

SOLICITUD SI EL NIÑO TIENE 4 AÑOS PARA EL 1 DE AGOSTO - PUEDE VER LOS INGRESOS

Estimado futuro padre / tutor preescolar:

Gracias por preguntar cómo un niño califica para el Programa Preescolar del Condado de Boone y cómo funciona el proceso de solicitud.

¿QUIEN es elegible?

Debe residir en el Distrito Escolar del Condado de Boone y cumplir con uno o más de los siguientes criterios:

- Ser financieramente elegible (160% de nivel de pobreza) y 4 para el 1 de agosto del año escolar. **SIN consideración de ingresos para niños de 3 años.**
- 3 Los niños de 3 y 4 años pueden calificar como un niño con una discapacidad educativa (tener un retraso en una o más áreas de desarrollo)

Para la sospecha de discapacidad educativa, se programará una evaluación.

¿Qué significa la detección?

Identificar cualquier área potencial de preocupación en el desarrollo de un niño. Habilidades de desarrollo que se examinan; habilidades cognitivas, motrices finas y gruesas, habla / lenguaje, sociales y de autoayuda. Si hay dudas, se recomendarán intervenciones.

Si el ingreso del hogar cumple con los requisitos del estado (analiza el ingreso y la cantidad de personas en el hogar = 160% de nivel de pobreza y 4 años de edad para el 1 de agosto del año escolar), el niño será elegible para servicios preescolares. Una proyección tendrá lugar una vez en el aula. Si los ingresos del hogar superan la cantidad permitida, entonces ofrecemos una evaluación para su hijo. *Las evaluaciones se llevan a cabo varias veces durante el año escolar.

Según el resultado de la evaluación, su hijo puede o no requerir **intervenciones**. Después de que se califiquen los resultados de la evaluación, los intervencionistas lo analizarán más a fondo. Si su hijo necesita intervenciones, a su conclusión, los intervencionistas discutirán los pasos adicionales si es necesario.

CÓMO funciona el proceso de solicitud de preescolar:

Complete la solicitud y proporcione copias de los documentos identificados **en rojo** en la sección **Lo Que Necesitamos** a continuación. *******(Las solicitudes incompletas recibidas no se procesarán)*******

Después de recibir la solicitud completa de su hijo con **TODOS los documentos requeridos**, nos comunicaremos con usted con los siguientes pasos. Le informaremos si su hijo califica para la elegibilidad de ingresos. Si su hogar no es elegible para ingresos, podemos programar una fecha y hora de evaluación. Examinamos a los niños durante todo el año escolar.

LO QUE NECESITAMOS:

Complete y proporcione los siguientes elementos en rojo a continuación: (* **Los artículos en negro** pueden entregarse después de determinar la elegibilidad O si el niño comienza el preescolar, en cuyo caso puede entregar esos artículos en la oficina de la escuela donde estará su archivo).

—	1- Inscripción de estudiante / tarjeta de emergencia (2 páginas - firmado y fechado)	—	4- Copia de la Certificación de Inmunización KY , completado por el médico (debe ser actual)
—	2- Tarjeta de transporte preescolar (2 páginas - firmado y fechado)	—	5- Copia del certificado de nacimiento
—	3- Formulario de verificación de ingresos del hogar (2 páginas - firmado y fechado) & Copias de los últimos 2-3 recibos de pago O declaración de impuestos (Solo complete si el niño tiene 4 años antes del 1 de agosto; NO COMPLETE SI TIENE 3 AÑOS) Si está cobrando desempleo necesita copias de las declaraciones.	—	6- Copia de la tarjeta de seguro social O formulario completo de declaración de no divulgación del número de seguro social 7- Copia de comprobante de residencia (copia de la factura con su nombre / dirección O copie su contrato de arrendamiento)

SOLICITUD SI EL NIÑO TIENE 4 AÑOS PARA EL 1 DE AGOSTO - PUEDE VER LOS INGRESOS

—	8- Copia de los documentos de custodia /tutela / documentos de los padres de crianza temporal <i>(si corresponde)</i>		* Formulario de examen de atención médica preventiva <i>(ambos lados)</i> completado por un médico (NO debe presentarse al momento de la solicitud de preescolar . Entregue la oficina de la escuela del niño una vez que comience la escuela.)
—	9- Permiso para video / fotografía / Formulario de publicación <i>(firmado)</i>		* Formulario de examen de la vista de KY (NO debe presentarse al momento de la solicitud de preescolar . Entregue la oficina de la escuela del niño una vez que comience la escuela)
— —	10- Formulario de adjudicación <i>(firmado)</i> 11- Otros informes / evaluaciones: habla / lenguaje evaluaciones, informes de fisioterapia, ocupacional Informes de terapia, IEP, etc. <i>(si corresponde)</i>		* Formulario de evaluación / examen dental de KY (NO debe presentarse al momento de la solicitud de preescolar . Entregue en la oficina de la escuela del niño una vez que comience la escuela)
—	12- KY Statewide Immunization Registry Permission Slip		* Copia de la Tarjeta de Medicaid / Formulario de información de divulgación de Medicaid <i>(si tiene una)</i> (NO debe presentarse al momento de la solicitud de preescolar . Entregue la oficina de la escuela del niño una vez que comience).

CÓMO ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN DE EVALUACIÓN PREESCOLAR: Puede devolvernos los formularios completados de su hijo y copias de otros documentos en la evaluación O con anticipación de una de las 3 formas siguientes:

1. **U.S. Mail:** **Preschool Achievement Center, 7627 Ewing Blvd., Florence, KY 41042** **O**
2. **Entrega:** de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 3:30 p.m. en la dirección anterior **O**
3. **Email:** **angela.becknell@boone.kyschools.us**

Les pedimos paciencia durante las temporadas altas, el final y el comienzo del año escolar y las pandemias.

