

CCSD59 Programa de Preescolar para niños de 4 Años

Las familias CCSD59 completarán esta Solicitud de Elegibilidad para determinar la elegibilidad para la inscripción de un menor para el programa preescolar para niños de 4 años de edad. Este formulario debe ser llenado en su totalidad por un padre/tutor legal. Se debe adjuntar toda la documentación de apoyo incluyendo verificación de la edad del menor y los ingresos de la familia. La verificación de ingresos debe ser completada para procesar la solicitud. La documentación sobre ingresos y elegibilidad será retenida en el archivo del menor con una copia de esta solicitud.

Las familias calificarán para el programa basado en un sistema de criterios para (a) Inscribir a los niños identificados como los que tienen las necesidades más altas, y (b) Asegurar que los niños con las necesidades más altas son priorizados para la inscripción a través de un proceso de selección que puede incluir una lista de espera. Después de que el menor esté inscrito en el programa, se le permitirá la oportunidad de continuar los servicios durante la duración del programa hasta que él o ella sea elegible para kindergarten. **La solicitud de elegibilidad y este formulario solamente se completan una vez por cada niño.**

Nombre completo del menor: _____ Fecha de nacimiento: _____
Edad el 1 de septiembre: _____
Nombre del cuidador primario: _____ Relación con el menor: _____
Número de Teléfono Residencial: _____
Otro nombre del cuidador: _____ Relación con el menor: _____

Método de Verificación: (Marque todos los que apliquen.)

(Nota: El ingreso familiar no tiene que ser determinado si la necesidad económica ha sido establecida por la prueba de recepción de beneficios públicos; Sin embargo, CCSD59 puede pedir esta información para entender mejor a las familias que solicitan el programa)

Ingresos familiares:

Ingreso familiar anual de la familia \$ _____ Número de personas en la familia/hogar _____

Prueba de beneficios públicos (se requerirá prueba de recibir cualquiera de estos beneficios públicos):

- WIC (Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños)
- Tarjeta de Medicaid (**debe** estar en el nombre de los padres)
- SNAP (cupones de alimentos)
- TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)
- CCAP (Programa de Asistencia de Cuidado Infantil del Departamento de Servicios de Salud)

Prueba de ingreso (requerido **solo** si no hay evidencia de beneficios públicos arriba):

- Recibos de pago
- SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad)
- Otra forma de verificación de ingresos: _____

Prueba de residencia:

- Proporcionar prueba de residencia - ejemplos de documentos aceptables son la licencia de conducir, Recibo reciente de gas, agua o electricidad, contrato de arrendamiento o hipoteca firmado y fechado u otros documentos aceptados por el distrito.



Prueba de Edad Requerida:

- Proporcionar una copia certificada del acta de nacimiento del menor, o un pasaporte más una declaración jurada explicando por qué el certificado de nacimiento no puede ser proporcionado.

Historia clínica:

- Formulario Anual de Salud del Estudiante Adjunto

Proceso de registro: (tras la aceptación)

- Completar el proceso de registro del Distrito 59

Intervención temprana (Early Intervention)

¿Ha participado el menor en programas de Intervención Temprana? SI NO

En caso afirmativo, especifique: _____

Otros Factores a Considerar:

- SI NO Sin Hogar
- SI NO Participación actual o reciente en el bienestar de los niños (Cuarto de Estado, cuidado de crianza temporal, servicios familiares intactos, TPSN)
- SI NO El cuidador principal no completó la escuela secundaria / No GED
- SI NO Factores de riesgo de la familia (muerte en la familia, padre adolescente en el momento del nacimiento del niño, movilidad, necesidades médicas de los padres, encarcelamiento de los padres, historia de abuso/negligencia)
- SI NO El menor nació fuera de los Estados Unidos o tiene uno o más padres o cuidadores nacidos fuera de los Estados Unidos.
- SI NO El padre o el cuidador habla principalmente un idioma que no sea el inglés en casa.
- SI NO Familia de servicio militar activa
- SI NO El menor no ha participado previamente en un programa formal de aprendizaje temprano

¿Podrá transportar a su hijo(a)? SI NO

Si la respuesta es no, por favor proporcione la siguiente información en donde su hijo(a) necesita ser recogido o dejado:

Dirección: _____ Código postal: _____

Motivo del interés en el programa:

Si esta solicitud es aprobada, prefiere usted:

Sesión de AM (9:00-11:30am)
5 días a la semana (M - F)

Sesión de PM (1:00-3:30pm)
4 días a la semana (M, T, Th, F)

Tenga en cuenta que las preferencias de un horario deseado serán consideradas si es posible, pero no se puede garantizar. Los horarios serán asignados por el distrito al completar el proceso de solicitud.



