



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 tres años cuyos padres no ganan mucho dinero. Este programa le ofrecerá a su hijo/a un ambiente positivo y cariñoso, y le preparará para el programa para niños/as de cuatro años. Tenemos un total de 5 clases para 60 niños de tres años en la ciudad de Charlottesville. Hay dos clases en la escuela de Clark y una en cada uno de estas escuelas: Greenbriar, Jackson-Via, y Johnson. Estas clases siguen el calendario escolar de las escuelas de la ciudad de Charlottesville. Las horas del programa son desde las 9:15 a.m. hasta las 2:00 p.m. cada día escolar.

Los requisitos para solicitar la inscripción en el programa:

- Que resida en la ciudad.
- Los miembros de la familia sean elegibles para el programa escolar de asistencia nutricional.
- Su niño/a cumpla tres años antes del 30 de septiembre, 2012.
- Su niño/a sepa usar la poceta.
- El padre o representante asista a una entrevista obligatoria.

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

Hay que incluir constancia de ingresos y prueba de residencia

Constancia de ingresos: la forma W-2 del año 2011, tax returns, talones de pago de las últimas 4 semanas, constancia de manutención de hijos, o cartas de SSI o TANF.

Prueba de residencia: contrato de renta, recibo de pago de luz, agua, o alquiler .

Su hijo/a no puede ser considerado/a para el programa de niños de los tres años si usted no asiste a una entrevista con un miembro de nuestro programa en Clark Elementary School, 1000 Belmont Avenue, Charlottesville. Estas entrevistas serán martes, el 17 de abril, 2012. Usted recibirá una tarjeta postal con la hora específica de su entrevista. Si la fecha o la hora no le conviene, debe ponerse en contacto con nosotros antes de la fecha de la entrevista para poder encontrar otro día y hora que le convengan. Si el número telefónico o la dirección que usted escribe en la solicitud cambia, por favor déjenos saber.

Devuelva su solicitud completa con los materiales requeridos 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

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.