Tenga en cuenta: Si desea volver a presentar una solicitud en el próximo año escolar, deberá completar una nueva tarjeta de inscripción, una tarjeta de transporte preescolar y un registro de vacunación KY actualizado para asegurarse de que tengamos información actualizada y actualizada. Los niños no pueden comenzar la escuela o las intervenciones sin un registro actual de vacunas.

Si tiene alguna pregunta adicional, no dude en comunicarse conmigo al 859-283-3251.

Gracias por abogar en nombre de su hijo. Esperamos poder servirle a usted y su familia.

Respetuosamente,

Dr. Michael J. Shires

Dr. Michael J. Shires
Director of Early Childhood Learning
Boone County School District
Preschool Achievement Center (PAC)
7627 Ewing Boulevard
Florence, KY 41042
859-283-3251 (main phone)
859-283-0091 (fax)



Preguntas frecuentes sobre preescolar

1. ¿Cómo califican los estudiantes para preescolar en Kentucky?

- Por ingresos: 4 años (cumplidos al 1 de agosto del año escolar) y tener un ingreso familiar igual o inferior al 160% del nivel federal de pobreza.
- Tener 3 o 4 años y con una discapacidad académica debido a retrasos en el desarrollo, independientemente de los ingresos familiares.

2. ¿Los estudiantes cuyo idioma materno es otro al inglés califican automáticamente para preescolar en el estado de Kentucky?

- Los estudiantes cuyo idioma materno es otro al inglés no califican automáticamente para preescolar. Todos los estudiantes deben cumplir con los requisitos establecidos anteriormente.

3. ¿Los estudiantes de preescolar tienen que comenzar el preescolar al comienzo del año escolar?

- Los estudiantes pueden calificar y comenzar la inscripción en preescolar en cualquier momento del año escolar.

4. ¿Cuántos años pueden estar los estudiantes en preescolar?

- Dependiendo de la fecha de nacimiento del estudiante y de cómo califican, algunos estudiantes pueden cursar hasta 3 años escolares en preescolar.

5. Si siento que mi estudiante no está listo para Kindergarten, ¿pueden pasar otro año en preescolar?

- Si un estudiante tiene 5 años antes del 1 de agosto, no puede pasar otro año en preescolar. Se recomienda que asistan al jardín de infantes.

6. ¿Cuántos días a la semana son las clases de preescolar?

- El preescolar es de lunes a jueves durante medio día. Los estudiantes que califican se inscriben en la sesión de la mañana o la sesión de la tarde. Las sesiones de la mañana y la tarde están determinadas de acuerdo a su domicilio.

7. ¿El autobús recoge a mi hijo y lo deja?

- Se proporciona transporte en un autobús preescolar que tiene cinturón de seguridad. Hay un conductor adulto y un monitor adulto en el autobús para ayudar a los niños en edad preescolar. El transporte escolar es gratuito.

QUESTIONS: Call 859-283-3251 Monday - Friday 7:30 a.m. to 3:30 p.m.

OUR OFFICE LOCATION: Preschool Achievement Center; 7627 Ewing Blvd., Florence, KY 41042

Escuelas del Condado de Boone
Inscripción de estudiante / Información en
caso de emergencia

Office Use Only / Solo para uso de la oficina
School _____
Start Date _____
Teacher _____

Nombre legal del estudiante (En letra de molde): _____ Sufijo _____
(Apellido) (Nombre) (2do nombre) (Jr., II, etc.)

Grado: _____ Fecha nacimiento: _____ ☐ Masculino ☐ Femenino N.º Seguro Social (Opcional) _____

¿Su hijo(a) repitió un grado? ☐ Sí ☐ No Si contestó Sí, ¿qué grado? _____

Lugar de nacimiento: _____
(País) (Condado) (Estado)

Dirección del estudiante: _____
(Calle) (N.º apto) (Ciudad) (Estado) (Cód. postal)

(Marcar solo si corresponde*) ☐ Refugio ☐ Motel ☐ Casa o apartamento compartido con amigos o familiares ☐ Amigos/Familiar (que no es padre/madre/tutor)
**Si corresponde, complete un Cuestionario de residencia (704 KAR 7:090)*

Dirección de correo del estudiante: _____
(Calle o casilla postal y N.º apto) (Ciudad) (Estado) (Cód. postal)

☐ No hay cambios en la dirección o número de teléfono del estudiante. Padre/madre/tutores, escribir iniciales aquí _____

Etnicidad: ¿Su hijo(a) es hispano(a)/latino(a)? ☐ Sí ☐ No

Raza del estudiante: ☐ Blanca ☐ Blanca o afroamericana ☐ Asiática
(Marque todo lo que corresponda) ☐ Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico ☐ Indígena americano o nativo de Alaska

Categorías de raza/grupo étnico

- Blanca (no hispanica)-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Europa, África del Norte o Medio Oriente
- Negra/Afroamericana-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África
- Hispana/Latina-Una persona de cultura de origen mexicana, puertorriqueña, cubana, de América Central o América del Sur u otra cultura de origen español, sin importar la raza
- Asiática-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales del Lejano Oriente, Sudeste de Asia o el subcontinente indio.
- Islas del Pacifico-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacifico.
- Indígena americano o nativo de Alaska-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de América del Norte o América del Sur y que mantiene identificación cultural mediante afiliación tribal o apego a la comunidad.

