



The Preschool Program of the Charlottesville City Schools

416 13th Street NW
Charlottesville, Virginia 22903
434-245-2813

Querido padre o representante,

Las escuelas de la ciudad de Charlottesville proveen un programa para niños de cuatro años para sus residentes. Este programa le ofrecerá a su hijo/a un ambiente positivo y cariñoso, y le preparará para Kindergarten. Las salas de clase están en todas las seis escuelas primarias de Charlottesville, y las clases siguen el calendario escolar de las escuelas de Charlottesville. El transporte está incluido.

Los requisitos para solicitar la inscripción en el programa:

- Que resida en la ciudad.
- Su niño/a cumpla cuatro años antes del 30 de septiembre, 2012.
- Su niño/a sepa usar la poceta.

Hay que entregar las solicitudes antes del 1ro de marzo 2012

Hay que incluir constancia de ingresos: la forma W-2 del año 2010, tax returns, talones de pago de las últimas 4 semanas, constancia de manutención de hijos, o cartas de SSI o TANF.

Hay que incluir prueba de residencia: contrato de renta, recibo de pago de luz, agua, o alquiler.

Nuestro criterio de aceptación se basa en el sueldo y también en las necesidades de las familias y los niños. La veracidad de la información suministrada será beneficiosa para su familia. Toda la información de la solicitud será confidencial. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la solicitud, por favor llame a una de las personas cuyos nombres y títulos están escritos abajo.

Devuelva su solicitud completa con su **constancia de ingresos** y su **prueba de residencia** a una de las seis escuelas primarias de Charlottesville o a la dirección que está en el encabezamiento de esta carta. ¡La inscripción es limitada, entonces apúrese!

Atentamente,

Ann Dublirer, coordinadora de preescolar, 245-2797

Eursaline Inge, trabajadora social de preescolar, 245-2813

Eleanor Barrese, trabajadora de preescolar de la escuela Johnson, 245-2865

Trabajador/a de preescolar de la escuela Clark, 245-2525

***¡Apúrese y solicite la inscripción hoy!
¡Su niño/niña vale la pena!***

Las escuelas de la ciudad de Charlottesville no discriminan ni en base a la raza, color de la piel, etnicidad, orientación sexual, sexo, discapacidad, ni edad con sus programas o actividades. La directora de recursos humanos actuará como la persona encargada del cumplimiento oficial de los asuntos relacionados con los empleados y el público general bajo el título IX. La directora de servicios estudiantiles actuará como la persona encargada del cumplimiento oficial de los asuntos relacionados con la discriminación estudiantil bajo el título IX y sección 504 del acta Rehabilitative de 1973. Ambas directoras pueden ser contactadas en las oficinas administrativas de las escuelas de la ciudad de Charlottesville: 1562 Dairy Road, Charlottesville, VA. 22901. El número telefónico es: 434-245-2400.



El programa preescolar de la ciudad de Charlottesville 2012-2013

416 13th Street NW, Charlottesville, Virginia 22903

(434) 245-2813

Se considerarán solicitudes por orden de entrega antes del primero de marzo 2012.

Referido por: _____

No se considerará su solicitud sin PRUEBA DE RESIDENCIA (contrato de renta, recibo de pago de luz, agua, o alquiler) y PRUEBA DE SUELDO (los formularios W-2 del año 2011, recibos de sueldo de las últimas 4 semanas, y comprobante de manutención del niño/a, y una carta de SSI o TANF.)

I. Información sobre el niño/la niña			
Nombre del niño/la niña: (Apellido, Primer nombre, segundo nombre)			
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento:	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Amerindio/a <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Negro/a <input type="checkbox"/> Hispano/a <input type="checkbox"/> Negro/a <input type="checkbox"/> Otro/a <input type="checkbox"/> Sin especificación	
Dirección del niño/la niña:			Código postal:
Contacto de emergencia (en caso de que el padre o representante no esté disponible):			

II. Información sobre el padre o representante			
** INCLUYA PRUEBA DE RESIDENCIA PARA EL PADRE/REPRESENTANTE QUE VIVE CON EL NIÑO O NIÑA**			
Nombre de la madre o representante:		Nombre del padre o representante:	
Dirección:		Dirección:	
Teléfono de casa:		Teléfono de casa:	
Teléfono de trabajo:		Teléfono de trabajo:	
Número celular:		Número celular:	
Dirección electrónica:		Dirección electrónica:	
Fecha de nacimiento:		Fecha de nacimiento:	
¿Tiene empleo? Sí/No	** INCLUYA PRUEBA DE SUELDO	¿Tiene empleo? Sí/No	** INCLUYA PRUEBA DE SUELDO
Empleador/a:		Empleador/a:	
Último grado terminado en la escuela/GED:		Último grado terminado en la escuela/GED:	
¿Cuál idioma es usado por los padres en la casa?: _____ ¿y por el niño/la niña?: _____			
El niño/la niña vive con : <input type="checkbox"/> la madre <input type="checkbox"/> el padre <input type="checkbox"/> los dos padres <input type="checkbox"/> Otro/a (incluya sus nombres y títulos) :			
Si es 'otro/a,' ¿Esta persona tiene custodia legal del niño/la niña? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

