

Distrito Escolar Independiente de Columbia-Brazoria Paquete de registro de PreK

*Todas las clases de PreK de CBISD se llevan a cabo en
Wild Peach Elementary
3311 County Road 353
Brazoria, TX 77422
(979) 799-1750*

*Directora: Mary McCarthy email: mary.mccarthy@cbisd.com
Secretaria: Heather Richards email: heather.richards@cbisd.com*

Lista de verificación de documentación de registro de kindergarten

Los siguientes documentos son necesarios para registrarse

- 1. Certificado de nacimiento del niño*
- 2. Tarjeta de seguro social del niño*
- 3. Registro de vacunas actual del niño*
- 4. Prueba de residencia del padre / tutor*
- 5. Licencia de conducir de padre / tutor*
- 6. Verificación de ingresos para todos los miembros de la familia.*
- 7. SNAP / TANF / Medicaid si corresponde*

➤ *Wild Peach Elementary se comunicará con usted en agosto para completar el proceso de inscripción y para configurar Skyward Family Access en línea.*

CBISD PreK está asociado con Brazoria County Headstart. Debe ir a Brazoria Head Start, 120 W. Pleasant St Brazoria y completar su proceso de registro también. Por favor llame al 979-798-2391 para más información.

Información de prekínder de la escuela primaria Wild Peach

Suministros de prekínder

- 1 – cajas grandes de pañuelos
- 1 – auriculares (**no auriculares**)
- 2 – barras de pegamento
- 1 – botella grande de desinfectante para manos
- 1 – 80 toallitas húmedas para bebés
- 1 – Cobija de tamaño TODDLER para la hora de la siesta (*la escuela proporciona tapetes para la siesta*)
- Niñas:** 1 caja de bolsas con cremallera de un galón
- Niños:** 1 caja de bolsas con cierre de un cuarto de galón
- Mochila (*Tamaño completo. Sin ruedas*)
- 2 mudas de ropa empacadas en una bolsa zip top
- Caja de almuerzo (opcional)

Accidentes

Sucedan accidentes de todo tipo y necesitamos poder cambiar a su hijo con ropa limpia. La ropa sucia se colocará en una bolsa de plástico y se enviará a casa para que la lave. Envíe ropa limpia al día siguiente para que su hijo siempre tenga un juego de ropa limpia disponible.

Cosas que su hijo debe saber/ser capaz de hacer antes de venir a PreK

- ✓ Estar entrenado para ir al baño
- ✓ Ser capaz de usar papel higiénico después de defecar
- ✓ Ser capaz de manejar su propia ropa cuando usa el baño (*subir/bajar los pantalones/ropa interior, abrocharse los broches, cerrar los pantalones, etc.*)
- ✓ Ser capaz de ponerse los zapatos
- ✓ Ser capaz de decirle a alguien su nombre y apellido
- ✓ Ser capaz de reconocer su nombre y apellido cuando se le llama

Conoce la maestra

- Conoce la maestra será el martes 14 de agosto.

Primer día de escuela

- Los padres pueden acompañar a su hijo a la puerta principal de la escuela.
- Los padres no acompañan a los niños a clase.

Transporte

- El servicio de autobús está disponible para todos los estudiantes que asisten a la escuela primaria Wild Peach.
- **DEBE** registrarse para el servicio de autobús en Skyward Family Access **ANTES** del 9 de agosto de 2023 para garantizar el servicio de autobús el primer día de clases.
- Los cambios de transporte deben llamarse a la oficina de Wild Peach antes de las 3:00 p.m.

Head Start

- CBISD PreK está asociado con Head Start. Debe registrar a su hijo en Head Start y proporcionar todos los documentos requeridos.