Ciudadano de EE UU: ☐ Sí ☐ No Si contestó No, país de residencia: _____ ☐ Migrante ☐ Inmigrante ☐ Refugiado: (País) _____

Última escuela a la que asistió: _____ Escuela de Kentucky: ☐ Sí ☐ No

Último día que asistió: _____ N.º teléfono escuela: (____) _____

Dirección de la escuela: (Ciudad) _____ (Condado) _____ (Estado) _____

Padres/Tutores que viven en el mismo hogar que el estudiante

Nombre legal: _____	Nombre legal: _____
Fecha nacimiento: _____	Fecha nacimiento: _____
Relación con el estudiante: _____	Relación con el estudiante: _____
Teléfono: Hogar (____) _____	Teléfono: Hogar (____) _____
Trabajo: (____) _____	Trabajo: (____) _____
Correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____

Hermanos que viven en el mismo hogar que el estudiante

Nombre legal: _____	Nombre legal: _____
Sufijo: _____	Sufijo: _____
Fecha nacimiento: _____	Fecha nacimiento: _____
Sexo: _____	Sexo: _____
Grado: _____	Grado: _____
Nombre de escuela del Condado de Boone: _____	Nombre de escuela del Condado de Boone: _____

Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Fecha nacimiento: _____ Sexo: _____ Grado: _____ Nombre de escuela del Condado de Boone: _____	Nombre legal: _____ Sufijo: _____ Fecha nacimiento: _____ Sexo: _____ Grado: _____ Nombre de escuela del Condado de Boone: _____
---	---

Padres/tutores que viven en una dirección diferente a la del estudiante

¿Este padre/madre/tutor tiene custodia compartida? _____ ¿Este padre/madre/tutor debería recibir información de la escuela? _____ ¿Esta persona tiene acceso legalmente restringido a este estudiante? _____ (Se DEBE entregar a la escuela una copia de la orden judicial.) Nombre legal: _____ Fecha nacimiento: _____ Relación con el estudiante: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____ Teléfono: Hogar () _____ Trabajo: () _____ Celular: () _____ Correo electrónico: _____	¿Este padre/madre/tutor tiene custodia compartida? _____ ¿Este padre/madre/tutor debería recibir información de la escuela? _____ ¿Esta persona tiene acceso legalmente restringido a este estudiante? _____ (Se DEBE entregar a la escuela una copia de la orden judicial.) Nombre legal: _____ Fecha nacimiento: _____ Relación con el estudiante: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Cód. postal: _____ Teléfono: Hogar () _____ Trabajo: () _____ Celular: () _____ Correo electrónico: _____
--	--

Servicios especiales

¿Este estudiante tiene necesidades especiales o recibe servicios de educación especial?	☐ Sí	☐ No
¿El estudiante tiene un Plan 504?	☐ Sí	☐ No
¿El estudiante recibe servicios de Título I?	☐ Sí	☐ No
¿El estudiante recibe servicios para el habla?	☐ Sí	☐ No
¿El estudiante fue identificado formalmente como talentoso?	☐ Sí	☐ No

Transporte

Transporte primario a la escuela (marque todo lo que corresponde):	☐ Automóvil	☐ Camina	☐ Autobús escolar	N.º autobús: _____ (asignado por personal del distrito escolar)
Transporte de BCS:	☐ A.M.	☐ P.M.	☐ A.M y P.M.	☐ Más de 1 milla
Cuidados durante el día:	☐ Menos de 1 milla	☐ Ninguno		

Idioma

¿El inglés es el idioma que se habla con más frecuencia en el hogar?	☐ Sí	☐ No, ¿qué idioma?
¿Su hijo(a) aprendió inglés cuando empezó a hablar?	☐ Sí	☐ No, ¿qué idioma?
¿Su hijo(a) habla inglés en el hogar con más frecuencia que otros idiomas?	☐ Sí	☐ No, ¿qué idioma?
¿El inglés es el idioma que se habla al niño con más frecuencia en el hogar?	☐ Sí	☐ No, ¿qué idioma?

(Si alguna de las respuestas anteriores no es "inglés", complete la "Encuesta de idioma en el hogar")

Información médica

Indique e identifique afecciones de salud (como alergias severas, afecciones médicas crónicas y/o alergias a medicamentos):

*Según las regulaciones del estado, cualquier estudiante con una afección de salud (como asma, alergias, diabetes, crisis tipo convulsiva, etc.) debe tener un plan de atención de la salud en los archivos. Para obtener más información, contacte a la enfermera de la escuela o administrativo de salud.

Medicación regular: _____ Dosis: _____

Se debe tener archivado un formulario de "Autorización para dar medicación" para cualquier medicamento que se dé a un estudiante durante la jornada escolar.

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Doy permiso a los funcionarios de la escuela para contactar al proveedor de atención de la salud que se indica aquí:

(Firma de padre/madre/tutor)

Información de emergencia

Si es necesario, ¿a qué hospital se debe llevar al estudiante? _____

EN UNA EMERGENCIA, si no es posible contactar al padre/madre/tutor, llamar y/o entregar a mi hijo(a) a una de las siguientes personas:

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono: (____) _____

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____ Teléfono: (____) _____

Si hay alguna persona que NO TIENE PERMITIDO tener acceso al estudiante, indique el nombre y la relación: (Se DEBE entregar a la escuela un documento legal.)

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

La escuela no es responsable por estudiantes autorizados por el padre/la madre a abandonar la escuela durante el horario escolar o por estudiantes en la escuela primaria y media autorizados por el padre/la madre a volver en forma privada a sus hogares después de la escuela.

Si hay cambios durante el año, por favor contacte a la oficina de la escuela INMEDIATAMENTE.

Firma de padre/madre/tutor _____ Fecha: _____

Office Use Only / Solo para uso de la oficina

New Enrollment _____

Revised Enrollment _____

Office Personnel _____

Date _____

Necesita transporte de _____ Sesión _____ a. m. _____ p. m.

**FOTO
(OPCIONAL)**

**DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE BOONE
FORMULARIO DE TRANSPORTE DE NIVEL PREESCOLAR**

Fecha de hoy _____ Escuela de origen _____ Escuela a la que asiste _____

Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección del hogar _____ Ciudad _____ Código postal _____
(El estudiante se envía a esta dirección a menos que se proporcione una dirección alternativa).

