

## Wniosek kwalifikacyjny do Programu Przedszkolnego CCSD59 dla 4-latków

Rodziny CCSD59 wypełnią niniejszą aplikację kwalifikacyjną w celu ustalenia, czy dziecko kwalifikuje się do zapisania go do programu przedszkolnego dla 4-latków. Formularz ten powinien być wypełniany w całości przez rodzica/opiekuna. Należy dołączyć kompletną dokumentację uzupełniającą, w tym potwierdzenie wieku dziecka i dochodów rodziny. Aby wniosek uwzględniono, należy obowiązkowo wypełnić potwierdzenie dochodów. Dokumentacja dochodów i faktu spełniania przez dziecko wymaganych kryteriów zostanie zachowana w jego aktach wraz z kopią tego wniosku.

Rodziny zostaną zakwalifikowane do programu w oparciu o system kryteriów, co zagwarantuje: (a) zapisanie dzieci zidentyfikowanych jako osoby o najwyższych potrzebach; (b) zapewnienie dzieciom o najwyższych potrzebach pierwszeństwa podczas rejestracji, w czasie procesu selekcji, która może także obejmować listę oczekujących. Po zapisaniu dziecka do programu będzie on lub ona mieć możliwość korzystania ze świadczonych usług przez cały czas pozostawania w programie, dopóki on lub ona nie nabędzie prawa do uczęszczania do przedszkola. **Wniosek o kwalifikację dziecka do programu i ten formularz są wypełniane tylko raz dla każdego dziecka.**

Pełne nazwisko dziecka: \_\_\_\_\_ Data ur.: \_\_\_\_\_ Wiek na 1 września: \_\_\_\_\_

Nazwisko głównego opiekuna: \_\_\_\_\_ Związek z dzieckiem: \_\_\_\_\_

Główny numer telefonu: \_\_\_\_\_

Nazwisko drugiego opiekuna: \_\_\_\_\_ Związek z dzieckiem: \_\_\_\_\_

### Metoda weryfikacji: (Zaznacz wszystko co odpowiada.)

(Zwróć uwagę: Informacja o dochodzie rodziny nie musi być dostarczona, jeśli potrzeby ekonomiczne są udowodnione poprzez dowód pobierania otrzymywanych świadczeń socjalnych; mimo to, CCSD59 może zapytać o tę informację, aby lepiej zrozumieć sytuację rodziny ubiegającej się o ten program)

### Dochód rodziny:

Dochód roczny gosp. domowego \$ \_\_\_\_\_ Liczba osób w rodzinie/gosp. domowym \_\_\_\_\_

### Dowód świadczeń socjalnych (będzie wymagany dowód otrzymywania któregośkolwiek z tych świadczeń socjalnych)

- WIC (Program Żywieniowy dla Kobiet, Niemowląt i Dzieci)
- Karta Medicaid (**musi** być na nazwisko rodzica (-ów))
- SNAP (błoczki żywnościowe)
- TANF (Doraźna Pomoc dla Potrzebujących Rodzin)
- CCAP (Program Służby Zdrowia dla Dzieci)

### Dowód przychodu (wymagany, **tylko** gdy braku dowodów korzystania z powyższych świadczeń socjalnych):

- Odcinki wypłaty
- SSI (dochód dodatkowy)
- Inne formy weryfikacji dochodu \_\_\_\_\_

### Potwierdzenie miejsca zamieszkania:

- Przedstaw miejsce zamieszkania - przykładami akceptowanych dokumentów są prawo jazdy, stanowe ID, najnowszy rachunek za gaz, wodę, elektryczność, podpisany i datowany dokument potwierdzający wynajem oraz rachunek rat za kredyt mieszkaniowy lub inne dokumenty akceptowane przez dystrykt.

### Wymagane zaświadczenie dotyczące wieku:

- Przedstaw oficjalną kopię aktu urodzenia dziecka lub paszport albo oświadczenie wyjaśniające, dlaczego akt urodzenia nie może być przedłożony.