Solicitud de Pre-Kindergarten de CBISD

Este formulario no garantiza la admisión al programa de prejardín de infantes de CBISD

INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE	
<p>Nombre: _____</p> <p>Número de Seguro Social _____</p> <p>Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ niño ___niña</p> <p>Ciudad / Estado / País de nacimiento _____</p> <p>Idioma que habla el niño _____</p>	<p>El Código de Educación de Texas 29.153 enumera las calificaciones de los niños para los programas de pre-kindergarten. Un estudiante es elegible para el programa de Pre-Kindergarten de CBISD si cumple con uno de los criterios que se describen a continuación. Seleccione los criterios para los que le gustaría calificar a su hijo.</p> <p><input type="checkbox"/> Dominio limitado del inglés El niño no puede hablar Y comprender el idioma inglés. Debe completar la Encuesta sobre el idioma del hogar Y el niño debe calificar en la Prueba de dominio del lenguaje oral</p> <p><input type="checkbox"/> Educación en desventaja (ingresos familiares) El niño es elegible para participar en el programa nacional de almuerzos escolares según los ingresos familiares. <u>Debe completar encuesta del hogar Y proporcione prueba de TODOS los ingresos: talones de pago, sobre de pago, carta del empleador, declaración de desempleo, pagos de pensión o discapacidad, etc. (consulte la tabla de ingresos del NSLP)</u></p>
INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR	
<p>Nombre: _____</p> <p>Fecha de nacimiento: ___ / ___ / ___ M ___F</p> <p>Dirección: _____ Apt#: _</p> <p>Ciudad: _____ Código postal: _____</p> <p>Teléfono de casa: _____</p> <p>Teléfono celular: _____</p> <p><i>Entiendo que la información enviada en esta solicitud será verificado por los funcionarios de la escuela. Si la investigación determina que mi hijo no cumple con las pautas de elegibilidad, no podrá participar en el Programa de Prekindergarten de CBISD. Certifico que la información ingresada en esta solicitud es verdadera y correcta y que la tergiversación deliberada de la información puede someterme a enjuiciamiento bajo las leyes estatales y federales aplicables.</i></p> <p>Firma del Padre / Tutor:</p> <p>_____</p> <p>Date of Application _____</p>	<p>Tamaño total del hogar _____ Ingreso mensual total del hogar _____ <i>Debe incluir todos los ingresos brutos antes de las deducciones; y todas las demás fuentes de ingresos, incluidas propinas, compensación por desempleo, ingresos por trabajo por cuenta propia, pago de asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, seguridad social, beneficios por discapacidad, ingresos por intereses / dividendos, etc.</i></p> <p><input type="checkbox"/> Educacionalmente desfavorecido (asistencia familiar) El niño es elegible para participar en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares en base a que la familia reciba asistencia para lo siguiente: ___ Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP) ___ Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF) <u>Debe proporcionar una copia de la carta de certificación / beneficio activa.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Educacionalmente desfavorecidos (ARD) El niño cumple con los requisitos de elegibilidad basados en la discapacidad y la edad = 4.</p> <p><input type="checkbox"/> Sin hogar El niño no tiene hogar según lo define [42 USC 11302a & 11304a], Ley McKinney-Vento. <u>Debe haber aprobado el Cuestionario de residencia estudiantil.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Dependiente militar El niño es dependiente de un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU. (O miembro herido, muerto o desaparecido mientras estaba en servicio activo). <u>Debe proporcionar documentación militar oficial.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Cuidado de crianza El niño está o ha estado alguna vez bajo la tutela (cuidado de crianza) del Departamento de Servicios para la Familia de Texas después de una audiencia contradictoria. <u>Debe proporcionar una carta de verificación u otra documentación oficial del DFPS.</u></p> <p><input type="checkbox"/> Premio Estrella de Texas El niño es dependiente de un nominado o beneficiario del premio Star of Texas. Debe proporcionar una carta de verificación u otra documentación oficial.</p>
<p>Formularios adicionales para completar: Encuesta sobre el idioma del hogar, Cuestionario de residencia, Solicitud de nutrición infantil</p>	

Income Verification Chart

PLEASE NOTE: This process does NOT qualify the student to receive free or reduced lunches. It is simply a process to verify the family’s income and have proper documentation on file, as required by TEA. Families **must** apply with the Child Nutrition Department in order to receive free or reduced lunches.

INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES

[Effective from July 1, 2023 to June 30, 2024]

Cuadro de verificación de ingresos

TENGA EN CUENTA: Este proceso NO califica al estudiante para recibir almuerzos gratis o reducidos. Es simplemente un proceso para verificar los ingresos de la familia y tener la documentación adecuada en el archivo, como lo requiere la TEA. Las familias deben presentar una solicitud con el Departamento de Nutrición Infantil para recibir almuerzos.

PAUTAS DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS

[Efectivo desde el 1 de julio de 2023 hasta el 30 de junio de 2024]

Household Size - Total # Living in Home <i>Tamaño del hogar: número total de personas que viven en el hogar</i>	Total Income (wages, salary, welfare, child support, alimony, pension, Social Security, worker’s compensation, unemployment, all other sources of income before any deductions) <i>Ingresos totales (sueldos, salario, asistencia social, manutención infantil, pensión alimenticia, pensión, seguro social, compensación laboral, desempleo, todas las demás fuentes de ingresos antes de las deducciones)</i>										
	May be Eligible for Reduced Price Meals <i>Puede ser elegible para comidas a precio reducido</i>					May be Eligible for Free Meals <i>Puede ser elegible para comidas gratis</i>					
	Annual <i>Anual</i>	Monthly <i>Mensual</i>	2X/Month <i>2 veces/ mes</i>	2-Weeks <i>2 semanas</i>	Weekly <i>Semanal mente</i>	Annual <i>Anual</i>	Monthly <i>Mensual</i>	2X/Month <i>2 veces/ mes</i>	2-Weeks <i>2 semanas</i>	Weekly <i>Semanal mente</i>	
1	26,973	2,248	1,124	1,038	519	18,954	1,580	790	729	365	
2	36,482	3,041	1,521	1,404	702	25,636	2,137	1,069	986	493	
3	45,991	3,833	1,917	1,769	885	32,318	2,697	1,347	1,243	622	
4	55,500	4,625	2,313	2,135	1,068	39,000	3,250	1,625	1,500	750	
5	65,009	5,418	2,709	2,501	1,251	45,682	3,807	1,904	1,757	879	
6	74,518	6,210	3,105	2,867	1,434	52,364	4,364	2,182	2,014	1,007	
7	84,027	7,003	3,502	3,232	1,616	59,046	4,921	2,461	2,271	1,136	
8	93,536	7,795	3,898	3,598	1,799	65,728	5,478	2,739	2,528	1,264	
+each member	9,509	793	397	366	183	6,682	557	279	257	129	

DISTRITO INDEPENDIENTE ESCOLAR COLUMBIA-BRAZORIA FORMA DE MATRICULACIÓN

Información del estudiante		Escuela:	Grado:
Nombre:		Fecha de Nacimiento:	
Segundo nombre:		Género:	
Apellido:		SSN:	
Origen étnico – elijasólo uno:	Hispano/Latino (una persona de Cuba, Mexicana, puertorriqueña, Sur o Centroamericano o otra cultura de España o origen, independientemente de su raza.)		NO Hispano/Latino
Raza – elija todo lo que aplica:	Indígenas Americanos o nativos de Alaska una persona con orígenes en cualquiera de los pueblos originales de Norteamérica y Sudamérica (incluyendo América Central).	Asia persona que tiene orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Extremo Oriente, sudeste de Asia o el subcontinente indio incluyendo Corea, Malasia, Pakistán, las Islas Filipinas y Vietnam.	Nativo Hawaiano o otro Pacífico Isleños persona que tenga origen en cualquiera de los pueblos originarios de Hawai, Guam, Samoa, o otras islas del Pacífico.
	Negro o Afroamericano	Blanco	

