

Solicitud de Preescolar del Condado de Montgomery - Iniciativa Preescolar de Virginia y NRCA Montgomery County Head Start

**New River Community Action
Head Start Program**
1093 East Main Street
Radford, Va. 24141



Blacksburg Head Start
540.552.0490

Christiansburg Head Start
540.381.7559

Área de asistencia de kínder:
__AES __BEEKS __BELVIEW __CPS
__EMES __FBE __GLES __PFES
Verificación de nacimiento () Sí () No



**Escuelas Públicas del
Condado de Montgomery
Iniciativa de Preescolar de
Virginia**
750 Imperial St.
Christiansburg, Va. 24073
540.250.7416 o 540.382.5100
ext.1044

Información del niño

(Primero) (Segundo) (Apellido)
Nombre completo del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ () Masculino () Femenino
Dirección física: _____
Dirección postal: (si fuese diferente a la dirección física) _____
Indique los programas de preescolar/cuidado infantil actuales y pasados a los que su hijo ha asistido: _____

¿Se ha postulado a otro programa de Head Start o VPI para 2022-2023? () Sí () No

Padre/Tutor: _____ Información
(Indique relación)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Vive con el niño: () Sí () No
Empleador: _____ Total de horas/semana: _____ Teléfono laboral: _____
Número de teléfono celular/para mensajes: _____ Dirección de correo electrónico: _____

**Educación: (marque el nivel más alto alcanzado) _____ Ningún diploma de educ. general (GED) _____ Diploma de escuela secundaria
_____ Diploma de educ. general (GED) _____ Cierta nivel universitario
_____ Título de asociado _____ Licenciatura o superior (indique el título _____)**

Padre/Tutor: _____ Información
(Indique relación)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Vive con el niño: () Sí () No
Empleador: _____ Total de horas/semana: _____ Teléfono laboral: _____
Número de teléfono celular/para mensajes: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Otras personas en el hogar (incluyendo todos los hermanos)-(Para el personal de Head Start relacionados por sangre, matrimonio o adopción)
(Nombre) (Relación con el niño) (Fecha de nacimiento)

¿Su hijo tiene seguro? Sí () No () Marque todos los tipos de seguro que corresponden:

Seguro médico privado Seguro dental privado Medicaid

Fecha del último examen físico del niño: _____ Fecha de la última visita del niño al dentista: _____

¿Las inmunizaciones (vacunas) de su hijo están al día? () Sí () No

Selección de programa

Considere a mi hijo para el/los siguiente/s programa/s. Entiendo que hay vacantes limitadas disponibles en todos los programas. Indique la 1º, 2º, 3º y 4º opción.

- _____ Horario de preescolar de Head Start Lunes a viernes (atiende a niños de 3 y 4 años en los sitios de Blacksburg y Christiansburg)
- _____ Escuelas Públicas del Condado de Montgomery Iniciativa Preescolar de Virginia (4 años de edad = día escolar completo)
- _____ New River Community College / Head Start servicios de día completo (solo para estudiantes de NRCC a tiempo completo)

Información adicional de la familia

1. **Su hijo tiene alguna necesidad especial que debemos conocer, tal como:** (marque todas las opciones que correspondan)
 Retraso en el desarrollo Trastornos del habla/lenguaje TOD, TOD, TDAH
 Autismo Lesión cerebral traumática Discapacidad visual
 Discapacidad auditiva Discapacidad ortopédica o limitaciones físicas
 Trauma (explique) _____
2. **¿Su hijo recibe servicios de educación especial o tiene un IFSP o IEP actual con las Escuelas Públicas del Condado de Montgomery?**
 Sí No (si la respuesta es sí, el personal debe obtener la divulgación de información)
3. **¿Su hijo tiene alguna condición de salud crónica o problemas de desarrollo por los que haya visto a un especialista y/o se le haya recetado algún medicamento?** Sí No Si marcó que sí, indique y explique _____
4. **El niño es un niño en acogida:** Sí No
5. **¿Idioma principal que se habla en el hogar?**
6. **¿Su familia se ha visto afectada de forma negativa por el COVID?** Sí No
 Si respondió "sí", explique: _____
7. **Educación/formación: (Completar solo para los padres/tutores que viven con el niño)**

	Padre/Tutor 1	Padre/Tutor 2
No tiene GED/Diploma (Indique el último grado al que asistió en el recuadro)		
Tiene GED/Diploma (Indique cuál en el recuadro)		
Algunos estudios universitarios/título de asociado/otra formación (indique cuál en el recuadro)		
Tiene un título universitario (licenciatura o superior) Indique título(s)		

8. Trabajo/escuela: (Marque todas las casillas que correspondan a cada uno)

	Padre/Tutor 1	Padre/Tutor 2
No tiene empleo		
Trabaja 29 horas o menos a la semana		
Trabaja más de 30 a la semana		
Escuela a tiempo parcial (cantidad de horas)_____ ¿DÓNDE?		
Escuela a tiempo completo (cantidad de horas)_____ ¿DÓNDE?		

9. **¿Recibe ayuda para la vivienda?** (por ej., ayuda para el alquiler, ningún pago mensual de alquiler o hipoteca, HUD u otro subsidio) Sí No
10. **Transporte: Disponible solo en programas específicos.** ¿Puede transportar a su hijo hacia y desde la escuela todos los días?
 Sí No
11. **¿Recibe** TANF o SSI?
12. **Ingreso total anual de la familia:** \$ _____
 (Head Start y VPI necesitarán verificación de los ingresos de los últimos 12 meses)
13. **¿Cómo se enteró de nuestro programa?** _____

El programa New River Community Action Head Start y Montgomery County Public Schools toma en consideración un número de factores para determinar la elegibilidad. Además de su nivel de ingresos y de la edad de su hijo, se considera la cantidad de miembros de la familia y las necesidades familiares. La siguiente información es voluntaria. Esta información será considerada junto con otra información compartida con nuestro personal durante el proceso de solicitud con el fin de determinar la elegibilidad y familiarizarse con su familia. Al firmar la solicitud a continuación, autorizo la divulgación de toda la información médica, dental, educativa y de desarrollo para ser compartida por New River Community Action Head Start y Montgomery County Public Schools.

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del personal

Fecha