

Iniciativa Preescolar de las Escuelas Públicas de Chesapeake
PROGRAMA PREESCOLAR PARA NIÑOS DE CUATRO AÑOS
Proceso de solicitud y evaluación de elegibilidad

Las solicitudes para el programa preescolar para niños de cuatro años CPI del próximo año escolar se aceptan a partir de febrero de cada año. Los residentes de Chesapeake que tienen niños que cumplen cuatro años antes del 30 de septiembre, son elegibles para presentar una solicitud.

Las evaluaciones de elegibilidad del programa CPI comienzan en marzo y terminan en junio de cada año. Los padres/tutores legales deben enviar un paquete de solicitud completo y todos los documentos requeridos para la determinación de elegibilidad por correo electrónico a cpsdpi@cpschools.com antes de que se pueda programar una cita de evaluación.

Las solicitudes e instrucciones están disponibles en www.cpschools.com, en la página web de oportunidades preescolares (Preschool Opportunities); enviando un correo electrónico a cpsdpi@cpschools.com o en cualquier escuela primaria o elemental de las Escuelas Públicas de Chesapeake (CPS).

La solicitud puede enviarse mediante un formulario en línea o por correo electrónico a cpschools.com

Tenga en cuenta lo siguiente:

- La solicitud no garantiza la participación en el programa
- Solo los solicitantes que envíen un paquete de solicitud completo pueden ser evaluados para determinar la elegibilidad
- **La selección está determinada por criterios de elegibilidad, no por orden de inscripción**

Esta lista de verificación de documentos requeridos para la determinación de elegibilidad se brinda para ayudarlo a completar el paquete de solicitud. Todos estos documentos deben enviarse con la solicitud completa.

Solo se pueden programar paquetes de solicitud completos para la evaluación para determinar la elegibilidad.

Lista de verificación de documentos requeridos para la determinación de elegibilidad de CPI:

- Certificado de nacimiento original del niño o declaración jurada del certificado de nacimiento
- Identificación de los padres/tutores legales
- Comprobante de residencia: Una factura de servicios públicos de electricidad, gas o agua, a nombre de los padres/tutores legales que muestre el uso en los últimos 30 días
- Comprobante de ingresos: De cada padre/tutor legal empleado en el hogar que vive con el niño
 - W2 (año anterior), Administración del Seguro Social (SSA), 1099, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), o
 - Dos recibos de sueldo más recientes
- También se consideran ingresos: Desempleo, pagos de compensación al trabajador, beneficio de veterano, pagos de beneficios de sobrevivientes, jubilación, intereses y dividendos, alquileres y regalías, ingresos de herencias y fideicomisos, ingresos de asistencia educativa, asistencia financiera externa al hogar
- Otros documentos esenciales de determinación de elegibilidad:
 - Carta de determinación de ingresos por desempleo
 - Carta de beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)
 - Tarjeta de Mujeres, Infantes y Niños (WIC)
 - Documentos de custodia del tribunal
 - Documentos de manutención de menores del tribunal
 - Programa de Educación Individualizada (IEP) actual del niño

SOLICITUD DE INICIATIVA PREESCOLAR DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE CHESAPEAKE 2022-2023

INFORMACIÓN DEL NIÑO						
Apellido del niño:		Primer nombre:		Segundo nombre:	Edad al 30 de septiembre:	
Fecha de nacimiento:		Sexo:	Idioma principal en el hogar:			
Raza: <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucasico <input type="checkbox"/> Indo Americano/Native de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Dos o más				Origen étnico: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No hispano o Latino		
Persona que completa la solicitud:			Relación con el niño:			
Domicilio particular del niño:			Ciudad/estado:		Código postal:	
Número particular:		Número laboral:	Número de celular:	Dirección de correo electrónico:		
Contactos de emergencia: Además de los padres/tutores legales						
1: Nombre:			Número de teléfono:		Relación con el niño:	
2: Nombre:			Número de teléfono:		Relación con el niño:	
NECESIDADES ESPECIALES						
¿Su hijo tiene un IEP o una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
En <u>caso afirmativo</u> , ¿se provee documentación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Haga un círculo en todas las opciones que correspondan: TDAH, discapacidad de aprendizaje (LD), trastorno emocional (ED), autismo, habla, otros: _____						
En <u>caso negativo</u> , ¿sospecha que su hijo puede tener necesidades especiales o una discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
¿Su hijo ha sido diagnosticado con una afección de salud grave o crónica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Aclare/describa: (asma, otros) _____						
¿Su hijo tiene alergias diagnosticadas médicamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
Aclare/describa: (alergias alimentarias, polvo, polen, otros) _____						
¿Su hijo está entrenado para ir al baño sin el uso de pañales o pañales tipo ropa interior? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
PADRES/TUTORES LEGALES						
Nombre de los padres/tutores legales		M/F	Fecha de nacimiento	Relación con el niño	Vive con niño	Empleo: Haga un círculo en TODAS las opciones que correspondan
Padre/madre o tutor:						Empleado de tiempo completo/empleado de tiempo parcial/Desempleado/en la escuela/en formación laboral
Padre/madre o tutor:						Empleado de tiempo completo/empleado de tiempo parcial/Desempleado/en la escuela/en formación laboral
MIEMBROS DE LA FAMILIA **QUE VIVEN en el mismo hogar, con la ayuda de los ingresos de los padres/tutores legales**						
Nombre		M/F	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante		
					Cantidad total en la familia:	
OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA						
Nombre		M/F	Fecha de nacimiento	Relación con el solicitante		
					Cantidad total en el hogar:	