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

2123 S. Arlington Heights Road * Arlington Heights, IL 60005 #847-593-4300 (Phone), #847-593-4352 (Fax)

CCSD59

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA PARA LOS TUTORES DE LOS ESTUDIANTES

Todos los estudiantes que asisten a las escuelas del Distrito 59 deben vivir dentro de los linderos del distrito.

Generalmente la ley de Illinois estipula que la residencia del estudiante debe ser la misma que la de la persona que tiene la custodia legal.

LOS ESTUDIANTES QUE INGRESAN AL TERCER Y SEXTO GRADO DEBEN PROBAR SU RESIDENCIA EN LA ESCUELA ENTRE EL PRIMERO Y EL DIEZ DE AGOSTO. NO SE LES PERMITIRÁ COMENZAR LA ESCUELA HASTA QUE SE DEMUESTRE SU RESIDENCIA.

ATENCIÓN: Es penado por la ley de Illinois presentar información falsa con respecto a la residencia del estudiante, es un crimen que es castigado por medio de multa y cárcel. Se le notificará a las autoridades si usted presenta información con la intención o el propósito de mentir acerca de la residencia del estudiante para que él pueda presentarse a la escuela sin pagar y deliberadamente inscribirse o tratar de inscribir al estudiante para poder recibir clases gratuitas cuando está consiente de que el estudiante no reside en el distrito escolar. Al padre/tutor que se les descubra inscribiendo a su niño(s) está cometiendo un fraude y se le cobrará la colegiatura por el tiempo que su niño(s) hayan estado asistiendo a la escuela. El Distrito tomará acción judicial con cualquier persona que se crea que haya cometido un crimen hacia el distrito con respecto a la residencia. Adicionalmente se iniciará un proceso civil por el Distrito.

Nombre del Estudiante:	Escuela:
------------------------	----------

Un total de **tres (3) documentos** de las categorías inferiores están obligados a demostrar su residencia. (Si no puede proporcionar Usando el formulario SR-5).

Categoría A: UNO (1) de los siguientes documentos	Categoría B: DOS (2) de los siguientes documentos		El personal militar debe proporcionar uno (1) de los documentos indicados 60 días después de registrar a el estudiante:	
<input type="checkbox"/> La factura mas reciente de los impuestos estatales de la propiedad	<input type="checkbox"/> Licencia de manejar o Identificación del Estado	<input type="checkbox"/> Certificado del seguro de la casa/ apartamento		<input type="checkbox"/> Correo sellado, estampado, y dirigido al personal militar
<input type="checkbox"/> Estado de cuenta/contrato comprobando la compra de la residencia	<input type="checkbox"/> Registro de auto – del Estado de Illinois	<input type="checkbox"/> Factura electrica o de gas		<input type="checkbox"/> Copia de contrato de arrendamiento
<input type="checkbox"/> Copia de contrato de arrendamiento o carta firmada por el encargado y prueba del pago mensual mas reciente	<input type="checkbox"/> Tarjeta de elector	<input type="checkbox"/> Correo recibido en la residencia del distrito		<input type="checkbox"/> Prueba de la propiedad de residencia
IMPORTANTE: El Distrito 59 reserva el derecho de evaluar la evidencia presente y simplemente presentar los elementos enumerados a continuación no garantiza la admisión.	<input type="checkbox"/> Cobro de cable o tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/> Recibo de Servicios de la Sociedad en movimiento que muestra la dirección actual		
	<input type="checkbox"/> Tarjeta de Asistencia Publica	<input type="checkbox"/> Other _____		

Categoría C – Ninguno de los documentos en la Categoría A o B son aplicables porque:	<input type="checkbox"/> 1. El estudiante está sin hogar y es elegible de ser registrado bajo el Acto de Educar a los Niños sin Hogar en el Estado de Illinois <input type="checkbox"/> 2. El estudiante se está registrando basado a la determinación del Departamento de Niños y Servicios Familiares (Adjuntar documentación)
---	---

Yo declaro que sí soy residente del la Comunidad Consolidada Escolar del Distrito 59 y que la información presentada en esta forma es verdadera, completa y precisa.

