



Se acepta aplicaciones del 2 de enero hasta el 15 de abril de 2019 para el año escolar 2019-20. Visitas educativas al hogar son parte del programa. Toda la información se manejará de manera confidencial. Por favor complete esta forma.

Información de Niño(a):

Primer Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellidos _____

Nombre Preferido _____ Varón Hembra E-mail _____

Dirección Calle _____ Ciudad _____ Código Postal _____

¿Planea moverse antes del primer día de la escuela? Sí No Quizás

Si sí, indique la nueva dirección _____

Fecha de Nacimiento _____ Edad _____ Primer idioma _____

Nombres y Apellidos de Padres/Tutores Legales _____

Números de Teléfono _____
CASA CELULAR PADRE 1 CELULAR PADRE 2

Padre/Tutor Legal 1 Lugar de Empleo/Escuela _____

Padre/Tutor Legal 1 Teléfono de Empleo _____ Total de Horas Cada Semana _____

Padre/Tutor Legal 2 Lugar de Empleo/Escuela _____

Padre/Tutor Legal 2 Teléfono de Empleo _____ Total de Horas Cada Semana _____

Jardín de Infancia o Guardería Actual (si está matriculado) _____

¿Es su hijo entrenado para usar el baño? Sí No

¿Su hijo tiene una discapacidad o necesidad especial? Sí No

Si sí, ¿dónde recibe su hijo servicios? _____

¿Usted tiene preocupaciones sobre el desarrollo o comportamiento de su hijo? Sí No

Si sí, describa sus inquietudes _____

¿Necesita transporte para que su hijo(a) asista? Sí No No sé

Se provee transporte de/a su casa o una guardería dentro del área de asistencia de G. W. Carver Elementary solamente.

¿Obtendrá el cuidado de su hijo(a) antes/después del programa preescolar al cual su hijo asiste? Sí No No sé

En caso afirmativo, por favor indique nombre y ubicación _____

Se requiere los siguientes documentos para acompañar esta aplicación:

- Acta de nacimiento o carta de nacimiento
- Prueba de residencia
- Prueba de ingresos

Se requiere lo siguiente **el 1 de julio de 2019 o antes** para entrar en la escuela:

- Examen físico actual y Registro de vacunación actual

For Office Use Only	G. W. Carver Home School (per Attendance Zone)	Age Verified (list age) _____
Application Received _____	DATE _____	LOCATION _____
Date received by Preschool Office _____	Receiving Staff Name _____	
Additional Notes/Information _____		

FACTORES DE LA FAMILIA

La información en esta forma se utiliza para determinar la elegibilidad y para atender las necesidades de familia. Las Escuelas Públicas de la Ciudad de Salem no discrimina por raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad o edad en programas y actividades.

Información sobre el Hogar

Nombre y Apellidos de Niño(a) _____

Persona completando la forma _____ Relación al niño(a) _____

¿Quién tiene custodia legal del niño? _____

Niño(a) vive con Un Padre Dos Padres Padres Substitutos Otro/Tutor Legal _____

POR FAVOR ESPECIFIQUE

Hermanos y hermanas en la casa con menos de 18 años

NOMBRE Y APELLIDOS

EDAD

ESCUELA/JARDÍN INFANTIL/GUARDARÍA

NOMBRE Y APELLIDOS	EDAD	ESCUELA/JARDÍN INFANTIL/GUARDARÍA
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Escriba otros que viven en el hogar _____

Por favor proporcione ingresos anuales de los padres _____

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA; puede incluir 2018 W-2 Declaración de impuestos de 2018, más recientes talones de pago, declaración actual de TANF o SSI, carta de beneficios actuales SNAP con ingresos mensuales.

Por favor, marque todas las que aplican

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niño está recibiendo Medicaid/FAMIS | <input type="checkbox"/> Padre(s) encarcelado(s) |
| <input type="checkbox"/> Niño no tiene seguro de salud | <input type="checkbox"/> Padre difunto |
| <input type="checkbox"/> Familia recibe asistencia de TANF- asistencia temporal para familias necesitadas (documentación requerida) | <input type="checkbox"/> Familia monoparental |
| <input type="checkbox"/> Niño tiene una discapacidad diagnosticada | <input type="checkbox"/> Padre desplegado en operaciones militares |
| <input type="checkbox"/> Niño tiene una enfermedad crónica (como diabetes, asma, etc.) _____ | <input type="checkbox"/> Enfermedad crónica o terminal en familia |
| <input type="checkbox"/> Niño estaba en cuidado de crianza o un orfanato | <input type="checkbox"/> La familia utiliza el inglés como segundo idioma |
| <input type="checkbox"/> Niño nació prematuramente y alto embarazo de riesgo | <input type="checkbox"/> Niño o familia está en la Consejería |
| <input type="checkbox"/> Madre o padre adolescente en el nacimiento del niño | <input type="checkbox"/> Desempleo actual |
| <input type="checkbox"/> Padre/tutor no ha completado la escuela secundaria | <input type="checkbox"/> Niño esté en cuidado sustituto |
| <input type="checkbox"/> Familia sin hogar (viviendo en calle, coche, hotel del refugio, amigos/parientes) | |

¿Hay algo más que usted quisiera compartir sobre su hijo o familia? _____

He revisado esta información y certificar que todo entró en frente y espalda es correcta, lo mejor de mi conocimiento.

FIRMA DE PADRE/TUTOR LEGAL

FECHA

ENTREGUE O ENVIE POR CORREO LA FORMA A UNO DE LOS SIGUIENTES:
G. W. CARVER ELEMENTARY 6 EAST FOURTH STREET SALEM, VA 24153
SALEM CITY SCHOOLS 510 S. COLLEGE AVENUE SALEM, VA 24153