

## 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- <b>Inscripción de estudiante / tarjeta de emergencia</b> (2 páginas - firmado y fechado)	—	4- <b>Copia de la Certificación de Inmunización KY</b> , completado por el médico (debe ser actual)
—	2- <b>Tarjeta de transporte preescolar</b> (2 páginas - firmado y fechado)	—	5- <b>Copia del certificado de nacimiento</b>
—	3- Formulario de verificación de ingresos del hogar (2 páginas - firmado y fechado) & <b>Copias</b> 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; <b>NO COMPLETE SI TIENE 3 AÑOS</b> ) Si está cobrando desempleo necesita copias de las declaraciones.	—	6- <b>Copia de la tarjeta de seguro social</b> O formulario completo de declaración de no divulgación del número de seguro social 7- <b>Copia de comprobante de residencia</b> (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- <b>Copia de los documentos de custodia /tutela / documentos de los padres de crianza temporal (si corresponde)</b>		* <b>Formulario de examen de atención médica preventiva (ambos lados)</b> completado por un médico ( <b>NO debe presentarse al momento de la solicitud de preescolar</b> . Entregue la oficina de la escuela del niño una vez que comience la escuela.)
—	9- <b>Permiso para video / fotografía / Formulario de publicación (firmado)</b>		* <b>Formulario de examen de la vista de KY (NO debe presentarse al momento de la solicitud de preescolar</b> . Entregue la oficina de la escuela del niño una vez que comience la escuela)
— —	10- <b>Formulario de adjudicación (firmado)</b>  11- <b>Otros informes / evaluaciones:</b> habla / lenguaje evaluaciones, informes de fisioterapia, ocupacional Informes de terapia, IEP, etc. (si corresponde)		* <b>Formulario de evaluación / examen dental de KY (NO debe presentarse al momento de la solicitud de preescolar</b> . Entregue en la oficina de la escuela del niño una vez que comience la escuela)
—	12- <b>KY Statewide Immunization Registry Permission Slip</b>		* <b>Copia de la Tarjeta de Medicaid / Formulario de información de divulgación de Medicaid (si tiene una) (NO debe presentarse al momento de la solicitud de preescolar</b> . 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](mailto: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 hispánica)-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 Pacífico-Una persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Hawái, Guam, Samoa u otras Islas del Pacífico.
- 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**

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

**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  Menos de 1 milla  Ninguno

Cuidados durante el día: \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

<b>Office Use Only / Solo para uso de la oficina</b>
New Enrollment _____
Revised Enrollment _____
Office Personnel _____
Date _____

Start Date \_\_\_\_\_ Session \_\_\_\_\_

**Escuelas del condado de Boone  
Transporte preescolar  
Información confidencial de emergencia**

foto opcional

Fecha \_\_\_\_\_ Colegio \_\_\_\_\_

Nombre de la estudiante \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de los padres o madres \_\_\_\_\_ teléfono de casa \_\_\_\_\_

dirección de casa \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Emergencia \_\_\_\_\_

télefono de trabajo de la madre \_\_\_\_\_ teléfono de trabajo del padre \_\_\_\_\_

celular de la madre \_\_\_\_\_ el celular del padre \_\_\_\_\_

Se necesita equipo especial para el autobús: elevador de silla de ruedas \_\_\_\_\_ otro \_\_\_\_\_

**Información médica de emergencia:**

Doctor del estudiante \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

preferencia hospitalaria \_\_\_\_\_

dirección del hospital \_\_\_\_\_

seguro médico \_\_\_\_\_

**Por favor marque lo siguiente que se aplica a su hijo:**

Verbal       No Verbal       Trastorno convulsivo       Personas con discapacidad auditiva

Ambulatorio       No Ambulatorio       Discapacitado visual

Alergias \_\_\_\_\_

Medicación \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Efectos secundarios \_\_\_\_\_

*\*\*En el reverso de esta tarjeta escriba los pasos que debe tomar el conductor del autobús en caso de enfermedad, convulsiones, etc., mientras viaja en el autobús*

*\*\* En el reverso de esta tarjeta escriba las instrucciones especiales para controlar el comportamiento del estudiante*

**Ubicaciones alternativas de recogida y / o devolución:**

**Si la ubicación de recogida y / o devolución es diferente a la dirección de su casa, complete la siguiente información:**

**TODAS** las ubicaciones alternativas **deben estar dentro de los límites de la escuela**. Serán designados como el lugar autorizado para recoger y dejar, con la aprobación del Distrito, y NO estarán sujetos a cambios.

Lugar de recogida alternativo: \_\_\_\_\_

Lugar de entrega alternativo: \_\_\_\_\_

Firma del Padre / Tutor: \_\_\_\_\_

*\*\*Todos los niños viajarán en el autobús en un chaleco o asiento de seguridad.*

**INFORMACIÓN DEL AUTOBÚS ESTUDIANTIL:** Para ser completado por la oficina de la escuela

**AM (pick-up) information:**

Bus # \_\_\_\_\_ Stop Location \_\_\_\_\_

**PM (pick-up) information:**

Bus # \_\_\_\_\_ Stop Location \_\_\_\_\_

Program Director: \_\_\_\_\_ Madre o Padre: \_\_\_\_\_

- POR FAVOR ESCRIBA LOS PASOS A TOMAR POR EL CONDUCTOR / ASISTENTE DEL AUTOBÚS EN CASO DE ENFERMEDAD, ASEGURAMIENTO, ETC., MIENTRAS EL NIÑO VIAJA EN EL AUTOBÚS.

- POR FAVOR ESCRIBA CUALQUIER INSTRUCCIONES ESPECIALES PARA CONTROLAR EL COMPORTAMIENTO DEL ESTUDIANTE, COMO NECESARIO.

\* \* \* \* \*

***La seguridad es nuestra principal preocupación al transportar a sus hijos.***

**POR LO TANTO A CONTINUACIÓN, LISTE LOS NOMBRES Y NÚMEROS DE TELÉFONO DE PERSONAS QUE NO SE ENCUENTRAN CON EL AUTOBÚS SI NO PUEDE ESTAR ALLÍ. REQUERIMOS UNA IDENTIFICACIÓN FOTOGRÁFICA PARA QUE SU HIJO SEA LIBERADO.**

NOMBRE	Número de teléfono	Relación con el niño

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE MADRE, PADRE O 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, <b>salte esta parte y diríjase a la parte 4 para firmar este formulario.</b>	Marque esta casilla si esta persona no tiene ingresos
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### PARTE 2. SIN HOGAR, MIGRANTE, ESCAPADO DEL HOGAR

Si cualquier de los niños/as por los que está relleno 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")
<i>(Example) Jane Smith</i>	\$200	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$150	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$50 / <u>monthly</u>
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ / _____
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ / _____
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ / _____
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ / _____
	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$ / _____

**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:

---

---

---

---

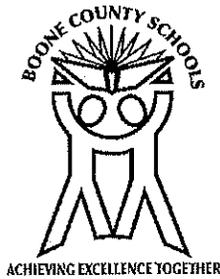
El nombre del estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

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

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: \_\_\_\_\_