DEMANDE SI L'ENFANT A 4 ANS AU 8/1 - PEUT REGARDER LE REVENU

Cher futur parent / tuteur préscolaire:

Merci d'avoir demandé comment un enfant est admissible au programme préscolaire du comté de Boone et comment fonctionne le processus de demande.

QUI est éligible??
Doit résider dans le district scolaire du comté de Boone et satisfaire à un ou plusieurs des critères suivants:

- **Être financièrement éligible (taux de pauvreté de 160%) et 4 au 1er août de l'année scolaire. AUCUNE considération de revenu pour les enfants de 3 ans.**

- **Les enfants de 3 et 4 ans peuvent être considérés comme des enfants ayant un handicap scolaire (ayant un retard dans un ou plusieurs domaines de développement)**

En cas de suspicion de handicap scolaire, un dépistage sera programmé.

QUE signifie le dépistage?
Identifier tout sujet de préoccupation potentiel dans le développement d'un enfant. Compétences de développement qui sont examinées; compétences cognitives, motrices fines et brutes, parole / langage, compétences sociales et d'entraide. S'il y a des préoccupations, des interventions seront recommandées.

Si le revenu du ménage répond aux exigences de l'État (examine le revenu et le nombre de personnes à la maison = 160% de pauvreté et 4 ans avant le 1er août de l'année scolaire), l'enfant sera éligible aux services préscolaires. Une projection aura lieu une fois en classe. Si le revenu du ménage dépasse le montant autorisé, nous proposons alors un dépistage pour votre enfant. Les projections ont lieu plusieurs fois au cours de l'année scolaire.

En fonction des résultats du dépistage, votre enfant peut ou non nécessiter des interventions. Une fois les résultats du dépistage notés, les interventionnistes en discuteront davantage avec vous. Si votre enfant a besoin d'interventions, à sa conclusion, les interventionnistes discuteront des étapes supplémentaires si nécessaire.

COMMENT FONCTIONNE LE PROCESSUS DE DEMANDE D'ENFANCE D'ENFANT::
Remplissez la demande et fournissez des copies des documents identifiés en rouge dans la section Ce dont nous avons besoin ci-dessous. (Les demandes incomplètes reçues ne seront pas traitées.)

Après avoir reçu la demande complète de votre enfant **avec TOUS les documents** requis, nous vous contacterons pour les prochaines étapes. Nous vous informerons si votre enfant a droit à un revenu admissible. Si votre ménage n'est pas admissible au revenu, nous pouvons planifier une date et une heure de dépistage. Nous sélectionnons les enfants tout au long de l'année scolaire.

CE DONT NOUS AVONS BESOIN :
Complétez et fournissez les éléments suivants en rouge ci-dessous: (* Les articles **en noir** peuvent être rendus une fois que l'admissibilité est déterminée OU si l'enfant commence la maternelle, auquel cas vous pouvez transformer ces articles dans le bureau de l'école où se trouvera leur dossier.)

____	1- **Inscription des étudiants / carte d'urgence** *(2 pages, signées et datées)*	____	4- **Copie de la certification d'immunisation KY,** rempli par le médecin (doit être à jour)
____	2- **Carte de transport préscolaire** *(2 pages, signées et datées)*	____	5- **Copie du certificat de naissance**
____	3- **Household Income Verification form** *(2 pages, signées et datées)* ***et*** des copies des pièces justificatives(2-3 derniers talons de paie ou déclaration de revenus) ***(à remplir uniquement si l'enfant a 4 ans avant le 1er août; ne pas terminer si 3 ans)***	____ ____	6- **Copie de la carte de sécurité sociale** **OU** Déclaration de non-divulgation du numéro de sécurité sociale remplie 7- **Copie de la preuve de résidence** *(copie de la facture avec votre nom / adresse dessus ou copie de votre bail)*

DEMANDE SI L'ENFANT A 4 ANS AU 8/1 - PEUT REGARDER LE REVENU

___	8- **Copie** des documents de garde / tutelle / documents des parents d'accueil *(le cas échéant)*		* **Formulaire d'examen des soins de santé préventifs** *(des deux côtés)* rempli par un médecin (NON dû au moment de la demande préscolaire. Transformez-le en bureau scolaire de l'enfant une fois qu'il commence l'école)
___	9- **Autorisation de filmer / photographie / Formulaire de publication** *(signé)*		* **Formulaire d'examen de la vue KY** (NON dû au moment de la demande préscolaire), à transformer en bureau scolaire de l'enfant une fois qu'il commence l'école)
___	10- **Formulaire d'arbitrage** *(signé)* 11- **Autres rapports / évaluations:** évaluations de la parole / du langage, rapports de physiothérapie, rapports d'ergothérapie, IEP, etc. (le cas échéant)		* **Formulaire d'examen / examen dentaire KY** (NON dû au moment de la demande préscolaire), à transformer en bureau scolaire de l'enfant une fois qu'il commence l'école)
___	12- **KY Statewide Immunization Registry Permission Slip**		* **Copie de la carte Medicaid / Formulaire d'informations de sortie Medicaid** *(si vous en avez une)* (NON due au moment de la demande préscolaire. Rendez-vous au bureau de l'école de l'enfant une fois qu'il a commencé.)

