

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL/PRE-K

AÑO ESCOLAR 2022-2023 (4 AÑOS AL 1 DE SEPTIEMBRE DE 2022)



Instrucciones

Completa la información del estudiante tal como aparece en el certificado de nacimiento. Complétala con la mayor veracidad posible y devuélvela a la escuela o a Pam Waters.

Información de contacto

Charleston County School District
75 Calhoun Street, Charleston, SC 29401
ccsdprek@charleston.k12.sc.us | 843-937-7914

Información de escuelas y distritos zonales 2022-2023

Escuela: Distrito escolar: Distrito Escolar del Condado de Charleston

Información del niño (como aparece en el certificado de nacimiento)

Apellido: Marca la generación si corresponde:
 II III IV V Jr. Sr.
 Primer nombre:
 Segundo nombre: Nombre preferido:
 Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): Se adjunta certificado de nacimiento: Sí No

Género: Masculino Femenino

Raza/Etnia federal:

¿El estudiante es hispano o latino? Sí No

¿Cuál es la raza del estudiante? Asiático Negro o Africano Indio americano o nativo de Alaska
 Marca todo lo que corresponda. Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico Blanco Otra

¿Este niño es gemelo o fue un embarazo múltiple? Sí No Si la respuesta es Sí, ingresa los nombres de los hermanos:

El niño recibe TANF, SSI, Medicaid: Sí No Si la respuesta es Sí, proporciona el número de Medicaid del estudiante:

¿Medicaid está activo? Sí No Copia de la tarjeta de Medicaid adjunta: Sí No

Domicilio: Ciudad

Condado: Estado: SC Código postal:

Dirección postal (si es diferente a la dirección):

Ciudad: Condado: Estado: Código postal:

Información de los padres

Madre/tutor

Apellido: Primer nombre: Inicial del segundo nombre:

Dirección (si es diferente a la del niño):

Ciudad: Condado: Estado: Código postal:

Teléfono: Teléfono móvil: Teléfono de día:

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL/PRE-K

¿Este tutor reside en la misma dirección que el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Este padre/tutor es empleado del CCSD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Número de empleado:		Lugar de trabajo:	
Dirección de correo electrónico principal:		Dirección de correo electrónico alternativo:	
Tiene la custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Recibe correo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Educación de la madre (nivel más alto) <input type="checkbox"/> Sin diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Carrera técnica universitaria <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado			
Total de años de educación de la madre/tutor:		Edad de la madre al nacimiento del primer hijo:	
Padre/tutor			
Ciudad:		Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
Dirección (si es diferente a la del niño):			
City:	Condado:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	Teléfono móvil:		Teléfono de día:
¿Este tutor reside en la misma dirección que el estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Este padre/tutor es empleado del CCSD? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Número de empleado:		Lugar de trabajo:	
Tiene custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Recibe correo postal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información de contacto de emergencia (que no sea la información del padre/madre/tutor ya proporcionada)			
Nombre de contacto principal:		Relación con el niño:	
Dirección durante el día:			
Teléfono móvil:		Teléfono de día:	
Servicios de alfabetización familiar			
¿Quién en tu familia ha participado en un programa de alfabetización familiar del distrito escolar, como alfabetización para adultos, educación para adultos (GED, diploma de escuela secundaria, ESL), educación para padres o alfabetización interactiva para padres y adultos/niños? <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor/abuelo(a) <input type="checkbox"/> Ninguno			
¿Tu hijo ha participado alguna vez en los servicios de alfabetización familiar del distrito escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si la respuesta es Sí, ¿cuánto tiempo? <input type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> 2 años <input type="checkbox"/> 3 años <input type="checkbox"/> 4 o más años			
¿La familia no tiene vivienda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Alguno de los padres/tutor está en una misión militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Alguno de los padres/tutor está encarcelado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cantidad de personas en la familia o en el hogar?			