Nombre de la madre _____ Teléfono celular _____

Nombre del padre _____ Teléfono celular _____

Nombre del contacto en caso de emergencia: _____ Parentesco _____ Teléfono _____

Equipo especial necesario en el autobús: Plataforma elevadora para sillas de ruedas _____ Otro _____

Marque las casillas según corresponda:

☐ Verbal ☐ No verbal ☐ Epilepsia ☐ Pérdida de la audición
☐ Ambulatorio ☐ No ambulatorio ☐ Pérdida de la visión

Alergias _____

Medicamentos _____ Dosificación _____ Efectos secundarios _____

***** TODOS LOS NIÑOS VIAJARÁN EN EL AUTOBÚS CON CHALECO DE SEGURIDAD O ASIENTO DE SEGURIDAD.**

¿NECESITA TRANSPORTE EN AUTOBÚS? SÍ _____/NO _____ SI LA RESPUESTA ES AFIRMATIVA, ELIJA LAS OPCIONES A CONTINUACIÓN.

- ☐ TRANSPORTE EN AUTOBÚS HACIA LA ESCUELA ÚNICAMENTE
☐ TRANSPORTE EN AUTOBÚS DESDE LA ESCUELA ÚNICAMENTE
☐ TRANSPORTE EN AUTOBÚS HACIA Y DESDE LA ESCUELA

UBICACIONES DE RECOGIDA Y ENTREGA ALTERNATIVAS

Si está usando una dirección alternativa, especifique lo siguiente:

Ubicación de recogida: _____

Ubicación de entrega: _____

**Información de transporte del estudiante
Solo lo debe completar un funcionario de la escuela**

Información de recogida por la mañana:

N.º de autobús _____ Ubicación de la parada: _____

Información de entrega por la tarde:

N.º de autobús _____ Ubicación de la parada: _____

Director del programa _____ Padre/madre _____

- Escriba los pasos que debe tomar el conductor/asistente en caso de enfermedad, epilepsia, etc. mientras viaja en el autobús.

- Escriba cualquier instrucción especial para controlar el comportamiento del estudiante mientras viaja en el autobús.

INFORMACIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

Médico del estudiante _____ Teléfono: _____

Preferencia de hospital _____ o el más cercano disponible _____

Información del seguro _____

.....

LA SEGURIDAD ES NUESTRA PRINCIPAL PRIORIDAD AL TRANSPORTAR A SUS HIJOS.

Por lo tanto, a continuación, enumere los nombres y números de teléfono de las personas APARTE DE USTED que estarán esperando el autobús.

DEBERÁN MOSTRAR UNA IDENTIFICACIÓN CON FOTOGRAFÍA PARA RETIRAR A SU HIJO.

NOMBRE	TELÉFONO	PARENTESCO CON EL NIÑO

Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____

BOONE COUNTY SCHOOLS

Estimado Padre / Tutor Legal:

Gracias por comenzar el proceso para determinar si su hijo/a reúne las condiciones para asistir al programa de preescolar financiado por el estado. Este programa es un programa de intervención, ofrecido a aquellas familias que cumplen con los requisitos marcados por la guía de elegibilidad y/o cuyos hijos/as son evaluados e identificados con un retraso en el desarrollo o una discapacidad. Todas aquellas familias que estén interesadas en que sus hijos/as asistan al programa de preescolar financiado por el estado, deberán completar un formulario de verificación de ingresos familiares.

1. **¿A QUIÉN DEBO INCLUIR COMO MIEMBROS DE MI HOGAR?** Usted debe incluir a todas aquellas personas que vivan en su hogar, sean parientes o no (como abuelos, otros familiares o amigos), que compartan ingresos y gastos. Usted debe incluirse a sí mismo y a todos los niños/as que vivan con usted. Si usted vive con otras personas que son económicamente independientes (por ejemplo, las personas que usted no mantiene, que no comparten los ingresos con usted o sus hijos/as y que pagan una cuota prorrateada de los gastos), no les incluya.
2. **¿QUÉ PASA SI MIS INGRESOS NO SON SIEMPRE LOS MISMOS?** Anote la cantidad que recibe normalmente. Por ejemplo, si usted normalmente recibe \$ 1000 al mes pero se ausentó del trabajo el mes pasado y solo recibió \$ 900, anote que usted recibe \$ 1000 por mes. Si normalmente se le paga por horas extras trabajadas, inclúyalas, pero no lo haga si sólo trabaja horas extras a veces. Si usted ha perdido su trabajo o sus horas o salarios han sido reducidas, use sus ingresos actuales.
3. **ESTAMOS EN EL EJÉRCITO. ¿DEBEMOS INCLUIR EL SUBSIDIO PARA VIVIENDA COMO INGRESO?** Si usted recibe un subsidio para vivienda fuera de la base, debe ser incluido como fuente de ingreso. Sin embargo, si su vivienda forma parte de la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar, no incluya el subsidio para vivienda como fuente de ingreso.
4. **MI CÓNYUGE HA SIDO ENVIADO A UNA ZONA DE COMBATE. ¿SE CONSIDERA SU PAGA EXTRA POR COMBATE COMO FUENTE DE INGRESO?** No, si su paga extra por combate se recibe además de su salario básico a causa de su despliegue, y si ésta no fue recibida antes de que fuera enviado a tal zona, la paga extra por combate no será considerada como fuente de ingreso. Póngase en contacto con su escuela para más información.
5. **¿QUÉ DOCUMENTOS PUEDO PROVEER PARA AYUDAR A VERIFICAR MIS INGRESOS?** Formulario 1040 del Impuesto sobre los Ingresos Individuales, formulario W-2, recibos de sueldo con fecha de los últimos meses, declaraciones escritas de los empleadores, o documentación mostrando el estado actual como beneficiario de cualquier asistencia pública.

Si tiene alguna otra preguntas o necesita ayuda, por favor llame al **or Angie Becknell at 859-283-3251**

Sinceramente,
Dr. Michael J. Shires
Director of Early Education Learning
Preschool Achievement Center (PAC)
7627 Ewing Boulevard
Florence, KY 41042

INSTRUCCIONES PARA LA SOLICITUD

Parte 1: Todos los miembros del hogar (**un miembro del hogar es cualquier niño o adulto que viva con usted**): Todos los solicitantes deben completar esta parte. Anote el nombre de cada miembro del hogar, el nombre de la escuela a la que cada niño/a asiste y el grado escolar (1, 2, 3...). Si el niño/a es un hijo/a en acogida, marque la casilla "niños/as en acogida". Si un miembro del hogar no tiene ingresos, marque la casilla "sin ingreso". Todos los miembros del hogar, incluyendo los niños/as en acogida, deben incluirse aquí. Si necesita más espacio, adjunte una hoja de papel extra para proporcionar la información que necesite.

Si su niño/a es una persona **sin hogar, migrante o que se escapó de su hogar**, siga estas instrucciones.

Parte 2: Marque la categoría adecuada.

Parte 3: Salte esta parte.

Parte 4: Firme el formulario.

Si usted tiene **solamente niños/as en acogida**, siga estas instrucciones. **No es necesario** rellenar un formulario por separado para cada niño/a en acogida en su hogar. (Si hay niños/as en acogida y niños/as que no lo son, siga las instrucciones a continuación para "Otros Hogares").

Si todos los niños en el hogar son marcados como niños/as en acogida en la Parte 1:

Parte 2: Salte esta parte.

Parte 3: Salte esta parte.

Parte 4: Firme el formulario.

OTROS HOGARES, incluyendo hogares que reciben beneficios WIC, los hogares con niños/as que no son de acogida y hogares con niños/as tanto en acogida como aquellos que no lo son, siga estas instrucciones:

Parte 2: Salte esta parte.

Parte 3: Siga estas instrucciones para informar sobre los ingresos totales del hogar durante **este mes o el mes pasado**.

- **Sección 1 – Nombre:** Proporcione los nombres de todos los miembros del hogar que tienen ingresos.
- **Sección 2 – Ingresos en bruto y frecuencia con la que se recibieron:** Detalle los ingresos de cada miembro del hogar. Marque la casilla para informar acerca de la frecuencia con la que la persona recibe el ingreso – semanal, cada dos semanas, dos veces al mes o mensualmente.
 - **Ingresos por empleo:** Enumere los **ingresos en bruto**, no el salario neto. El ingreso en bruto es la cantidad ganada antes de aplicar los impuestos y otras deducciones. Usted debe ser capaz de encontrar en sus recibos de sueldo o puede preguntar a su jefe. El ingreso en neto *sólo* debe ser informado en caso de tener un negocio propio, una granja o ingresos por alquiler.
 - **Prestaciones sociales, manutención de menores, pensión alimenticia:** Anote la cantidad que recibe cada persona y marque la casilla para informar acerca de la frecuencia con la que la persona recibe el ingreso.
 - **Pensiones, jubilación, Seguro Social, Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios VA) y beneficios por discapacidad.** Anote la cantidad que recibe cada persona y marque la casilla para informar acerca de la frecuencia con la que la persona recibe el ingreso.
 - **Cualquier otro ingreso:** Anote cualquier Compensación Laboral, beneficios por desempleo o huelga, donaciones habituales realizadas por personas que no viven en su hogar y cualquier otro tipo de ingreso que reciba semanalmente, cada dos semanas, dos veces al mes o mensual. No incluya ningún ingreso proveniente de KTAP, SNAP, WIC, subvenciones educativas federales y pagos por cuidado de niños/as en acogida recibidos por su familia por parte de la agencia de colocación.
 - Si está en la Iniciativa de Privatización de Vivienda Militar o recibe una paga extra por combate, no incluya estas asignaciones como ingresos.

Parte 4: Un miembro adulto del hogar debe firmar la solicitud. Por favor, incluya su dirección y número de teléfono en caso de que el Coordinador/a de Preescolar tenga alguna pregunta acerca de la información que ha incluido en el formulario.

FORMULARIO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS FAMILIARES

El Programa de Preescolar financiado por el Estado está disponible para todos aquellos niños/as que tengan 4 años de edad antes del 1 de agosto o en ese mismo día, y cuyos ingresos familiares sean del 160% de pobreza o menos; y para niños/as que tengan 3 o 4 años de edad y hayan sido diagnosticados con una discapacidad específica. Para determinar si un solicitante cumple los requisitos en cuanto a ingresos, complete este formulario, fírmelo y mándelo a Dr. Michael Shires, Director of Preschool Services at Boone County School District.

PARTE 1. TODOS LOS MIEMBROS DEL HOGAR

Los nombres de <u>todas</u> las personas que viven en su hogar (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de la escuela a la que asiste el niño/a, o escriba las letras "NA" si esta persona no va a la escuela	Grado escolar	Marque la casilla si esta persona es un niño/a en acogida (la responsabilidad legal es de la agencia de Servicios Sociales o el juzgado) Si todos las personas que figuran a continuación son niños/as en acogida, salte esta parte y diríjase a la parte 4 para firmar este formulario.	Marque esta casilla si esta persona no tiene ingresos
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

PARTE 2. SIN HOGAR, MIGRANTE, ESCAPADO DEL HOGAR

Si cualquier de los niños/as por los que está rellenando esta solicitud es una persona sin hogar, migrante o que se escapó de su hogar, marque la casilla correspondiente.

SIN HOGAR ☐ MIGRANTE ☐ ESCAPADO DEL HOGAR ☐

PARTE 3. TOTAL DE INGRESOS DEL HOGAR EN BRUTO (antes de cualquier deducción o aplicación de impuestos). Enumere todos los ingresos en la misma línea que la persona que los recibe. Marque la casilla para informar acerca de la frecuencia con la que la persona recibe el ingreso. Registre cada ingreso sólo una vez. **DEBE INCLUIR DOCUMENTOS DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS.**

1. NOMBRE (Enumere sólo aquellos miembros del hogar que tengan ingresos)	2. LOS INGRESOS BRUTOS Y LA FRECUENCIA CON QUE SE RECIBIÓ															
	Ganancias del trabajo antes de deducciones.	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Prestaciones sociales, manutención de menores, pensión alimenticia	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Pensiones, jubilación, Seguro Social, Ingresos de Seguridad Suplementarios (SSI), beneficios de Veteranos (beneficios VA)	Semanal	Cada 2 semanas	Dos veces al mes	Mensual	Cualquier otro ingreso (Indique frecuencia, como "semanal" "cada 2 semanas", "mensual")
(Example) Jane Smith	\$200	☒	☐	☐	☐	\$150	☐	☒	☐	☐	\$0	☐	☐	☐	☐	\$50 / monthly
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$ /
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$ /
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$ /
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$ /
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$ /
	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$	☐	☐	☐	☐	\$ /

PARTE 4. FIRMA (MIEMBRO ADULTO DEL HOGAR DEBE FIRMAR)

Un adulto debe firmar la solicitud.

Certifico (prometo) que toda la información en este formulario es verdadera y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que la escuela recibirá financiación estatal y federal en base a la información que proporcione. Entiendo que las autoridades escolares podrán verificar (revisar) esta información. Entiendo que si he dado información falsa, mi hijo (a) puede perder los beneficios.

Firme aquí: _____ Nombre de impresión: _____ Fecha: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número Celular: _____

Aviso de Privacidad

El Departamento de Educación de Kentucky requiere que las escuelas recopilen la información proporcionada en este formulario. Usted no tiene por qué dar esta información, pero en caso de elegir no hacerlo, no se podrá determinar si su hijo/a cumple los requisitos de elegibilidad para recibir beneficios adicionales bajo programas estatales y federales. Toda la información que proporcione será tratada como privada y confidencial, tal y como dicta la ley. No obstante, la información relacionada con su estado socioeconómico será compartida con diversos programas estatales y federales para ayudarles a evaluar, financiar o determinar cualquier posible beneficio en relación a la participación en sus programas; con auditores para revisar programas, y con oficiales de la ley para ayudar en la investigación de cualquier violación de las normas del programa.

Declaración de no discriminación: De acuerdo con la Ley Federal y las regulaciones y políticas del Departamento de Educación de los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Para presentar una queja de discriminación, escriba al Departamento de Educación de los Estados Unidos, Oficina de Derechos Civiles, edificio Wanamaker, 100 Penn Square East, Suite 515, Philadelphia, PA 19107 a 3323 o llame al (215) 656-8541 (Voz). Las personas con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el Departamento de Educación de los Estados Unidos a través del Servicio Federal de Telefonía Interpretada llamando al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (español). El Departamento de Educación de los Estados Unidos es una agencia que ofrece igualdad de oportunidades en el empleo y en la prestación de servicios.

LISTA DE CONTROL

- ☐ ¿Ha incluido todos sus hijos/as como miembros del hogar?
- ☐ Por cada miembro del hogar que reciba ingresos, ¿está marcada la casilla para informar de la frecuencia?
- ☐ ¿Ha firmado la solicitud?

NO ESCRIBA EN ESTA ÁREA. ESTO ES SÓLO PARA USO ESCOLAR.

Conversión de la Renta anual: Semanal x 52; Cada 2 semanas x 26; Dos veces al mes x 24; Mensual x 12

Ingreso Total: _____ Por: ☐ Semana ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mes ☐ Año Tamaño del hogar: _____

Elegibilidad: 160% pobreza _____ Educación Especial _____ Head Start _____ Sobre la Renta _____

Razón (160% pobreza; Educación Especial; Head Start (si corresponde); Sobre la Renta): _____

Coordinador de Preescolar: _____ Fecha: _____

Firma secundaria: _____ Fecha: _____



**Declaracion de
No divulgación de
Número de seguro social del niño**

FECHA: _____

Nombre y dirección del padre:

El nombre del estudiante: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

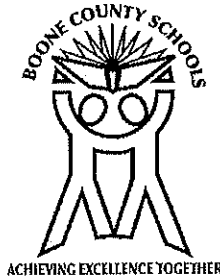
Asistir a la escuela: _____

Al firmar esta renuncia, reconozco que me niego a proporcionar una copia de la Tarjeta de Seguro Social de mi hijo al Distrito Escolar del Condado de Boone. Al firmar esta exención, su hijo no será elegible para los fondos de Becas de Excelencia Educativa de Kentucky (KEES) para su educación universitaria.

También entiendo que cualquier programa que requiera el número de seguro social de mi hijo para participar dentro del Boone El Distrito Escolar del Condado y / o el Departamento de Educación de Kentucky no estarán disponibles para su hijo.

Firma del Padre / Tutor:

Fecha:



Escuelas del condado de Boone

Permiso para grabar en video / fotografiar / publicar

Por favor complete este formulario y envíelo a la escuela

Querida madre o padre / tutor:

En algún momento durante el año escolar, el personal de la escuela / distrito u otras personas autorizadas por el distrito pueden grabar en video o fotografiar actividades de clase o proyectos especiales en los que su hijo participe durante o después del día escolar para evaluaciones del personal / estudiantes, con fines educativos o de conciencia pública. Dichas cintas de video o fotografías pueden ser vistas por pares, profesores o administradores. Dichas cintas de video o fotografías pueden ser vistas por pares, profesores o administradores. En ocasiones especiales, como una cinta de video o una fotografía de una obra de teatro de la clase o de la escuela o de un evento académico o deportivo, la película o la fotografía puede ser vista por una audiencia general, que incluye, entre otros, publicar imágenes en anuarios, programas de eventos y boletines. o en el sitio web de la escuela o del distrito.

Revise este formulario cuidadosamente, firme y feche el formulario y envíe el formulario a la escuela. Aunque haremos todo lo posible para cumplir con su solicitud, tenga en cuenta que no podemos monitorear a todos los adultos en todo momento, especialmente durante las ocasiones especiales en que otros padres también pueden tomar fotografías o pueden estar grabando el evento.

Una vez firmado y fechado, este formulario permanecerá vigente para la inscripción de su hijo en las escuelas del Distrito. Sin embargo, en cualquier momento durante el año escolar, puede modificar este formulario solo para uso futuro / preferencias notificando al Director por escrito su solicitud.