COMMENT SOUMETTRE UNE DEMANDE PRÉSCOLAIRE: *(les demandes incomplètes ne seront pas examinées)*
Vous pouvez nous retourner la DEMANDE COMPLÉTÉE de votre enfant de trois manières:

1. **U.S. Mail: Preschool Achievement Center, 7627 Ewing Blvd., Florence, KY 41042 OU**
2. **Déposer:** Dépôt: du lundi au vendredi de 7h30 à 15h30 à l'adresse ci-dessus **OU**
3. **Email: angela.becknell@boone.kyschools.us**

Nous demandons votre patience pendant les hautes saisons, la fin et le début de l'année scolaire et les pandémies.

Remarque: si vous souhaitez présenter une nouvelle demande au cours de la prochaine année scolaire, vous devrez remplir une nouvelle carte d'inscription, une carte de transport préscolaire et un dossier de vaccination KY à jour pour vous assurer que nous avons des informations à jour et à jour. Les enfants ne peuvent pas commencer l'école ou les interventions sans un dossier de vaccination à jour du Kentucky.

Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à me contacter au 859-283-3251.

Merci d'être un avocat au nom de votre enfant. Nous examinons ce que nous pouvons faire pour vous et votre famille.

Avec respect,

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)
859-282-0019 (fax)

Foire aux questions à propos de la maternelle

1. **Comment les élèves peuvent-ils se qualifier pour la maternelle dans le Kentucky?**

   - Revenu admissible: 4 ans (avant le 1er août de l'année scolaire) et avoir un revenu familial égal ou inférieur à 160% du seuil de pauvreté fédéral.

   - 3 ou 4 ans et ont un handicap scolaire dû à des retards de développement, quel que soit le revenu familial.

2. **Les apprenants de langue anglaise se qualifient-ils automatiquement pour la maternelle dans l'État du Kentucky ?**

   - Les apprenants de langue anglaise ne se qualifient pas automatiquement pour le préscolaire. Tous les étudiants doivent répondre aux qualifications indiquées ci-dessus.

3. **Les élèves du préscolaire doivent-ils commencer la maternelle au début de l'année scolaire?**

   - Les élèves peuvent se qualifier et commencer à s'inscrire à l'école maternelle à tout moment de l'année scolaire.

4. **Combien d'années les élèves peuvent-ils être en maternelle?**

   - Selon la date d'anniversaire d'un élève et de la manière dont il se qualifie, certains élèves peuvent passer jusqu'à 3 années scolaires en maternelle.

5. **Si je sens que mon élève n'est pas prêt pour Kindergarten (*l'année après la maternelle mais avant le CP/first grade*), peut-il passer une autre année en maternelle?**

   - Si un élève a 5 ans dès le 1er août, il ne peut pas passer une autre année au préscolaire. Il est recommandé qu'ils joignent Kindergarten.

6. **Combien de jours par semaine y-a-t'il en maternelle?**

   - La maternelle est du lundi au jeudi pendant une demi-journée. Les étudiants qui se qualifient sont inscrits à la session du matin ou de l'après-midi. Les séances du matin et de l'après-midi sont déterminées par votre adresse.

7. **Le bus prend-il mon enfant et le dépose-t-il?**

   - Le transport est assuré dans un bus préscolaire muni d'une ceinture de sécurité. Il y a un conducteur adulte et un moniteur adulte dans le bus pour aider les enfants d'âge préscolaire. Le transport en bus est gratuit.

Écoles du comté de Boone
Inscription d'élève et informations en cas d'urgence

Réservé à un usage interne
École : _____
Date de début : _____
Enseignant :

Nom légal de l'élève (EN MAJUSCULES S'IL VOUS PLAÎT) _____, _____, _____ Suffixe _____
(Nom) (Prénom) (Deuxième prénom) (Jr., III, etc.)

Année scolaire : _____ Date de naissance : _____ Sexe de l'enfant ☐ Masculin ☐ Féminin
Numéro de sécurité sociale (facultatif) : _____
Votre enfant a-t-il déjà redoublé une classe ? ☐ Oui ☐ Non. Si oui, laquelle ? _____
Lieu de naissance : (Pays) _____ (Comté) _____ (État) _____ N° de téléphone : (_____)_____

Adresse de l'élève : (Rue) _____ (N° appart.) _____ (Ville) _____ (État) _____ (Code postal)_____
(Cochez seulement s'il y a lieu*) ☐ Refuge ☐ Motel ☐Maison/Appartement partagé(e) avec des amis ou des membres de la famille
*S'il y a lieu, veuillez remplir un questionnaire sur la résidence (704 KAR 7:090)
☐ Amis/Membres de la famille (autre qu'un parent/tuteur)

Adresse postale de l'élève : (si différente) _____ (Ville) _____ (État) _____ (Code postal) _____
(Rue ou boîte postale et numéro d'appart.)