Nombre del Padre/Tutor (letra de molde)	Firma del Padre/Tutor	Fecha
---	-----------------------	-------

Residency Materials Received By:	<input type="checkbox"/> All Materials Supplied
<input type="checkbox"/> Referred for Further Review to:	<input type="checkbox"/> Principal <input type="checkbox"/> Homeless Liaison



NEW STUDENT REGISTRATION and EMERGENCY CONTACT FORM - CCSD59

Instrucciones: Imprimir y completar ambas caras. La sección sombreada en la parte superior es para uso de la oficina solamente.

Student Other ID:		Student State ID:				School:			Grade:	
Apellido(s) del Estudiante:		Nombre del Estudiante:				Segundo Nombre:			Fecha de Nacimiento: ___/___/___	
									Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección (Calle):						Apt. / Lote / Unidad #:				
Ciudad y Zona Postal:						Nombre del Complejo de Apartamentos, Casas Móviles, etc:				
Número de Teléfono Residencial:						¿Ha estado el estudiante inscrito anteriormente en alguna de las escuelas del Distrito 59?:			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
En Qué Fecha Ingresó Por Primera Vez Su Hijo(a) a Una ESCUELA PÚBLICA en EE.UU:		Nombre de La Escuela Anterior & Estado:		¿Recibe su hijo(a) servicios especiales? Si es así, ¿qué servicios?:		En Caso Afirmativo, a Qué D 59 Escuela/s, y Qué Años?				
(Mes / Año) ___ / _____				<input type="checkbox"/> Bilingüe <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> Educación Especial <input type="checkbox"/> Other:						
País de Nacimiento:		Núm. de Medicaid (Los 9 Números):		(Voluntario y Opcional) Servicio de Información Militar:		<input type="checkbox"/> Soy miembro de la fuerzas armadas estadounidenses			<input type="checkbox"/> Yo estoy en servicio activo / espera que se implementa en el servicio activo durante el año escolar	
Estado de nacimiento:										
Lugar de Nacimiento:										

Información del Padre / Tutor

Título:		Nombre:		Apellido:			Teléfono del Trabajo - Ext.		Teléfono Celular:	
Relación Con El Estudiante:		<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor					Correo Electrónico:			
Preferencia de Idioma:		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Gujarati <input type="checkbox"/> Other: _____					Custodia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Viva Con: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Título:		Nombre:		Apellido:			Teléfono del Trabajo - Ext.		Teléfono Celular:	
Relationship to Student:		<input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Step-Father <input type="checkbox"/> Step-Mother <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Other					Correo Electrónico:			
Preferencia de Idioma:		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Gujarati <input type="checkbox"/> Other: _____					Custodia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Viva Con: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Office Use Only

Título:		Nombre:		Apellido:			Teléfono del Trabajo - Ext.		Teléfono Celular:	
Relación Con El Estudiante:		<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutor					Correo Electrónico:			
Preferencia de Idioma:		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Gujarati <input type="checkbox"/> Other: _____					Custodia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Viva Con: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

EMERGENCY Contact and Sibling Information - CCSD59

Personas inmediatas a llamar en caso de EMERGENCIA, si los padres no pueden ser contactados. (Escriba al menos dos personas.)			
	Nombre:	Parentesco:	Número de teléfono:
1			
2			
3			
4			

Escriba el nombre de hermanos y/o hermanas en la familia inmediata que estén inscritos en el Distrito Escolar 59.					
	Nombre:	Apellido:	Escuela:	Grado:	Edad:
1					
2					
3					
4					
5					

Nombre del Padre o Tutor (En Letra de Molde):	Firma del Padre o Tutor:	Fecha:



COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59
2123 S. Arlington Heights Road * Arlington Heights, IL 60005
PHONE: 847-593-4300 * FAX: 847-593-4352

COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO

Padre/Tutor:

De acuerdo con la ley de Illinois (325 ILCS 50/5, "Missing Children's Record Act") los estudiantes que se registren en el distrito por primera vez, deben proporcionar en un lapso de 30 días cualquiera de los siguientes documentos:

- a) Un certificado del acta de nacimiento original, o
- b) Comprobante que muestre la identidad del estudiante, edad (i.e. pasaporte o visa) y una acta notarial explicando el porque no puede proporcionar una copia del acta de nacimiento.