Como padre (s) / tutor (es) si _____, Yo / nosotras damos

El nombre del estudiante

Permiso del Distrito Escolar del Condado de Boone para divulgar el nombre, fotografía y / o reproducción de audio / video de mi / nuestro hijo para su publicación en relación con las funciones y actividades escolares, incluidas las actividades académicas y deportivas.

Escriba el nombre de los padres / tutores del alumno _____

Firma del padre / tutor

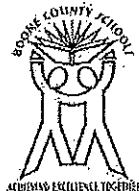
Fecha

Firma del padre / tutor

Fecha

Firma de la Directora / Designada

Fecha



Estado de Kentucky
Departamento de Educación de Kentucky
Consejo de Educación del condado de Boone
Declaración jurada sobre resolución judicial/expulsión

El reglamento K.R.S. 158.000 establece que el padre o tutor de un niño a quien se haya declarado culpable por resolución judicial o se le haya expulsado por homicidio, agresión o violación de la ley estatal o de los reglamentos escolares relativos a armas, alcohol o drogas notifique ese hecho a la escuela de nuevo ingreso mediante una declaración jurada que se presentará en la escuela al momento de la inscripción.

De conformidad con ese requisito, juro o declaro que soy padre o tutor legal de _____ a quien:

Nombre del estudiante

1. _____ Se le declaró culpable por resolución judicial y/o
2. _____ Fue expulsado de _____ escuela privada o pública, ya sea dentro o fuera del estado y/o
3. _____ Se le aplicaron medidas disciplinarias por haber violado una ley estatal o reglamento escolar relativo a armas, alcohol o drogas.
4. _____ Nunca se le ha declarado culpable por resolución judicial ni se le ha expulsado ni aplicado medidas disciplinarias por haber violado el reglamento K. R. S. 158.000 como se mencionó anteriormente.

Los hechos son los siguientes:

(Adjunte una hoja adicional según sea necesario)

Juro o declaro que, a mi leal saber y entender, las declaraciones y la información contenida en el presente documento es verdadera, fáctica y completa.

Firma del Padre/ Tutor

Fecha

FORMULARIO DE EXAMEN PREVENTIVO DE ATENCIÓN MÉDICA

Todas las juntas de educación locales deberán exigir un examen preventivo de atención médica de cada niño que ingrese por primera vez a una escuela pública de Kentucky dentro de un período de doce (12) meses antes de la admisión inicial a la escuela y dentro de un (1) año antes de ingresar al sexto grado. Las juntas escolares locales pueden extender este tiempo sin exceder dos (2) meses. (702 KAR 1:160)

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN Y LOS REGISTROS DE IDENTIFICACIÓN

INFORMACIÓN IDENTIFICATIVA

Nombre del estudiante: _____ Género : M H

Grado: _____

Fecha de nacimiento: _____ Años: _____ Meses _____ Idioma preferido: _____

Nombre del padre o tutor: _____

REGISTRO DE VACUNAS *Se informará en el formulario del certificado de inmunización, EPID 230*

HISTORIAL MÉDICO

Alergias: _____

Medicamentos recetados actuales para tomar diariamente en la escuela::

Información histórica significativa: _____

RESULTADOS DE CRIBADO

Pies de altura: _____ Pulgadas de alto Peso _____ índice de masa corporal : _____

BMI% _____ Presión sanguínea: _____

Visión	la derecha 20/ _____	Aprobar Fracasado	Audiencia - lado derecho	Aprobar	Fracasado	Referido a
	lado izquierdo 20/ _____	Referido a	Audiencia - lado izquierdo	Aprobar	Fracasado	Referido a

Opcional: Hematocrito/Hemoglobina: _____ Plomo en el cuerpo : _____ Análisis de orina : _____

Dientes y encías Normal _____ Anormal _____ Referido a/teléfono _____

Cabeza / cuero cabelludo / piel Normal _____ Anormal _____ Referido a/teléfono: _____

Ojos / Orejas / Nariz / Garganta Normal _____ Anormal _____ Referido a/teléfono: _____

Pecho / Pulmones / Corazón Normal _____ Anormal _____ Referido a/teléfono: _____

Abdomen Normal _____ Anormal _____ Referido a/teléfono: _____

Evaluación de escoliosis Normal _____ Anormal _____ Referido a/teléfono: _____

(Over)

Este niño tiene los siguientes problemas que pueden afectar la experiencia educativa:

___ Visión ___ Escuchando ___ Habla/Lenguaje ___ Físico ___ Social / Comportamiento ___ Cognitiva

Específica: _____

Este niño tiene una condición de salud que puede requerir una acción de emergencia en la escuela, como convulsiones, alergias, etc. Especifique a continuación.

Recomendaciones (adjunte una hoja adicional si es necesario): _____

(Por favor marque uno de los siguientes)

___ Este niño puede participar plenamente en las actividades escolares, incluida la educación física.

___ Este niño puede participar en actividades escolares que incluyen educación física con la siguiente restricción/adaptación.

Razón específica y restricción: _____

DIRECTRICES ANTICIPATORIAS:

Discutida o folleto dado:

___ PREPARACIÓN ESCOLAR

- Establecer rutinas
- Cuidado / actividades después de la escuela
- Amigos
- Intimidación
- Comunicación con los maestros

___ SALUD BUCAL

- Visitas regulares al dentista
- Cepillado y uso de hilo dental
- Fluoruro

___ SALUD MENTAL

- Tiempo familiar
- Control de la ira
- Disciplina por enseñar, no castigo
- Limite la televisión y la computadora

___ LA SEGURIDAD

- Seguridad sexual
- Seguridad de Pedestrian
- Cascos de seguridad
- Seguridad de la natación
- Plan de escape de incendios
- Detectores de humo / monóxido de carbono
- Pistolas
- Dom
- Restringido adecuadamente en todos los vehículos.