**Karta zdrowia:**

Roczna karta zdrowia ucznia

**Przebieg rejestracji: (po zaakceptowaniu)**

Zakończony proces rejestracyjny Dystryktu 59

**Wczesna interwencja**

Czy dziecko było objęte programami wczesnej interwencji? **TAK** **NIE**

Jeśli tak, proszę wymienić: \_\_\_\_\_

**Inne powody brane pod uwagę:**

- |            |            |   |
|------------|------------|---|
| <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | Bezdomność  |
| <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | Aktualna lub ostatnio uzyskana opieka nad dzieckiem (pod opieką Stanu, opieka zastępcza, praca z rodziną, TSPN)   |
| <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | Opiekun główny nie ukończył szkoły średniej /nie posiada GED, czyli dyplomu   |
| <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | Czynniki ryzyka w rodzinie (śmierć w rodzinie, nieletnia matka dziecka w czasie jego urodzin, ograniczona sprawność fizyczna, potrzeby zdrowotne rodziny, rodzic w więzieniu, historia przemocy/zaniedbania |
| <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | Dziecko było urodzone poza granicami U.S. lub jedno z rodziców urodziło się poza U.S.   |
| <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | Rodzic lub opiekun posługuje się w domu najczęściej językiem innym niż angielski  |
| <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | Rodzina wojskowa  |
| <b>TAK</b> | <b>NIE</b> | Dziecko nie uczestniczyło wcześniej w formalnym programie wczesnego nauczania   |

**Czy będziesz mógł zapewnić swojemu dziecku transport? **TAK** **NIE****

**Jeśli nie**, proszę podać następujące informacje dotyczące tego, skąd twoje dziecko będzie musiało być zabrane i dokąd odwiezione:

Nazwa ulicy: \_\_\_\_\_

Miasto: \_\_\_\_\_ Kod: \_\_\_\_\_

**Powód zainteresowania się programem:**

---

---

---

**Jeśli twój wniosek zostanie zatwierdzony, jakie są twoje preferencje:**

**Zajęcia poranne (9:00-11:30 rano)**  
5 dni w tygodniu (PON. - PIĄT.)

**Zajęcia popołudniowe (1:00-3:30 po południu)**  
4 dni w tygodniu (PON., WT., CZW., PIĄT.)

Proszę pamiętać, że preferencje dotyczące czasu zajęć będą brane pod uwagę, jeśli to będzie możliwe, lecz nie są zagwarantowane. Czas zajęć będzie przyznany przez dystrykt po zakończeniu rozpatrywania wniosku.



# COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59

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

## WERYFIKACJA MIEJSCA ZAMIESZKANIA UCZNIĄ PRZEZ RODZICA/OPIEKUNA

Wszyscy uczniowie uczęszczający do szkół w Dystrykcie 59 muszą być legalnymi mieszkańcami tego Dystryktu.

Najogólniej, prawo stanu Illinois wymaga, by miejsce zamieszkania ucznia było takie samo, jak osoby, która ma przyznane prawo do opieki nad uczniem.

**UCZNIOWIE ZAPISUJĄCY SIĘ DO 3-EJ I 6-EJ KLASY MUSZĄ MIĘDZY 1 SIERPNIĄ A 10 SIERPNIĄ DOSTARCZYĆ DO SZKOŁY DOKUMENT POŚWIADCZAJĄCY MIEJSCE ZAMIESZKANIA**

**UCZNIOWIE NIE OTRZYMUJĄ ZEZWOLENIA NA ROZPOCZĘCIE SZKOŁY, JEŚLI MIEJSCE ZAMIESZKANIA NIE BĘDZIE UDOKUMENTOWANE**

UWAGA: Rejestracja ucznia, który nie jest legalnym rezydentem jest działaniem przestępczym. Świadome podawanie fałszywych informacji dotyczących miejsca zamieszkania ucznia, co umożliwiłoby uczniowi uczęszczanie do szkoły bez jej opłacania, lub próba zarejestrowania ucznia do szkoły bez jej opłacania w sytuacji, gdy się wie, że uczeń nie jest rezydentem Dystryktu, prawo stanu Illinois uznaje za przestępstwo, za które grozi więzienie lub kara grzywny. Regulamin Rady Edukacji zezwala na dochodzenie legalności zamieszkania przed lub po rejestracji ucznia, zgodnie z prawem Illinois i może żądać dodatkowych informacji, które pozwolą na ustalenie faktycznego miejsca zamieszkania. Rodzice/opiekunowie, którzy nielegalnie zarejestrowali ucznia będą musieli zapłacić za okres, w którym uczeń uczęszczał do szkoły. Dystrykt wystąpi o ściganie z całą surowością prawa każdego, kogo Dystrykt będzie podejrzewał o popełnienie jakiegokolwiek wykroczenia związanego z fałszywym podaniem miejsca zamieszkania. Dodatkowo, może być zainicjowane przez Dystrykt postępowanie cywilne.