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL/PRE-K

Información adicional

Proveedor de educación/cuidado previo del niño

El año pasado mi hijo estuvo en un Centro Head Start del CCSD: Sí No

Si la respuesta es Sí, nombre del centro Head Start:

Información de atención médica del niño

Mi hijo recibe atención médica regular de: Free Health Clinic (departamento de salud) Sala de emergencias Médico de cabecera
 Pediatra Otra (especificar)

Idioma (*utilizado solo para el proceso de solicitud*)

¿Cuál es la lengua materna del niño?

¿Qué idioma se habla principalmente en el hogar?

¿Cuál es su idioma preferido para comunicarse?

¿Cuál es tu método de comunicación preferido una vez que se complete la solicitud? Teléfono Mensaje de texto Correo electrónico

Necesidades especiales del niño

¿Tu hijo tiene una discapacidad documentada? Sí No

Si la respuesta es Sí, es una: Evaluación privada IEP del distrito escolar del condado de Charleston

Indica cualquier problema de salud, enfermedad o alergia de larga duración:

Indica los medicamentos recetados para uso continuo a largo plazo:

Indica las adaptaciones especiales que puedan ser necesarias para satisfacer las necesidades de tu hijo de manera más eficaz mientras está en la escuela:

Si tu hijo tiene un IEP, lleva una copia del IEP a la cita de evaluación de tu hijo.

Estado de discapacidad del estudiante: Ninguna

Área de Discapacidad (marca todo lo que corresponda)

Autismo Sordera Trastorno emocional Discapacidad intelectual Impedimento ortopédico Discapacidad específica de aprendizaje
 Lesión cerebral traumática Sordera y ceguera Retraso en el desarrollo Discapacidad auditiva Múltiples discapacidades
 Otro impedimento de de la salud Trastorno del habla o el lenguaje Otra (especificar)

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE DESARROLLO INFANTIL/PRE-K

Encuesta sobre el transporte

¿Cómo planificas el transporte de tu hijo a la escuela? Autobús escolar Automóvil A pie En bicicleta
 Transporte de niños o transporte de guardería No corresponde

¿Cómo planificas el transporte de tu hijo desde la escuela? Autobús escolar Automóvil A pie En bicicleta
 Transporte de niños o transporte de guardería No corresponde

Ingreso familiar

Se requiere comprobante de ingresos para: AC Corcoran, Angel Oak, Charleston Progressive Academy, Ellington, Goodwin, Hunley Park, Jane Edwards, Ladson, Lambs, Mary Ford Early Learning, Matilda Dunston, Midland Park, Minnie Hughes, Mitchell, Mt. Zion, North Charleston Creative Arts, North Charleston, Pepperhill, Sanders Clyde, St. James Santee, Stono Park

Rango de ingresos de la familia: \$0 - \$10.000 \$10.001 - \$20.000 \$20.001 - \$30.000
 \$30.001 - \$40.000 \$40.001 - \$50.000 \$50.001 - \$60.000 \$60.000 y más

Método de verificación de ingresos: Medicaid Formularios W2 Recibos de nómina
 Otra verificación de ingresos documentada:

Se adjunta método de verificación de ingresos: Sí No

Entiendo que completar y enviar esta solicitud no garantiza un lugar para mi hijo en el programa de Desarrollo Infantil Pre-K del distrito escolar del condado de Charleston. Los niños seleccionados para los programas de desarrollo infantil de prekínder pueden demostrar necesidades académicas o de desarrollo y pueden tener factores de riesgo de preparación escolar.

Los estudiantes tienen prioridad de acuerdo con los factores de riesgo identificados por el estado junto con un puntaje de evaluación DIAL-4.

Certifico que toda la información que he proporcionado en esta solicitud de Pre-K del distrito escolar del condado de Charleston es verdadera, correcta y está completa. Entiendo que toda la información que he proporcionado está sujeta a verificación y que cualquier información que se descubra que es falsa, incompleta o tergiversada podría dar lugar a:

1. cancelación de la solicitud presentada y pedido de volver a presentarla
2. cancelación de la consideración adicional de esta solicitud, o
3. solicitud de documentación adicional que se presentará para ser considerado para los programas de Pre-K del CCSD.

Firma del padre/madre/tutor:

Fecha: