

Aplicación del Programa de FCPS PreK y Early Head Start

Esta aplicación es el primer paso del proceso de elegibilidad. La aplicación no estará completa hasta no concluir con los siguientes pasos:

1. Presentar: Certificado de Nacimiento, verificación de ingreso, prueba que reside en el condado de Fairfax y
2. Entrevista familiar

Después de la presentación de este formulario, un personal de FCPS se comunicará con usted dentro de los próximos 7 a 14 días hábiles para ayudarle con los próximos pasos del proceso de elegibilidad. Si se determina que su hijo(a) es elegible, deberá presentar todos los documentos necesarios de registración y salud.

Información del alumno(a) solicitante:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Genero
Raza		Hispano	Tiene su hijo(a) alguno de los siguientes?		Hay algo más que quisiera decirnos sobre su hijo?
<input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> Retraso en el habla <input type="checkbox"/> Discapacidad física <input type="checkbox"/> Preocupación sobre el desarrollo <input type="checkbox"/> Problemas de salud		_____ _____ _____

Información familiar

Numero de familia	Beneficios recibidos (Marque todos que apliquen)	Existe una orden de custodia?	Esta su familia sin hogar?	Transportación
_____ (Marque uno) <input type="checkbox"/> Familia de solo un padre <input type="checkbox"/> Familia de dos padres	<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> TANF/VIEW <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Padre y niño	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	El transporte de FCPS no está garantizado para los estudiantes de PreK. Para Early Head Start, no se proporciona, se requiere que los padres lo provean por su cuenta. Si los servicios de autobús no están disponibles para transportar a su hijo(a), ¿usted o un miembro de su familia puede transportarlo(a) <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No </div>

Experiencias familiares (Marque todos que apliquen)

¿Su hijo o familia ha experimentado alguno de los siguientes eventos?

<input type="checkbox"/> Factores estresantes militares, como despliegue, pérdida de padres, lesiones <input type="checkbox"/> Encarcelamiento de los padres <input type="checkbox"/> Abuso físico/sexual/psicológico <input type="checkbox"/> Exposición al trastorno por abuso de sustancia <input type="checkbox"/> Cualquier otra experiencia que sienta que puede haber sido traumática para su hijo(a)	<input type="checkbox"/> Accidente grave o enfermedad potencialmente mortal <input type="checkbox"/> Pérdida repentina o violenta de un miembro de la familia <input type="checkbox"/> Exposición a la violencia familiar o comunitaria <input type="checkbox"/> Experiencias de refugiados o de guerra <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
--	--

Información del padre principal o tutor legal

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Genero

*Correo electrónico (Letra clara: Dato importante para comunicarnos con usted)

--

Dirección de vivienda	Apt #	Ciudad	Código Postal	Estado	Condado
				VA	Fairfax
Número de teléfono (Debe llevar 10 dígitos)		Otro Numero:		Mejor hora para llamarle	Mensajes de texto
Celular		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Raza	Hispano	Idioma Primario	Competencia del idioma primario	Competencia del idioma de Ingles
<input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Mas de una raza <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Competente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Competente
Grado más alto completado		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)
<input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Menos que la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Grado avanzado o título Universitario <input type="checkbox"/> Grado asociado, escuela vocacional o un poco de universidad		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleo de temporada <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Jubilado o Discapacitado		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Padre de acogida <input type="checkbox"/> Otro _____
Marque todos que apliquen <input type="checkbox"/> Reside con el aplicante <input type="checkbox"/> Padre Adolescente <input type="checkbox"/> Activo Militar				

Información del padre secundario o tutor legal

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Genero

*Correo electrónico (Letra clara: Dato importante para comunicarnos con usted)

--

Información del padre secundario o tutor legal (Continuación)

Dirección de vivienda		Apt #	Cuidad	Código Postal	Estado	Condado
Número de teléfono (Debe llevar 10 dígitos)		Otro Numero:			Mejor hora para llamarle	Mensajes de texto
Celular		<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Raza		Hispano	Idioma Primario		Competencia del idioma primario	Competencia del idioma de Ingles
<input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Mas de una raza		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	_____ _____		<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Competente	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Intermedio <input type="checkbox"/> Competente
Grado más alto completado		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)		Marque todos que apliquen
<input type="checkbox"/> Graduado de la escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Menos que la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Grado avanzado o título Universitario <input type="checkbox"/> Grado asociado, escuela vocacional o un poco de universidad		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estudiante	<input type="checkbox"/> Empleo de temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado o Discapacitado	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Padre de acogida <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Reside con el aplicante <input type="checkbox"/> Padre Adolescente <input type="checkbox"/> Activo Militar

Niños Dependientes Adicionales

Primer Nombre	Apellido	Genero	Fecha de nacimiento Mes/Dia/Año	Niño vive con usted?		Está aplicando para este niño?	
				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> No

Contactos de Emergencia

Primer Nombre	Apellido	Número de teléfono (Debe llevar 10 dígitos)
		<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
		<input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo

Declaración de Certificación

Comprendo que como aplicante a este programa, debo proveer información verdadera sobre mis ingresos. Comprendo que el personal del programa reserva el derecho de revisar esta información para determinar elegibilidad para dicho programa. Yo certifico que la información brindada para esta aplicación es verdadera y exacta a mi leal saber y entender. Comprendo que si entrego información falsa o conflictiva con conocimiento de causa, mi niño(a) será hallado(a) no elegible para el Programa de FECEP/Educación Temprana (EHS).

 Firma/Consentimiento del Padre o Apoderado:

 Fecha:

Envíe esta aplicación por Correo, Fax, En persona a la oficina, o Correo Electrónico a:

Alan Leis Early Childhood Center - 7423 Camp Alger Ave Falls Church, VA 22042

Línea de Ingles: 703-208-7900 / Línea de Español: 703-208-7901

Fax: 703-208-7941

fcpsprekoffice@fcps.edu

* Para aplicar en linea, visitenos en nuestra pagina de web: www.fcps.edu/preK

For Office Use: Application received from
 Leis walk in Blue Mailbox Pony Email
 Other _____