



Instrucciones para completar la solicitud para los programas preescolares 2011-2012

Estimados padres/apoderados:

La meta de los programas preescolares en el Condado de Albemarle es brindar experiencias de aprendizaje exhaustivas para párvulos que tengan algún factor de riesgo que les pueda impedir tener un buen desempeño académico. Los programas "Head Start", "Bright Stars", la Educación Especial para Párvulos y Título I coordinan el proceso de solicitar admisión de manera que sea más fácil para las familias solicitar admisión.

Por favor lean la información que hay a continuación y completen los dos lados de la solicitud.

- Plazo para consideración de prioridad: 31 de marzo de 2011
 - o Las solicitudes se aceptan durante todo el año para llenar las vacantes a medida que ellas se produzcan
 - o Completen sólo una solicitud por niño
- Puntos especiales que deben recordar:
 - o El niño debe tener 3 ó 4 años cumplidos al 30 de septiembre de 2011 para el programa "Head Start"
 - o El niño debe tener 4 años cumplidos al 30 de septiembre de 2011 para el programa "Bright Stars" y Título I
 - o Es necesarios que los padres/apoderados que vivan en la casa presenten comprobante de ingresos, asistencia de "TANF" o "DSS"
- No se aceptan las solicitudes enviadas por fax

Si cambia su dirección o número de teléfono después de entregar esta solicitud, por favor llámenos al 434-972-4011 ext.3332 or 434-295-3171 ext.3003

| Bright Stars/Título I - devuelvan al coordinador de familias de Bright Stars en la escuela de su vecindario | | MACAA Head Start – devuelvan o manden por correo a: |
|---|--|---|
| Agnor-Hurt Cale Greer Red Hill Scottsville Stone-Robinson Stony Point Woodbrook | Sue Tansey Kim Rambow Sarah Shedd & Ilene Railton Kim Stanton Jackie Ponton Terri Higgins Kim Stanton Judy Blakey | Preschool Application Attn: Michele Wills MACAA Central Office 1025 Park Street Charlottesville, VA 22901 |
| llamen o manden por correo a: Charity Haines, Program Coordinator 1600 5th St. Suite A Charlottesville, VA 22902 (434) 972 - 4011 ext. 3332 | | (434) 295 - 3171 ext. 3003 |

Los coordinadores de programas revisarán las solicitudes. **Las decisiones en cuanto a la asignación al programa se toman antes del 1° de mayo. La semana después se enviarán por correo las notificaciones.**

Gracias,
El personal de los programas Bright Stars, Educación Especial para Párvulos, Head Start y Título I.

Nombre a todos los hermanos que no viven en la casa:

| Apellido | Apellido | Fecha de cumpleaños | Sexo | Grado | Ubicación |
|----------|----------|---------------------|-------|-------|-----------|
| | | / / | M / F | | |
| | | / / | M / F | | |

III. Por favor marque los servicios que usted o su hijo recibe

TANF WIC Medicaid Estampillas de Comida CHIP Family Partners/ Healthy Families Region Ten
 Otros Proveedores de la Comunidad: Nombre: _____
 Enfermera Pública o Trabajadora social: Nombre: _____
 ¿Fue el niño referido para servicios preescolares? No. Sí, por: _____

IV. Historia del Niño

| | | |
|---|--|--------------|
| ¿Está entrenado su niño para el baño? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | |
| ¿Ha estado su hijo en una preescola o guardería? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Explique: |
| ¿Hay algún problema con el habla de su niño? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Explique: |
| ¿Otros tienen dificultad de entender a su niño? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Explique: |
| ¿Tiene su niño problemas emocionales o de comportamiento? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Explique: |
| ¿Tiene su niño un problema de salud (visión, oído, dental)? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Explique: |
| ¿Le ha dicho un maestro, doctor o enfermera que su niño tiene una discapacidad? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Explique: |
| ¿Su niño usa un aparato médico? (i.e. silla de ruedas, audífonos) | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Especifique: |
| ¿Ha calificado su niño para educación especial o servicios de habla? | <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si | Explique: |

Anote las preocupaciones que tenga sobre su niño:

V. Historia de Familia - Por favor responda a las preguntas abajo marcando el cuadrado apropiado.

| |
|---|
| Vivienda: <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Casa propia <input type="checkbox"/> Compartiendo una casa |
| Previamente tenía un hijo que asistió a: <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Bright Stars <input type="checkbox"/> Title I Preschool <input type="checkbox"/> Inseguro |
| ¿Tuvo usted menos de 20 años cuando alguno de sus hijos nació? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| ¿Hay alguien en la familia que este encarcelado o bajo probación (ahora o en el pasado)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes |
| ¿Hay alguien en la familia que tiene problemas para aprender o dificultad para leer? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| ¿Ha sido alguien de la familia una víctima de violencia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| ¿Tiene alguien de la familia un problema con el abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| ¿Tiene alguien de la familia una condición física seria que requiera de cuidado médico continuo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |
| ¿Ha estado desalojado o vivido en un albergue? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí |
| ¿Alguien en la familia ha recibido servicios para la salud mental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si |

Por favor nombre otras necesidades de su familia, crisis u otras cosas que crea usted que le ayuden para su aplicación:

Yo entiendo que esta información será utilizada para determinar la elegibilidad de mi niño para la red preescolar del condado de Albemarle y no será compartida con otros mas que con el personal necesario. (Si fue referido por un trabajador social o médico profesional, pídale una carta de referencia). Yo certifico que la información en esta aplicación es verdadera y correcta:

Parent/Guardian Signature

Date