SOLICITUD DE INICIATIVA PREESCOLAR DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE CHESAPEAKE 2022-2023

INFORMACIÓN ADICIONAL DEL NIÑO Y LA FAMILIA	
Tipo de familia: <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Dos padres <input type="checkbox"/> Hogar de acogida <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro	Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Matrimonio separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo
Información de custodia: (solo si la custodia de los hijos ha sido determinada por los tribunales) <input type="checkbox"/> Único <input type="checkbox"/> Común <input type="checkbox"/> Físico/Primario	
INFORMACIÓN SOBRE EL SEGURO DE SALUD	
Seguro de salud del niño: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> FAMIS <input type="checkbox"/> Otro	
Progenitor/tutor legal: <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> FAMIS <input type="checkbox"/> Otro	
COMPLETE TODAS LAS SIGUIENTES SITUACIONES QUE SE APLICAN A SU FAMILIA	
<input type="checkbox"/> Niño previamente/actualmente inscrito en: <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Preescolar <input type="checkbox"/> Guardería? Nombre/ubicación: _____	
<input type="checkbox"/> ¿Remitido por una agencia profesional? Nombre de la agencia _____	
<input type="checkbox"/> Educación de la madre <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Graduada de secundaria/desarrollo educativo general (GED) <input type="checkbox"/> Graduada de la universidad <input type="checkbox"/> En la escuela/formación laboral	
<input type="checkbox"/> Educación del padre <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Graduada de secundaria/desarrollo educativo general (GED) <input type="checkbox"/> Graduada de la universidad <input type="checkbox"/> En la escuela/formación laboral	
<input type="checkbox"/> ¿Dominio limitado del inglés? Familia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Niño: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> ¿Falta de familia o apoyo en la zona?	
<input type="checkbox"/> ¿Militar en servicio activo? Si está seleccionado , ¿está actualmente desplegado el progenitor/tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> ¿Reside en la sección 8/vivienda pública? (asistencia del Gobierno)	
<input type="checkbox"/> Carecen de vivienda fija, regular y adecuada, o no tienen hogar en este momento.	
<input type="checkbox"/> ¿Viven con familiares u otras personas? Aclare/describa: _____	
<input type="checkbox"/> ¿Cambio reciente en la estructura familiar/tutela dentro de un año? <input type="checkbox"/> Separación <input type="checkbox"/> Cuidado de acogida <input type="checkbox"/> Otro _____	
<input type="checkbox"/> ¿Violencia doméstica/traumas presenciados o vividos por el niño? Aclare/describa: _____	
<input type="checkbox"/> ¿Abuso físico/abuso sexual del niño? Aclare/describa: _____	
<input type="checkbox"/> ¿Muerte/suicidio reciente de un familiar que afectaría al niño? ¿Relación con el niño? _____	
<input type="checkbox"/> ¿Progenitor menor (menos de 18 años)? Edad de los padres al nacer el primer hijo: Madre ____ Padre ____ Fecha de nacimiento del primer hijo : _____	
<input type="checkbox"/> ¿Padre o miembro de la familia discapacitado dentro del hogar? ¿Relación con el niño? _____	
<input type="checkbox"/> ¿Afecciones de salud graves de los miembros de la familia en el hogar? ¿Relación con el niño? _____ Afecciones _____	
<input type="checkbox"/> ¿Miembros de la familia en el hogar que reciben servicios de consejería? Aclare/describa: _____	
<input type="checkbox"/> ¿Abuso de sustancias de los padres? Aclare/describa: _____	
<input type="checkbox"/> ¿Un padre ha estado previamente o está actualmente encarcelado? Aclare/describa: _____	
Al firmar esta solicitud, doy permiso para que mi hijo sea considerado y aceptado en la INICIATIVA PREESCOLAR DE CHESAPEAKE (o programa HEAD START). Además, entiendo que la participación será determinada por la INICIATIVA PREESCOLAR DE CHESAPEAKE (o comité de elegibilidad de HEAD START).	
Certificación: Certifico que toda la información de esta solicitud es verdadera. Si alguna parte es falsa, la participación en cualquiera de los programas puede terminarse, y yo puedo estar sujeto a acciones legales. Entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad y es accesible para mí durante el horario de atención normal. También entiendo que este no es un proceso por orden de inscripción, y que la selección se basa en factores de riesgo ponderados. Los niños con los factores de riesgo más altos serán seleccionados primero. También entiendo que la elegibilidad para el programa está condicionada a ser residente de Chesapeake y a la asistencia regular al programa.	
Firma del padre/tutor legal _____	Fecha: _____
CPI/firma del personal de Head Start: _____	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> Seleccione para indicar que desea postularse al programa Head Start de HRCAP para niños de tres o cuatro años. Para obtener más información visite hrcapinc.org o llame al (757) 673-0548.	