Si el padre/tutor no es capaz de presentar la acta de nacimiento cuando registre al estudiante, entonces el Distrito tiene el derecho de cumplir con las reglas estipuladas por el estado. El Distrito le notificará a autoridades locales tal falta y al mismo tiempo le notificará al padre o tutor por escrito, que tiene 10 días para cumplir con las reglas y entregar la copia del acta de nacimiento o referirá el caso a las autoridades locales para una investigación más a fondo. Cualquier declaración jurada que presente y aparezca ser errónea o el contenido o la forma en que presenta el documento aparezca ser sospechosa se le informará de inmediato a las autoridades locales.

Apellido del Estudiante	Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
-------------------------	--------	----------------	---------------------

Lugar de Nacimiento (Ciudad, Estado, País)_____

Comprobante de Nacimiento y Edad (Marque uno y adhiera la copia del documento a la forma):

- Acta de Nacimiento Estado_____ Número_____
- Pasaporte País_____ Número_____
- Visa País_____ Número_____
- Otro_____

Se me es imposible proveer una certificado del acta de nacimiento original del estudiante que se menciona en la parte de arriba porque:

Nombre del Padre/Tutor (Letra de molde) Firma del Padre/Tutor Fecha

.....

(office use only)

Documentation Requirement: Met Not Met
 Verified by: _____ School _____ Date _____



ENCUESTA DEL IDIOMA QUE SE HABLA EN EL HOGAR

De acuerdo con los reglamentos del Estado de Illinois (*23 Illinois Administrative Code Part 228*), los padres/tutores de todos los estudiantes que entran al distrito deben llenar y firmar esta encuesta. Esta información se usa para contar a los estudiantes cuyas familias hablan un idioma que no sea inglés en el hogar. Esto ayuda a identificar a los estudiantes que deben ser evaluados para conocer su nivel de dominio del inglés.

_____ Masculino Femenino
Apellido del estudiante Nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento
Escuela _____ Núm. de identificación SIS # _____

1. ¿Se habla en su hogar otro idioma que no sea inglés?
 - a. Sí _____ ¿Qué idioma? _____
 - b. No _____

2. ¿Habla su hijo(a) otro idioma que no sea inglés?
 - a. Sí _____ ¿Qué idioma? _____
 - b. No _____

Si respondió afirmativamente a una de las preguntas anteriores, la ley requiere que la escuela le administre al estudiante una evaluación para determinar su dominio del inglés.

Nombre del padre/tutor (letra de molde) Relación con el estudiante Fecha

Firma del padre/tutor Nombre del empleado que inscribió al estudiante

(Para uso de la oficina - For Office Use Only)

Language _____ Language Code # _____ Grade Assignment _____

Request for Language Assessment from ELL Personnel: Yes No Date _____



FORMULARIO ANUAL DE SALUD Y EMERGENCIA MÉDICA DEL ESTUDIANTE
AÑO ESCOLAR 20__ - 20__

Estudiante: _____ Fecha de nacimiento: _____
 (apellido(s)) (nombre)

Grado _____ Sexo _____ Escuela _____

Actualización anual del historial de salud

	SÍ	NO
1. Este niño tiene:		
Alergias a alimentos, medicamentos o picaduras de insectos	_____	_____
Asma	_____	_____
Enfermedad crónica	_____	_____
Trastorno convulsivo (epilepsia)	_____	_____
Limitacion(es) física(s)	_____	_____
Diabetes	_____	_____
Lentes	_____	_____

Explique: _____

	SÍ	NO
2. Durante los últimos 12 meses, este niño:		
Ha sido hospitalizado (incluyendo cirugías)	_____	_____
Ha recibido lesiones graves	_____	_____

Explique: _____

	SÍ	NO
3. ¿Este niño toma medicamentos regularmente?	_____	_____

Explique: _____

(Si necesita que se le administren medicamentos, inhalador o pruebas de glucosa, etc. en la escuela, sírvase consultar los formularios "Guías de medicación" H-24; "Autorización para la administración de medicamentos en la escuela" H-25; "Indemnización y exención de responsabilidad para la autoadministración de medicamentos contra el asma o la posesión de un autoinyector de epinefrina (Epi-Pen ®)" H-26. Complete el (los) formulario(s) adecuado(s) y devuélvalo(s) a la enfermera de la escuela.)

	SÍ	NO
4. ¿Existen otros problemas de salud que el maestro y/o enfermera deban conocer?	_____	_____

Explique: _____

Información de contacto del medico

Nombre del médico: _____ Teléfono: _____

Nombre de la oficina o clínica: _____

Dirección del médico: _____

Nombre del padre (tutor) (Por favor, use letra de imprenta): _____

Firma del padre (tutor): _____ Fecha: _____