo de Arizona.