___ NUTRICION Y ACTIVIDAD FISICA

- Peso saludable
- Dieta bien balanceada que incluye desayuno
- Frutas, verduras, granos integrales, lácteos.
- 60 minutos de ejercicio diario

Comentarios o recomendaciones adicionales: _____

Firmado: _____ Fecha: _____

Proveedor Médico / APRN / PA / EPSDT

Habla a: _____ Teléfono: _____

Formulario de examen ocular de Kentucky para ingresar a la escuela

KRS 156.160 (1) (g) requiere prueba de un examen de la vista por un optometrista u oftalmólogo. Esta evidencia se presentará a la escuela a más tardar el 1 de enero del primer año de que un niño de tres (3), cuatro (4), cinco (5) o seis (6) años está matriculado en una escuela pública, preescolar pública, o el programa Head Start.

PLEASE COMPLETE THE IDENTIFYING INFORMATION

Fecha de inscripción del estudiante: _____

Fecha de examen de la vista: _____

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACIÓN DE IDENTIFICACIÓN

Nombre del estudiante: _____

Fecha de nacimiento: _____

Nombre del padre o tutor: _____

HISTORIA DEL CASO

Fecha de examen: _____

Historia ocular: Normal o positivo para: _____

Historial médico: Normal o positivo para: _____

Alergias a las drogas: Sin alergias a medicamentos conocidos o alérgicas a: _____

Historia familiar y ocular y médica: ☐ Ambliopía ☐ Estrabismo ☐ Glaucoma ☐ Diabetes

Otro: _____

Otra información pertinente: _____

Refracción con ciclopléjico? (Por favor indique uno) SI NO

	OD	OS
Agudeza sin ayuda	20/	20/
Mejor agudeza corregida	20/	20/

Tipo de examen	Normal	Anormal	Notable para evaluar
Examen externo (ojo y anexos)			
Examen interno (medios, lentes, fondo de ojo, etc.)			
Integridad neurológica (alumnos)			
Función binocular (estereopsis)			
Alojamiento y convergencia			
La visión del color			

Diagnóstico:

☐ Normal ☐ Miopía ☐ Hipermetropía ☐ Astigmatismo ☐ Estrabismo ☐ Ambliopía

Otro: _____

Recomendaciones:

1. Gafas recetadas: ☐ SI ☐ NO

2. _____

3. _____

Orientación anticipada apropiada y sugerida para la edad (evaluaciones de salud):

☐ Educar (padres / pacientes) sobre los trastornos oculares / visuales y la visión necesaria

☐ Asesoramiento (padres / pacientes) sobre seguridad ocular

☐ Destaque la importancia de la atención temprana y preventiva de la vista

☐ Recomendar un nuevo examen, según corresponda

Firmado: _____ Fecha : _____

Optometrista / Oftalmólogo

Habla a: _____ Teléfono : () _____

Formulario de examen / examen dental de Kentucky para ingresar a la escuela

Ley de Kentucky, KRS 156.160(i), requiere prueba de un examen o examen dental realizado por un dentista, higienista dental, médico, enfermero registrado, enfermero practicante registrado o asistente médico. Esta evidencia se presentará a la escuela a más tardar el 1 de enero del primer año que un niño de cinco (5) o seis (6) años está matriculado en una escuela pública.

Nombre del estudiante: Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Apellido Nombre de pila Segundo nombre Mes / Día / Año Género: ____ masculino ____ hembra Padre o guardián: ____ Nombre Relación con el estudiante Habla a: ____ Ciudad: ____ Teléfono: ____ Colegio: ____ Fecha de examen o evaluación: ____ / ____ / ____ Mes / Día / Año		Tipo de prueba: (Marque uno:) ____ Tamizaje dental ____ Examen Nombre del examinador dental: ____ Habla a: ____ Teléfono: ____ :Fecha examen ____ Nombre del examinador: ____
Caries dental no tratada: (Marque uno:) ____ Sin cavidades no tratadas ____ Cavidades no tratadas	Caries dental tratada: (Marque uno:) ____ Sin cavidades tratadas ____ Cavidad tratadas	Afiliación profesional: (Marque uno:) ____ Dentista ____ Asistente médico ____ APRN ____ Higienista dental ____ Enfermero registrado ____ Médico
Patrón de caries en la primera infancia: (Marque uno:) ____ No hay caries en la primera infancia ____ Cavidades de la primera infancia	Tratamiento Urgenvy: (Marque uno:) ____ No hay problema obvio ____ Se necesita cuidado dental temprano ____ Remisión para atención urgente <u>Nota:</u> Se requiere comentario si está marcado.	Comentarios:

Boone County Schools
School Health Services Department
8330 US 42
Florence, KY 41042

School Permission Slip

For completion of immunization records

Kentucky has a statewide immunization registry (KYIR) that medical practices use to help keep track of their patient's immunizations. They use this system to record vaccines given to patients and to access information about their patients' immunization histories, including vaccines given at other medical offices. KYIR makes it easy to keep track of a patient's immunization status, even if the patient visits more than one medical practice. It also helps ensure doctors and nurses give the right vaccines at the right time, and allows them to remind their patients when vaccines are due or overdue.

The information in KYIR is CONFIDENTIAL-only authorized users may access the system. Authorized users include health departments, medical practices, schools, childcare facilities, WIC Programs, and health care plans.

Some records in KYIR may be incomplete or missing because an immunization was given in another state, or because the medical practice did not enter it into the system. Your child's school wishes to help improve our community's records by providing missing immunization information to KYIR, but requires your permission to do so, in accordance with the Family Educational Rights and Privacy Act (FERPA).

***By signing below, you can make your child's immunization history more complete,
helping to ensure appropriate and timely future immunization.***

Please sign this form if you agree to grant permission for your child's school to provide your child's immunization history to KYIR. This may include creating a new record, or updating an existing record. Please use a separate form for each additional child.

My Name: _____

My Child's Name: _____

My Child's Date of Birth: _____

Signature: _____

My Telephone Number: _____ Date Signed: _____

Please submit this form to your school administrator/nurse- thank you!

Office Use Only

Name of school: _____ Form Rec'd by (school staff): _____

Immunization history attached to form? Y or N

Date Rec'd by KYIR: _____ Date Entered into KYIR: _____