☐ L'adresse et le numéro de téléphone de l'élève n'ont pas changé.
Parents/Tuteurs, veuillez inscrire vos initiales ici_____
Origine ethnique : votre enfant est-il hispanique/latino : ☐ Oui ☐ Non
Race de l'élève : *(Cochez tout ce qui s'applique)* ☐Blanc ☐Noir ou afro-américain ☐ Asiatique ☐ Amérindien ou autochtone d'Alaska
☐ Hawaïen ou originaire d'une autre île du Pacifique

Citoyen américain : ☐ Oui ☐ Non Si non, pays de résidence : _____ ☐ Migrant ☐ Immigrant ☐ Refugié : (Pays)_____
Dernière école fréquentée : _____ École du Kentucky : ☐ Oui ☐ Non
Dernière date de présence : _____ N° téléphone de l'école : (_____)_____
Adresse de l'école : (Ville) _____ (Pays)_____ (État) _____
Écoles du comté de Boone précédemment fréquentées et années : _____

Race/Groupe ethnique Catégories :
- **Blanc** (non hispanique). Une personne ayant des origines dans l'un des premiers peuples d'Europe, d'Afrique du Nord ou du Moyen-Orient.
- **Noir/Afro-américain** (non hispanique). Une personne ayant des origines dans l'un des groupes raciaux noirs d'Afrique.
- **Hispanique/Latino.** Une personne d'origine mexicaine, portoricaine, cubaine, ou originaire d'Amérique centrale ou du Sud, ou d'une autre culture espagnole, quelle que soit sa race.
- **Asiatique.** Une personne ayant des origines dans l'un des premiers peuples d'Extrême-Orient, d'Asie du Sud-Est ou du sous-continent indien.
- **Polynésien.** Une personne ayant des origines dans l'un des premiers peuples d'Hawaï, de Guam, de Samoa ou d'autres îles du Pacifique.
- **Amérindien ou autochtone d'Alaska.** Une personne ayant des origines dans l'un des premiers peuples d'Amérique du Nord ou du Sud et qui entretient une identification culturelle par le biais d'une affiliation tribale ou d'un attachement communautaire.

Parents/Tuteurs vivant dans le même ménage que l'élève

Nom légal : _____ _____ _____ Suffixe : ____
(Nom) (Prénom) (2e prénom)
Lien avec l'élève : _____
Téléphone fixe : (_____)_____ Travail : (____)_____
Téléphone portable : (_____)_____
Adresse e-mail :

Nom légal : _____ _____ _____ Suffixe : ____
(Nom) (Prénom) (2e prénom)
Lien avec l'élève : _____
Téléphone fixe : (_____)_____ Travail : (____)_____
Téléphone portable : (_____)_____
Adresse e-mail :

Frères et sœurs vivant dans le même ménage que l'élève

Nom légal : _____ Suffixe :_____
Date de naissance : _____ Sexe : ____ Année scolaire : _____
Nom de l'école du comté de Boone :

Nom légal : _____ Suffixe :_____
Date de naissance : _____ Sexe : ____ Année scolaire : _____
Nom de l'école du comté de Boone :

Nom légal : _____ Suffixe :_____
Date de naissance : _____ Sexe : ____ Année scolaire : _____
Nom de l'école du comté de Boone :

Nom légal : _____ Suffixe :_____
Date de naissance : _____ Sexe : ____ Année scolaire : _____
Nom de l'école du comté de Boone :

Parents/Tuteurs vivant à une adresse différente de celle de l'élève

Ce parent/tuteur a-t-il la garde partagée ? ☐ Oui ☐ Non
Ce parent/tuteur doit-il recevoir des informations relatives à l'école ?
☐ Oui ☐ Non
Cette personne a-t-elle un accès légalement restreint à cet élève ?
☐ Oui ☐ Non
(Une copie de l'ordonnance du tribunal DOIT être fournie à l'école.)
Nom légal : _____ Suffixe :_____
Lien avec l'élève : _____
Adresse : _____
Ville : _____ État : _____ Code postal : _____
Téléphone fixe : _____ Travail : _____
Téléphone portable : _____
Adresse e-mail : _____

Ce parent/tuteur a-t-il la garde partagée ? ☐ Oui ☐ Non
Ce parent/tuteur doit-il recevoir des informations relatives à l'école ?
☐ Oui ☐ Non
Cette personne a-t-elle un accès légalement restreint à cet élève ?
☐ Oui ☐ Non
(Une copie de l'ordonnance du tribunal DOIT être fournie à l'école.)
Nom légal : _____ Suffixe :_____
Lien avec l'élève : _____
Adresse : _____
Ville : _____ État : _____ Code postal : _____
Téléphone fixe : _____ Travail : _____
Téléphone portable : _____
Adresse e-mail : _____