Información acerca de la persona matriculando al estudiante (requerido por la TEC #25002(F))		
Nombre:	Relación al estudiantes:	Su fecha de nacimiento: / /
Dirección Física:		
Calle Física	Ciudad	Código Postal

Se trata de la residencia principal del estudiante	Para el Progenitor/Guardian femenino	Para el Progenitor/Guardian masculino
Nombre		
Segundo nombre		
Apellido		
Relación al estudiantes		
Dirección Física		
Ciudad y Código Postal		
Teléfono móvil		
Teléfono de casa		
Dirección de correo electrónico seguro		

Información sobre el padre sin-custodia del estudiante, si fuera aplicable, pertenece en la forma de Familia #2.

Otros niños de edad escolar que viven en la Dirección del estudiante				
Nombre	fecha de nacimiento	¿Matriculados en CBISD?	Escuela	Grado

Firma:	Fecha:
--------	--------

COLUMBIA-BRAZORIA ISD FAMILY #2 FORM

This form is intended for use by parents or guardians of CBISD students in circumstances where the student does NOT live with them, but for whom the parent or guardian has full access to the student’s educational information. Any court documents restricting access to the student will supersede this form.

Note: It is **CRITICAL** that you provide the same information for all of your children in CBISD. If you enter a name as James on one form and as Jimmy on another, the system will read that as 2 separate people. Family/guardian contacts provided in this section should NOT be listed as Emergency Contacts – they will be called automatically. ALL fields are required to be completed with accurate information, ie: relationship to student should indicate if step-child or not.

FORMULARIO FAMILIA # 2 DE COLUMBIA-BRAZORIA ISD

Este formulario se destina para uso de los padres o tutores de los estudiantes CBISD en circunstancias en que el estudiante no viven con ellos, pero para las que el padre o tutor tiene pleno acceso a la información educativa delestudiante. Ningún documento judicial restringir el acceso a los estudiantes se reemplaza al de este formulario.

Anotación: Es CRITICO que porporcione la misma información para todos sus hijos en nuestro distrito, CBISD. Si especifica un nombre como James en una forma y como Jimmy en otra, nuestro sistema lo leerá como 2 personasseparadas. Nombres anotados de familiares o tutores no deben aparecer como contactos de emergencia. CBISD primero llamará a lo anotado para familia # 1, a continuación familia # 2 y seguirá con sus contactos de emergencia.

SY <small>OFFICE USE ONLY</small>	for the Female Parent / Guardian Para el Progenitor/Guardian femenino	for the Male Parent / Guardian Para el Progenitor/Guardian masculino
Last Name/ Apellido		
First Name/ Nombre		
Middle Name/Segundo nombre		
Mailing Address/ Dirección Postal		
City & ZIP/ Ciudad y Código Postal		
Physical Address/ Dirección Fisica		
City & ZIP/ Ciudad y Código Postal		
Home Phone/ Teléfono de casa		
Cell Phone/Teléfono móvil		
Email Address/Dirección de correo electronic		
Work Phone/ Teléfono de trabajo		

Student Information / Información del estudiante		
Full Legal Name Nombre legal completo	Female Guardian Relationship/ Relación de Guardian Femenino	Male Guardian Relationship/ Relación de Guardian Masculino

COLUMBIA-BRAZORIA ISD Cuestionario sobre residencia estudiantil, cuidado de crianza y conexión militar

Este cuestionario está destinado a abordar la Ley de Educación para Personas sin Hogar McKinney-Vento 42 U.S.C.1143a (2); legislación que requiere que las escuelas recopilen datos sobre el estado de cuidado de crianza de todos los estudiantes; y dependientes militares (TEC cap. 162). Las respuestas a esta información de residencia ayudan a determinar los servicios que el estudiante puede ser elegible para recibir. Presentar un registro falso o falsificar registros es un delito según la Sección 37.10 del Código Penal, y la inscripción del niño con documentos falsos somete a la persona a la responsabilidad por la matrícula u otros costos. Sección 25.002 (3) (d) del TEC. Los distritos escolares locales deben recopilar la siguiente información, que se mantendrá confidencial. Se requiere un formulario por estudiante inscrito.