Nombres de todas las personas que viven en la casa:

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Grado	Relación con el niño/la niña
		/ /	M / F		
		/ /	M / F		
		/ /	M / F		
		/ /	M / F		
		/ /	M / F		

NO ESCRIBA AQUÍ <input type="checkbox"/> Proof of Residency Date Rec'd. _____	<input type="checkbox"/> Proof of Income Date Rec'd. _____
--	--

Nombres de hermanos/as que no viven en la casa:

Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Sexo	Grado	Locación
		/ /	M / F		
		/ /	M / F		

III. Indique aquí los servicios que recibe usted y/o su niño/niña:

TANF WIC Region Ten Food Stamps Jefferson Area CHIP Family Partners/ Healthy Families
 Nombre del/ la representante : _____

IV. Historia del niño/la niña

¿Sabe su niño/a usar la poceta?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Explique:
¿Ha asistido su niño/a a un programa preescolar o una guardería?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Explique: (¿Cuándo? ¿Dónde? ¿Por cuánto tiempo?)
¿Tiene problemas de lenguaje?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Explique:
¿Es entendido/a por otras personas cuando habla?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Explique:
¿Tiene problemas emocionales o comportamiento graves?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Explique:
¿Tiene problemas médicos como asma, alergias, diabetes, o ataques?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Explique:
¿Le ha dicho a usted una persona profesional que su niño/a tiene una discapacidad?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Explique:
¿Necesita usar un aparato médico (silla de ruedas, gafas, audífono, etc.)?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Especifique:
¿Fue su niño/a remetido/a a un programa de educación especial o de terapia de lenguaje?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Explique:

¿Tiene otras preocupaciones por su niño/niña?: _____

V. Historia de la familia – Indique aquí los factores que existen en su familia.

Nosotros: <input type="checkbox"/> alquilamos un hogar <input type="checkbox"/> compramos un hogar <input type="checkbox"/> compartimos un hogar	
¿Era adolescente cuando nació su niño/a?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Hay algún miembro de la familia que está o que ha estado en la cárcel o bajo libertad condicional?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene problemas para aprender o para leer?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - ¿Los hermanos de su niño/a? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Ha sido víctima de violencia?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - ¿Los hermanos de su niño/a? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Tiene problemas médicos graves que requieren ayuda médica crónica?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - ¿Los hermanos de su niño/a? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Ha estado sin casa o en un amparo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - ¿Los hermanos de su niño/a? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
¿Se ha mudado la familia dos veces o más el año pasado?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Además de asistentes sociales, ¿a cuántas personas puede llamar si hay una emergencia?	Número total:
¿Ha recibido algún servicio relacionado con su salud mental?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí - ¿Los hermanos de su niño/a? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Por favor, incluya aquí información adicional que usted considere necesaria:

Yo entiendo que esta información sólo será usada por el programa preescolar de las escuelas de la ciudad de Charlottesville para determinar si mi hijo/a puede participar en el programa, y que no será distribuida a otra gente además de empleados autorizados. Yo entiendo que, si mi hijo/a no es aceptado/a en el programa preescolar, que esta solicitud tal vez vaya al programa de MACAA/HeadStart. Yo declaro que toda la información aquí es cierta y doy permiso para que sea verificada.

Firma del padre o representante

Fecha

Advertencia antidiscriminación

Las escuelas de la ciudad de Charlottesville no discriminan ni en base a la raza, color de la piel, etnicidad, orientación sexual, sexo, discapacidad, ni edad con sus programas o actividades. La directora de recursos humanos actuará como la persona encargada del cumplimiento oficial de los asuntos relacionados con los empleados y el público general bajo el título IX. La directora de servicios estudiantiles actuará como la persona encargada del cumplimiento oficial de los asuntos relacionados con la discriminación estudiantil bajo el título IX y sección 504 del acta Rehabilitative de 1973. Ambas directoras pueden ser contactadas en las oficinas administrativas de las escuelas de la ciudad de Charlottesville: 1562 Dairy Road, Charlottesville, VA. 22901. El número telefónico es: 434-245-2400.