Services spéciaux

Cet élève a-t-il des besoins particuliers, ou reçoit-il des services d'éducation spécialisée ? ☐ Oui ☐ Non
Cet élève a-t-il un plan 504 ? ☐ Oui ☐ Non Cet élève reçoit-il des services de Titre I ? ☐ Oui ☐ Non
Cet élève bénéficie-t-il de prestations pour la parole ? ☐ Oui ☐ Non
Cet élève a-t-il été officiellement identifié comme surdoué ou talentueux ? ☐ Oui ☐ Non

Transports

Principal moyen de transport pour se rendre à l'école *(cochez tout ce qui s'applique)* : ☐ En voiture ☐ À pied ☐ En bus scolaire
N° bus : _____ *(attribué par le personnel du district scolaire)*

Transport par les écoles du comté de Boone : ☐ Matin ☐ Après-midi ☐ Matin et après-midi ☐ Plus d'un mile (1,6 km)
☐ Moins d'un mile ☐ Garderie : _____

Langue

L'anglais est-il la langue la **plus fréquemment** parlée à la maison ? ☐ Oui ☐ Non, quelle est la langue parlée ? _____
Votre enfant a-t-il appris l'anglais quand il a **commencé** à parler ? ☐ Oui ☐ Non, quelle était la langue parlée ? _____
Votre enfant parle-t-il **le plus souvent** en anglais à la maison ? ☐ Oui ☐ Non, quelle est la langue parlée ? _____
Est-ce que l'anglais est la langue la **plus fréquemment** utilisée pour s'adresser à l'enfant à la maison ? ☐ Oui ☐ Non, quelle est la langue parlée ? _____
(Si au moins l'une des réponses ci-dessous n'est pas l'anglais, veuillez remplir le « Sondage sur la langue parlée à la maison ».)

Informations médicales

Énumérez et identifiez les problèmes de santé* (comme les allergies graves, les problèmes médicaux chroniques et/ou les allergies aux médicaments) :

_____

**Selon la réglementation de l'État, tout élève ayant un problème de santé (asthme, allergie, diabète, épilepsie, etc.) doit avoir un régime de soins de santé dans son dossier. Pour plus d'informations, veuillez contacter l'infirmière ou le responsable santé de l'école.*

Prise régulière de médicaments : _____ Posologie : _____
Un formulaire « Autorisation d'administrer des médicaments » doit être joint au dossier pour tout médicament à administrer à un élève pendant la journée scolaire.

Nom du médecin : _____ N° téléphone : _____

Je donne aux autorités scolaires l'autorisation de contacter le fournisseur de soins de santé désigné : _____
(Signature du parent/tuteur)

Informations en cas d'urgence

Si nécessaire, à quel hôpital cet élève doit-il être conduit ? _____

EN CAS D'URGENCE, si le parent/tuteur ne peut être contacté, veuillez appeler et/ou confier mon enfant à l'une des personnes suivantes :

Nom : _____ Lien avec l'élève : _____ N° téléphone : _____

Nom : _____ Lien avec l'élève : _____ N° téléphone : _____

Dans le cas où une personne ne serait **PAS AUTORISÉE** à entrer en contact avec cet élève, indiquez son nom et son lien avec l'élève :
(La documentation juridique DOIT être fournie à l'école.)

Nom : _____ Lien avec l'élève : _____

L'école n'est pas responsable des élèves autorisés par leurs parents à quitter l'école pendant les heures de classe ou des élèves de l'école élémentaire et des niveaux de scolarité intermédiaire (middle school) autorisés par leurs parents à rentrer chez eux seuls après l'école.

Si ces informations venaient à changer en cours d'année, veuillez contacter IMMÉDIATEMENT le secrétariat de l'école

Signature du parent/tuteur _____

Date : _____

Réservé à un usage interne	
Nouvelle inscription	____
Inscription révisée	____
Personnel du secrétariat	____
Date	____

Mis à jour en février 2016

Date de début_____ Session_____

ÉCOLES DU COMTÉ DE BOONE
TRANSPORTS SCOLAIRES
INFORMATIONS CONFIDENTIELLES EN CAS D'URGENCE

Photo facultative

Date_____ École_____

Nom de l'élève_____ Date de naissance_____

Parent(s)_____ Téléphone fixe_____

Adresse _____ Ville_____ Code postal_____

Num. de téléphone en cas d'urgence_____

Téléphone du travail de la mère_____ Téléphone du travail du père_____

Téléphone portable de la mère _____ Téléphone portable du père _____

Équipement spécial requis pour le bus : Élévateur de fauteuil roulant_____ Autre_____

INFORMATIONS MÉDICALES EN CAS D'URGENCE :

Médecin de l'élève_____ Téléphone_____

Hôpital à privilégier_____

Adresse_____

Assurance_____

VEUILLEZ COCHER LES CASES selon le cas :