Nombre del estudiante: _____ Sexo: M F Fecha de nacimiento: _____

ÚLTIMO PRIMERO MEDIO

Escuela: _____ Student ID: _____ Grado: _____ Edad: _____

Sección A - Situación de vida del estudiante (marque todas las que correspondan)

- El estudiante vive con sus padres o tutores legales en una casa (casa o apartamento) y no comparte la casa con nadie más (familia extendida, amigos, etc.)
- Vivo en la casa de un pariente o amigo porque perdí mi vivienda ("duplicué" debido a dificultades económicas, incendio, inundación, divorcio, violencia doméstica, padre en el ejército y fue desplegado, padre en la cárcel, etc.)
- Vivir en una tienda de campaña, automóvil, camioneta, edificio abandonado (vivir en la calle, campamento, parque o lugar sin refugio), incluye vivir sin electricidad, calefacción y / o agua corriente en una casa / apartamento / remolque.
- Vivir en un hotel / motel (debido a dificultades económicas, desalojo, inundación, incendio, huracán, etc.)
- Vivo en un refugio porque no tengo una vivienda permanente (refugio familiar, refugio para víctimas de violencia doméstica, refugio para niños / jóvenes, vivienda de FEMA), incluye vivir en una vivienda de transición (mudanza de un lugar a otro, arreglo de vivienda temporal).
- Joven no acompañado (el estudiante no vive en la casa de un padre o tutor legal).
- Niño o joven colocado por el DFPS con un tutor temporal (el DFPS proporcionó un Plan de seguridad infantil para los padres o una Autorización para un cuidador voluntario o que no es el padre).

Sección B - Estado de acogida temporal (marque todas las que correspondan) * Si no está en acogida temporal, deje esta parte en blanco

- El estudiante se encuentra actualmente bajo la tutela (custodia) del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección (una orden judicial nombra al DFPS como curador administrativo temporal o curador administrativo permanente)
- El estudiante se encuentra actualmente en cuidado de crianza y reside en un hogar de crianza o en un hogar grupal (el padre de crianza temporal / el personal del hogar grupal tiene el formulario de autorización de colocación del DFPS 2085)

SOLO para estudiantes de Pre-Kindergarten:

- El estudiante ha estado previamente bajo la tutela (custodia) del Departamento de Servicios de Protección y Familia

Sección C - Información familiar relacionada con militares

Marque una de las casillas a continuación para indicar si su hijo de K a 12.º grado es dependiente de un miembro en servicio activo de:

Ejército, Armada, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o Guardia Costera [incluyendo Desaparecidos en Acción]

Guardia Nacional de Texas

Servicio de reserva del Ejército, la Armada, la Fuerza Aérea, el Cuerpo de Marines o la Guardia Costera

Si el estudiante K-12 es dependiente de un ex miembro de las fuerzas armadas de los EE. UU., la Guardia Nacional de Texas o las reservas militares de los EE. UU. por favor marque esta casilla.

Si el estudiante K-12 era dependiente de un miembro de una fuerza militar o de reserva en el ejército de los Estados Unidos que murió en el cumplimiento del deber, por favor marque esta casilla.

SOLO para estudiantes de Pre-Kindergarten:

- Fuerzas armadas o fuerzas reservadas de los Estados Unidos (Ejército, Marina, Fuerza Aérea, Infantería de Marina o Guardia Costera) o la Guardia Nacional de Texas que esté en servicio activo o haya resultado herido o muerto mientras estaba en servicio activo.

Sección D - Padre / tutor legal / cuidador / joven no acompañado

Nombre: _____ Relación con el estudiante: _____

ÚLTIMO PRIMERO MEDIO

Teléfono: _____ Dirección: _____ Código postal: _____

Tiempo del estudiante en la dirección actual : _____ años _____ meses _____ días Número de niños inscritos en CBISD: _____

Firma del padre / tutor legal / cuidador / joven no acompañado

Fecha

Please send / return to Parent Liaison, then place copy in student folder.

I certify the above-named student _____ meets / does not meet _____ requirements of the McKinney-Vento Act.

I certify the above-named student _____ meets / does not meet _____ requirements of the Fostering Connections to Success and Increasing Adoptions Act of 2008.

Parent Liaison Signature _____ Date _____ School Year _____

CBISD Home Language Survey

The state of Texas requires (19TAC Ch. 89, subch. BB §89.1215) that the following information be completed for each student in grades PK-12 who enrolls in a Texas public school for the FIRST time. It is the responsibility of the parent/guardian, not the school, to provide the language information requested by the questions below. This survey shall be kept in each student's permanent record folder.

To determine if your child would benefit from English as a Second Language program services, please answer the two questions below. If either of your responses indicates the use of a language other than English, the school district will conduct an assessment to determine how well your child communicates in English. This assessment information will be used to determine if an ESL program is appropriate and for instructional and placement recommendations. Once your child is assessed, changes to this HLS are not permitted. If you have questions about the purpose and use of the HLS, or you would like assistance in completing this form, please contact your school or district staff.

Encuesta sobre el idioma en el hogar de CBISD

El estado de Texas requiere (19TAC Ch. 89, subch. BB §89.1215) que se complete la siguiente información para cada alumno en los grados EE-12 que se inscriba en una escuela pública de Texas por PRIMERA vez. Es la responsabilidad del padre / tutor, no de la escuela, proporcionar la información del idioma solicitada en las siguientes preguntas. Esta encuesta se mantendrá en la carpeta de registro permanente de cada estudiante.

Para determinar si su hijo se beneficiaría de los servicios del programa de Inglés como Segundo Idioma, responda las dos preguntas a continuación. Si alguna de sus respuestas indica el uso de un idioma que no sea el inglés, el distrito escolar realizará una evaluación para determinar qué tan bien se comunica su hijo en inglés. Esta información de evaluación se usará para determinar si un programa de ESL es apropiado y para recomendaciones de instrucción y colocación. Una vez que se evalúa a su hijo, no se permiten cambios a este HLS. Si tiene preguntas sobre el propósito y uso de HLS, o si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el personal de su escuela o distrito.

Student Name(Nombre): _____ ID#: _____

Address(Dirección): _____

Telephone(Teléfono): _____ Campus(Escuela): _____

Please indicate only ONE language per response (Por favor indique solo UN idioma por respuesta):

What language is spoken in the child's home most of the time?.

¿Qué idioma se habla en el hogar del niño la mayor parte del tiempo? _____

What language does the child speak most of the time?

¿Qué idioma habla el niño la mayor parte del tiempo? _____

Parent/Guardian Signature: _____ Date(Fecha): _____

Firma del Padre / Tutor

Encuesta para padres de PreK

Nombre y apellido del alumno: _____

Nombre y apellido del padre: _____

Número de teléfono celular del padre: _____

Por favor complete la siguiente encuesta sobre su hijo

1. ¿Está su hijo entrenado para ir al baño? __ si __ no
2. ¿Puede su hijo saltar en su lugar con dos pies juntos como un conejo? __ si __ no
3. ¿Puede su hijo lanzar una pelota sin dirección? __ si __ no
4. ¿Puede su hijo copiar un círculo o una línea recta con un crayón o un lápiz? __ si __ no
5. ¿Puede su hijo combinar formas: círculo, cuadrado, triángulo? __ si __ no
6. ¿Puede su hijo decirle si hay uno o dos objetos delante de él / ella? __ si __ no
7. ¿Puede su hijo seguir instrucciones simples como "poner la _____ en la caja" o "sacar la _____ de la caja"? __ si __ no
8. Cuando se le presentan dos objetos similares de diferentes tamaños, ¿puede su hijo darle el objeto grande o el objeto pequeño? Ejemplo: Dame la pelota grande. Dame el pequeño bloque. __ si __ no
9. ¿Puede su hijo darle una cantidad específica de un objeto? Ejemplo: Dame un bloque. Dame dos bloques. __ si __ no
10. ¿Utiliza su hijo un grupo de al menos 3 palabras para hablar o pedir algo? Ejemplo: Tengo hambre ahora. __ si __ no

Agregue algo específico que le gustaría decir sobre su hijo.

¡Gracias!

PRE-SOLICITUD 2023-2024



Información del padre / tutor

*** Al completar la siguiente información, certifica que toda la información es verdadera y precisa. La información falsa puede resultar en que el niño sea removido de las Escuelas de Aprendizaje Temprano Head Start del Condado de Brazoria, Inc. ***

Nombre completo del padre _____

Cumpleaños _____ Género _____

Dirección de correo electrónico _____ Teléfono móvil _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Raza _____ Hispano Y / N

Dominio del inglés: Poco / Moderado / Ninguno / Competente

Otro idioma _____ Dominio de otros idiomas: Poco / Moderado / Ninguno / Competente

Grado más alto completado _____ Estado de Empleo _____

Relación del niño: Biológico, adoptado, padrastro / adoptivo / nieto / otro _____

Custodia S / N Vive con la familia S / N Proporciona apoyo financiero S / N

Dirección

¿Su familia está pasando por la falta de vivienda? S / N

Dirección de residencia _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección postal igual que la dirección de residencia

Otros adultos

¿Hay otro padre / tutor en la familia? S / N En caso afirmativo, indíquelos a continuación.

Nombre completo _____

Cumpleaños _____ Género _____

Dirección de correo electrónico _____ Teléfono móvil _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Raza _____ Hispano Y / N

Dominio del inglés: Poco / Moderado / Ninguno / Competente

Otro idioma _____ Dominio de otros idiomas: Poco / Moderado / Ninguno / Competente

Grado más alto completado _____ Estado de Empleo _____

Relación del niño: Biológico, adoptado, padrastro / adoptivo / nieto / otro _____

Custodia S / N Vive con la familia S / N Proporciona apoyo financiero S / N

¿Hay otros adultos en el hogar? Indíquelos a continuación. Utilice papel adicional si es necesario.

Nombre completo _____

Cumpleaños _____ Género _____

Dirección de correo electrónico _____ Teléfono móvil _____

Teléfono de casa _____ Teléfono de trabajo _____

Raza _____ Hispano Y / N

Dominio del inglés: Poco / Moderado / Ninguno / Competente

Otro idioma _____ Dominio de otros idiomas: Poco / Moderado / Ninguno / Competente

Grado más alto completado _____ Estado de Empleo _____

Relación del niño: Biológico, adoptado, padrastro / adoptivo / nieto / otro _____

Vive con la familia S / N Proporciona apoyo financiero S / N

Información familiar

*** Familia significa todas las personas que viven en el mismo hogar y que reciben el apoyo de los ingresos de los padres o tutores del niño; y están relacionados con los padres o tutores del niño por sangre, matrimonio o adopción; o es el cuidador autorizado del niño o la parte legalmente responsable. ***

**** Al completar la siguiente información, certifica que toda la información es verdadera y precisa. La información falsa puede resultar en que el niño sea retirado de las Escuelas de Aprendizaje Temprano Head Start del Condado de Brazoria, Inc. ****

Número de padres / tutores. Por favor circule uno: Hogar monoparental Hogar biparental