☐ Verbal ☐ Non verbal ☐ Épileptique ☐ Malentendant

☐ Ambulatoire ☐ Non ambulatoire ☐ Malvoyant

Allergies_____

Médicaments_____ Posologie_____ Effets secondaires_____

***** AU DOS DE CETTE FEUILLE, VEUILLEZ NOTER LES MESURES À PRENDRE PAR LE CHAUFFEUR/L'ASSISTANT EN CAS DE MALADIE, CRISE D'ÉPILEPSIE, ETC. DANS LE BUS.***

***** AU DOS DE CETTE FEUILLE, VEUILLEZ NOTER TOUTE INSTRUCTION SPÉCIALE UTILE POUR CONTRÔLER LE COMPORTEMENT DE L'ÉLÈVE.***

***** TOUS LES ENFANTS PRENDRONT LE BUS AVEC UN GILET DE SÉCURITÉ OU UN SIÈGE DE SÉCURITÉ.***

AUTRE LIEU DE RAMASSAGE *ET/OU* DE DÉPÔT :

SI le lieu de ramassage et/ou de dépôt EST DIFFÉRENT DE L'ADRESSE DE L'ÉLÈVE, complétez les informations suivantes :

TOUS les autres lieux de ramassage et/ou de dépôt **doivent se trouver dans le secteur de l'école.** Ces endroits seront désignés comme lieux autorisés pour le ramassage et le dépôt avec l'approbation du district et ne seront PAS sujets à des modifications.

Lieu de ramassage _____

Lieu de dépôt _____

Signature du parent/tuteur_____

INFORMATIONS SUR LE BUS DE L'ÉLÈVE

- - - - - - - - - - - - - - - - À remplir par le secrétariat de l'école - - - - - - - - - - - - - - - -

Informations sur le ramassage (matin) :
N° bus_____ Lieu de l'arrêt_____

Informations sur le ramassage (après-midi) :
N° bus_____ Lieu de l'arrêt_____

_____ _____
Directeur du programme Parent

Ces renseignements sont conservés conformément à la loi sur le droit à l'éducation et sur la protection des informations personnelles.

- **SI NÉCESSAIRE, VEUILLEZ NOTER LES MESURES À PRENDRE PAR LE CHAUFFEUR/L'ASSISTANT EN CAS DE MALADIE, CRISE D'ÉPILEPSIE, ETC. QUI SURVIENDRAIT DANS LE BUS.**

- **SI NÉCESSAIRE, VEUILLEZ NOTER TOUTE INSTRUCTION SPÉCIALE PERMETTANT DE CONTRÔLER LE COMPORTEMENT DE L'ÉLÈVE.**

* *

LA SÉCURITÉ EST NOTRE PRINCIPALE PRÉOCCUPATION LORSQUE NOUS TRANSPORTONS VOTRE ENFANT.

C'EST POURQUOI NOUS VOUS DEMANDONS DE BIEN VOULOIR INDIQUER LES NOMS ET NUMÉROS DE TÉLÉPHONE DE PERSONNES AUTRES QUE VOUS-MÊME QUI POURRONT SE PRÉSENTER À LA SORTIE DU BUS. CES PERSONNES DEVRONT PRÉSENTER UNE PIÈCE D'IDENTITÉ AVEC PHOTO AVANT QUE VOTRE ENFANT NE LEUR SOIT CONFIÉ.

NOM	TÉLÉPHONE	LIEN AVEC L'ENFANT

SIGNATURE DU PARENT/TUTEUR **DATE**

ÉCOLES DU COMTÉ DE BOONE

Cher Parent ou Tuteur,

Nous vous remercions d'avoir entamé le processus visant à déterminer si votre enfant est admissible au programme préscolaire financé par l'État. Le programme préscolaire financé par l'État est un programme d'intervention proposé aux familles qui répondent aux critères d'admissibilité de revenus et/ou dont l'enfant présente un retard de développement ou un handicap établi. Chaque famille désireuse de voir son enfant rejoindre le programme préscolaire financé par l'État doit remplir un formulaire relatif au ménage et aux revenus.

1. QUI DOIS-JE COMPTER COMME MEMBRE DE MON MÉNAGE ? Toute personne vivant dans votre foyer, avec laquelle vous partagez ou non un lien de parenté (par exemple les grands-parents, d'autres proches, ou des amis) et qui partage les revenus et dépenses doit être incluse. Vous devez également vous inclure vous-même ainsi que tous les enfants qui vivent avec vous. Si vous vivez avec d'autres personnes qui sont économiquement indépendantes (par exemple, des personnes dont vous ne subvenez pas aux besoins, qui ne partagent pas leurs revenus avec vous ou vos enfants et qui paient une part au prorata des dépenses), ne les incluez pas dans votre ménage.

2. QUE FAIRE SI MES REVENUS SONT IRRÉGULIERS ? Indiquez le montant que vous percevez généralement. Par exemple, si vous percevez habituellement 1000 $ par mois, mais que vous avez manqué quelques jours de travail le mois dernier et n'avez reçu que 900 $, indiquez que vous gagnez 1000 $ par mois. Si vous avez l'habitude de faire des heures supplémentaires, incluez-les, mais ne le faites pas si cela vous arrive seulement occasionnellement. Si vous avez perdu votre travail ou si vos heures de travail ou votre salaire ont été réduits, indiquez votre revenu actuel.

3. NOUS TRAVAILLONS DANS LE SECTEUR MILITAIRE. DEVONS-NOUS INCLURE NOTRE ALLOCATION DE LOGEMENT COMME REVENU ? Si vous bénéficiez d'une allocation de logement hors base, elle doit être incluse en tant que revenu. Toutefois, si votre logement fait partie de l'initiative de privatisation des logements militaires (Military Housing Privatization Initiative ou MHPI), n'incluez pas votre allocation de logement dans votre revenu.

4. MON ÉPOUSE/ÉPOUX EST DÉPLOYÉ(E) EN ZONE DE COMBAT. SA RÉMUNÉRATION DE COMBAT EST-ELLE COMPTÉE COMME UN REVENU ? Non, si la rémunération de combat est perçue en plus de son salaire de base en raison de son déploiement et si elle n'est pas perçue avant qu'il/elle ne soit déployé(e), la rémunération de combat n'est pas considérée comme un revenu. Contactez votre école pour obtenir plus d'informations.

5 QUELS DOCUMENTS PUIS-JE FOURNIR POUR ATTESTER DU MONTANT DE MES REVENUS ? Le formulaire 1040 d'impôt sur le revenu, les formulaires W-2, des bulletins de paie datés du mois précédent, des déclarations écrites des employeurs ou des documents indiquant la situation actuelle des bénéficiaires de l'aide sociale.

Si vous avez d'autres questions ou si vous avez besoin d'aide, contactez mon assistante Angie Becknell au 859-283-3251.

Bien cordialement,
Dr Michael J. Shires
Directeur des services préscolaires
District scolaire du comté de Boone
7627 Ewing Boulevard
Florence, KY 41042
859-283-3251

MODALITÉS DE LA DEMANDE

Partie 1 : tous les membres du ménage (c'est-à-dire tout enfant ou adulte vivant avec vous) : tous les candidats doivent compléter cette partie. Indiquez le nom de chaque membre du ménage, le nom de l'école que chaque enfant fréquente et le niveau scolaire de l'enfant. Si l'enfant est un enfant en famille d'accueil, cochez la case prévue à cet effet. Si un membre du ménage ne perçoit aucun revenu, cochez la case prévue à cet effet. Tous les membres du ménage, y compris les enfants en famille d'accueil, doivent être inclus ici. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire, merci de joindre une feuille de papier distincte.

SI VOTRE ENFANT EST **SANS DOMICILE FIXE, MIGRANT** OU **FUGUEUR**, SUIVEZ LES DIRECTIVES SUIVANTES.

Partie 2 : cochez la catégorie appropriée.
Partie 3 : ignorez cette partie.
Partie 4 : signez le formulaire.

Si vous avez **UNIQUEMENT UN/DES ENFANT(S) EN FAMILLE D'ACCUEIL**, suivez les directives suivantes. Il n'est pas nécessaire de remplir un formulaire distinct pour chaque enfant en famille d'accueil présent dans votre ménage. (Si votre ménage compte à la fois des enfants en famille d'accueil et des enfants non placés en famille d'accueil, suivez les directives ci-dessous adressées à tous les autres ménages).

Si tous les enfants du ménage sont indiqués comme enfants en famille d'accueil dans la Partie 1 :
Partie 2 : ignorez cette partie.
Partie 3 : ignorez cette partie.
Partie 4 : signez le formulaire.

TOUS LES AUTRES MÉNAGES, y compris les ménages WIC, les ménages avec des enfants non placés en famille d'accueil et les ménages avec à la fois des enfants en famille d'accueil et des enfants non placés en famille d'accueil, suivez les directives ci-dessous :

Partie 2 : ignorez cette partie.
Partie 3 : suivez les directives ci-dessous pour déclarer le revenu total du ménage de ce mois-ci ou du mois dernier.

- **Section 1 - Nom :** énumérez tous les membres du ménage qui perçoivent un revenu.
- **Section 2 - Revenu brut et fréquence de réception :** inscrivez le revenu de chaque membre du ménage. Cochez la case pour nous indiquer la fréquence à laquelle la personne perçoit le revenu : chaque semaine, toutes les deux semaines, deux fois par mois ou tous les mois.
    - **Revenus du travail** : indiquez le revenu brut et non le salaire net perçu. Le revenu brut est le montant gagné *avant* impôts et autres déductions. Vous devriez pouvoir trouver cette information sur votre bulletin de paie ou auprès de votre employeur. Le revenu net ne doit être déclaré que pour les indépendants, les exploitations agricoles ou les revenus de location.
    - **Allocations et pensions alimentaires (pour enfant ou autre) :** inscrivez le montant que chaque personne perçoit et cochez la case pour indiquer à quelle fréquence.
    - **Pensions, retraite, sécurité sociale, allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI), avantages accordés aux anciens combattants et pensions d'invalidité.** Inscrivez le montant que chaque personne perçoit et cochez la case pour indiquer la fréquence de perception.
    - **Tout autre revenu :** listez les indemnités d'accident du travail, de chômage et de grève, les contributions régulières de personnes qui ne vivent pas dans votre ménage, et tout autre revenu perçu chaque semaine, une semaine sur deux, deux fois par mois ou chaque mois. N'incluez pas les revenus provenant des programmes KTAP (Kentucky Transitional Assistance Program), SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program), WIC (Women, Infants and Children), ni les prestations fédérales d'éducation et indemnités de placement en famille d'accueil versées par l'agence de placement.
    - Si vous faites partie de l'initiative de privatisation des logements militaires (Military Housing Privatization Initiative) ou si vous recevez une rémunération de combat, n'incluez pas ces allocations dans votre revenu.