Idioma principal en el hogar _____

Número en el hogar _____ Ingreso bruto anual _____

- ¿Su familia recibe beneficios en efectivo u otros servicios bajo el programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? Por favor marque. S / N
- ¿Su familia recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? Por favor marque. S / N
- ¿Su familia está recibiendo servicios de WIC? Por favor marque. S / N
- ¿Su familia está recibiendo servicios bajo el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), anteriormente conocido como Cupones para Alimentos? Por favor marque. S / N
- ¿Es al menos uno de los padres / tutores un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? Por favor marque. S / N
- ¿Es al menos uno de los padres / tutores un veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? Por favor marque. S / N

Contactos de emergencia

Nombre	Relación	¿Podemos comunicarnos con esta persona si no podemos comunicarnos con usted?	¿Podemos entregar a su hijo a esta persona?	Dirección	Teléfono M- Móvil H - Casa W- Trabajo

Niño/Niña (solicitante)

*** Al completar la siguiente información, certifica que toda la información es verdadera y precisa. La información falsa puede resultar en que el niño sea removido de las Escuelas de Aprendizaje Temprano Head Start del Condado de Brazoria, Inc. ***

Primer nombre _____

Segundo nombre _____

Último nombre _____

Cumpleaños _____ Sexo _____

Raza _____ Hispano S / N

Dominio del inglés Por favor circule uno. Poco / Moderado / Competente / Ninguno

Otro idioma _____ Dominio de otros idiomas Poco / Moderado / Ninguno / Competente

Cobertura de salud primaria _____

Otra cobertura _____

Número de Medicaid _____

Médico / Hogar médico _____

Cobertura dental _____

Dentista / Hogar dental _____

¿Su hijo tiene una discapacidad o le preocupa el desarrollo de su hijo? Encierre en un círculo una S / N

¿Hay algo más que quiera contarnos sobre su hijo?

Preferencias de ubicación

¿Qué programa está solicitando? Encierre en un círculo uno.

Early Head Start: bebés y niños pequeños

Head Start - Preescolar Edades 3-5

Hermanos/Hermanas

*** Al completar la siguiente información, certifica que toda la información es verdadera y precisa. La información falsa puede resultar en que el niño sea retirado de las Escuelas de Aprendizaje Temprano Head Start del Condado de Brazoria, Inc. ***

¿Hay otros niños en la familia? Si es así, por favor complete.

Nombre	Apellido	Cumpleaños	Sexo

Al completar TODA LA información ANTERIOR, usted certifica que toda la información es verdadera y precisa. La información falsa puede resultar en que el niño sea retirado de las Escuelas de Aprendizaje Temprano Head Start del Condado de Brazoria, Inc.

Gracias por completar la solicitud de preinscripción. Un miembro de nuestro personal se comunicará con usted dentro de los 5 días hábiles. Esté preparado para proporcionar comprobantes de ingresos, que incluyen el Formulario 1040 del IRS, formularios BCHS ERSEA (si corresponde), SSI, Beneficios de desempleo, carta de colocación en hogares de crianza o recibos de pago de un mes para cada padre / tutor en el hogar. Certificado de nacimiento, registros de vacunas, Medicaid o tarjeta de seguro, IEP o IFSP (si corresponde) para el niño solicitante. Cualquier papeleo ordenado por la corte. Si tiene alguna pregunta, dirijala al campus. Angleton: 979-849-9261, Brazoria: 979-798-2391, Lake Jackson: 979-297-8018.

*** Tenga en cuenta: solo el padre con custodia puede completar la documentación de inscripción del niño. Los horarios de inscripción son con cita previa. Solicitamos que solo una persona del hogar asista a esta cita para practicar un distanciamiento social seguro. Los padres estarán sujetos a que se les tome la temperatura antes de ingresar a cualquier edificio de BCHS. Use una máscara antes de ingresar al edificio, si no tiene una máscara, se le proporcionará una. ***

Firma de los padres _____

Fecha _____