Partie 4 : un adulte membre du ménage doit signer le formulaire. Veuillez joindre votre adresse et votre numéro de téléphone dans le cas où le coordinateur des services préscolaires aurait une question concernant les renseignements fournis.

FORMULAIRE RELATIF AU MÉNAGE ET AUX REVENUS

Le programme préscolaire financé par l'État est accessible aux enfants âgés au minimum de 4 ans révolus au 1er août, vivant au sein d'une famille dont le revenu est inférieur ou égal à un seuil de pauvreté de 160 %. Le programme est également accessible aux enfants de 3 ou 4 ans présentant un handicap établi. **Afin de déterminer leur admissibilité sur base des revenus, veuillez compléter, signer et retourner cette demande à : Dr Michal Shires, Directeur des services préscolaires du district scolaire du comté de Boone.**

PARTIE 1. TOUS LES MEMBRES DU MÉNAGE

Noms de <u>toutes</u> les personnes vivant dans votre ménage (prénom, initiale du deuxième prénom, nom)	École fréquentée par l'enfant, ou indiquez « NA » si le membre du ménage ne va pas à l'école	Niveau scolaire	*Indique-s'il s'agit d'un enfant en famille d'accueil (responsabilité légale de l'agence de protection de l'enfance ou du tribunal). Si <u>tous</u> les enfants listés ci-dessous sont des enfants en famille d'accueil, passez à la Partie 4 pour signer ce formulaire.*	*Indiquez si AUCUN revenu*

PARTIE 2. STATUT DE SANS-DOMICILE FIXE, MIGRANT OU FUGUEUR

Si l'un des enfants pour lequel vous faites une demande est SANS-DOMICILE FIXE, MIGRANT OU FUGUEUR, cochez la case appropriée. SANS-DOMICILE FIXE □ MIGRANT □ FUGUEUR □

PARTIE 3. TOTAL DU REVENU BRUT DU MÉNAGE (avant déductions) Précisez tous les revenus sur la ligne correspondant à la personne qui les perçoit. Cochez la case appropriée pour indiquer la fréquence à laquelle elle les reçoit. N'INSCRIVEZ CHAQUE REVENU QU'UNE SEULE FOIS.

1. NOM (Indiquez uniquement les membres du ménage qui perçoivent un revenu.)	**2. REVENU BRUT ET FRÉQUENCE DE PERCEPTION**															
	Revenus du travail avant déductions	Chaque semaine	Toutes les deux semaines	Deux fois par mois	Chaque mois	Allocations et pensions alimentaires (pour enfants ou autres)	Chaque semaine	Toutes les deux semaines	Deux fois par mois	Chaque mois	**Pensions, retraite, sécurité sociale, SSI, avantages accordés aux anciens combattants**	Chaque semaine	Toutes les deux semaines	Deux fois par mois	Chaque mois	Tout autre revenu (indiquez la fréquence, par exemple « chaque semaine », « toutes les deux semaines », « chaque mois »)
(Exemple) Jane Smith	200 $	□	□	□	□	150 $	□	□	□	□	0 $	□	□	□	□	50 $/mois
		□	□	□	□		□	□	□	□		□	□	□	□	
		□	□	□	□		□	□	□	□		□	□	□	□	
		□	□	□	□		□	□	□	□		□	□	□	□	
		□	□	□	□		□	□	□	□		□	□	□	□	
		□	□	□	□		□	□	□	□		□	□	□	□	
		□	□	□	□		□	□	□	□		□	□	□	□	

PARTIE 4. SIGNATURE (PAR UN MEMBRE ADULTE DU MÉNAGE)

Un adulte membre du ménage doit signer le formulaire.

Je certifie (promets) que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont exactes et que tous les revenus de mon ménage ont été déclarés. Je comprends que l'école recevra des fonds de l'État et des fonds fédéraux sur la base de tous les renseignements que je transmets. Je comprends que les autorités scolaires peuvent vérifier (contrôler) ces informations. Je comprends que si je fournis volontairement de fausses informations, mon (mes) enfant(s) peut (peuvent) perdre ses (leurs) prestations.

Signer ici :_____ Nom en majuscules :_____ Date : _____

Adresse :_____ Ville :_____ État : _____ Code postal : _____

Numéro de téléphone : _____ Numéro de téléphone portable : _____

Avis de confidentialité :

Le ministère de l'Éducation du Kentucky demande aux écoles de recueillir les renseignements figurant sur ce formulaire. Vous n'êtes pas dans l'obligation de fournir ces informations, mais sans elles, nous ne pouvons pas déterminer l'admissibilité de votre enfant à des prestations supplémentaires dans le cadre de programmes d'État et fédéraux. Les renseignements que vous nous fournissez seront considérés comme privés et confidentiels, conformément à la loi. Nous communiquerons toutefois votre situation socioéconomique à divers programmes d'État et fédéraux afin de les aider à évaluer, financer ou déterminer leurs prestations, aux auditeurs examinant les programmes et aux responsables de l'application de la loi pour les aider à enquêter sur les violations des règles des programmes.

Déclaration de non-discrimination :

Conformément à la loi fédérale et à la politique du ministère de l'Éducation des États-Unis, il est interdit à cette institution de faire de la discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, l'âge ou le handicap. Pour soumettre une plainte pour discrimination, écrivez au ministère de l'Éducation des États-Unis à l'adresse suivante : U.S. Department of Education, Office for Civil Rights, The Wanamaker Building, 100 Penn Square East, Suite 515, Philadelphia, PA 19107-3323 ou composez le (215) 656-8541 (voix). Les personnes malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent contacter le ministère de l'Éducation par l'intermédiaire du service de relais fédéral au (800) 877-8339 ; ou au (800) 845-6136 (espagnol). Le ministère de l'Éducation des États-Unis est un fournisseur de services et un employeur qui souscrit au principe de l'égalité des chances.

Liste de vérification :

1. Avez-vous déclaré tous vos enfants comme membre du ménage ?
2. Pour chaque membre du ménage qui perçoit un revenu, la fréquence de réception est-elle indiquée ?
3. Avez-vous signé la demande ?

NE PAS REMPLIR CETTE PARTIE. ELLE EST RÉSERVÉE À L'ÉCOLE UNIQUEMENT.

Conversion du revenu annuel : Chaque semaine x 52 ; toutes les deux semaines x 26 ; deux fois par mois x 24 ; chaque mois x 12

Revenu total : _____ Par : ☐ semaine ☐ toutes les deux semaines ☐ deux fois par mois ☐ mois ☐ Taille du ménage : _____

Admissibilité : pauvreté 160 % _____ Éducation spéciale _____ Programme Head Start _____ Revenus excédentaires _____

Raison (pauvreté 160 % ; éducation spéciale ; programme Head Start [le cas échéant] ; revenus excédentaires) _____

Coordinateur préscolaire : _____ Date : _____

Signature secondaire : _____ Date : _____

DÉCLARATION DE NON-DIVULGATION DE NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

DATE: _____

Nom et adresse du parent:

_____

_____

_____

_____

Nom de l'étudiant: _____ **Date de naissance:** _____

PRÉSENCE SCOLAIRE: _____

En signant cette renonciation, je reconnais que je refuse de fournir une copie de la carte de sécurité sociale de mon enfant au district scolaire du comté de Boone. En signant cette renonciation, votre enfant ne sera pas admissible aux fonds de la Kentucky Educational Excellence Scholarship (KEES) pour ses études collégiales.

Je comprends également que tout programme nécessitant le numéro de sécurité sociale de mon enfant pour participer au district scolaire de Boone County et / ou au Kentucky Department of Education ne sera pas disponible pour votre enfant.

Signature des parents:	**DATE:**

Commonwealth of Kentucky
Kentucky Department of Education
Boone County Board of Education
- FORMULAIRE DE JUGEMENT -

K.R.S. 158.000 exige qu'un parent ou tuteur d'un enfant qui a été jugé coupable ou précédemment expulsé d'homicide, d'agression ou de violation de la loi de l'État ou des règlements scolaires concernant les armes, l'alcool ou les drogues en informe une nouvelle école par une déclaration sous serment donnée à l'école au moment de l'inscription.

Conformément à cette exigence, je jure ou affirme que je suis le parent ou le tuteur légal de _____ (nom de l'élève) qui:

1. _____ a été jugé coupable et / ou

2. _____ a déjà été expulsé de _____ (nom de l'école privée ou publique en état ou hors état et / ou

3. _____ a été sanctionné pour une violation de la loi ou du règlement scolaire de l'État concernant les armes, l'alcool ou les drogues

4. _____ n'a JAMAIS été jugé coupable ou précédemment expulsé ou sanctionné pour violation de K.R.S. 158.000 comme mentionné ci-dessus

Les faits sont les suivants:

_____

_____

_____

_____

_____

_____

(Veuillez joindre une feuille séparée au besoin.)

Je jure ou affirme qu'au meilleur de ma connaissance et de ma conviction, les déclarations et informations contenues dans ce document sont véridiques, factuelles et complètes.

_____ _____

Affiant, Parent / Tuteur Date

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: _____