<b>Nazwisko ucznia:</b>	<b>Nazwa szkoły:</b>
-------------------------	----------------------

Dla potwierdzenia zamieszkania potrzebne są co najmniej trzy (3) oryginalne dokumenty z wymienionych poniżej kategorii. (Jeśli dostarczenie ich jest niemożliwe, użyj formularza (-y) SR-5)

<b>Kategoria A: Wymagany jest jeden (1) dokument</b>	<b>Kategoria B: Wymagane są dwa (2) dokumenty</b>	<b>Wojskowi muszą dostarczyć jeden z następujących dokumentów w ciągu 60 dni po dacie zarejestrowania ucznia:</b>
<input type="checkbox"/> Najnowszy rachunek za podatek od nieruchomości	<input type="checkbox"/> Prawo jazdy lub stanowe ID	<input type="checkbox"/> Opieczętowana poczta/listy zaadresowane do wojskowego  <input type="checkbox"/> Dokumentacja dotycząca wynajmu  <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający własność domu
<input type="checkbox"/> papiery hipoteczne	<input type="checkbox"/> Dowód rejestracyjny pojazdu	
<input type="checkbox"/> Podpisana i datowana umowa wynajmu lub list od menadżera lub dokument zapłaty za ostatni miesiąc wynajmu	<input type="checkbox"/> Rejestracja wyborcza	
<b>WAŻNE: Dystrykt 59 zastrzega sobie prawo do oceny dostarczonej dokumentacji, a dokumenty wymienione poniżej nie gwarantują przyjęcia.</b>	<input type="checkbox"/> Najnowszy rachunek za TV lub rachunek za kartę kredytową	
	<input type="checkbox"/> Aktualna Public Aid Card	
	<input type="checkbox"/> Ważna Polisa Ubezpieczeniowa za dom lub apartament lub rachunek opłacenia raty	
	<input type="checkbox"/> Najnowszy rachunek za gaz, elektryczność i/lub rachunek za wodę	
	<input type="checkbox"/> Listy otrzymane na adres rezydencji w Dystrykcie	
	<input type="checkbox"/> Rachunek z firmy przeprowadzkowej wskazujący aktualny adres	
	<input type="checkbox"/> Inne _____	

<b>Kategoria C: Żaden z dokumentów z kategorii A &amp; B nie zostaje przedłożony, ponieważ:</b>	<input type="checkbox"/> 1. Uczeń jest bezdomny i uprawniony do zapisania się do szkoły na podstawie Illinois Education for Homeless Children Act <input type="checkbox"/> 2. Uczeń rejestruje się na podstawie ustalenia Department of Children & Family Services (Załącz dokumentację DCFS).
---	---

Potwierdzam, że jestem rezydentem Community Consolidated School District 59 (Dystryktu Szkolnego 59) i że informacje zawarte w tej aplikacji są prawdziwe, kompletne i poprawne.

Drukowanymi literami nazwisko rodzica/opiekuna:	Podpis rodzica/opiekuna	Data
---	-------------------------	------

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

**COMMUNITY CONSOLIDATED SCHOOL DISTRICT 59**

2123 S. Arlington Heights Rd. | Arlington Heights, IL 60005

Phone: 847-593-4300 | Fax: 847-593-4352

**ORIGINALNY AKT URODZENIA (PERMANENT BIRTH RECORD)**

Drogi Rodzicu/Opiekunie:

Według obowiązującego w stanie Illinois prawa uczniowie zapisujący się do szkoły w Dystrykcie 59 po raz pierwszy muszą dostarczyć w ciągu 30 dni jedną z tych dokumentów:

- a) certified oficjalną kopię aktu urodzenia ucznia, **lub**
- b) inny wiarygodny dokument potwierdzający tożsamość i wiek ucznia (na przykład paszport lub wizę) **oraz** oświadczenie wyjaśniające niemożność dostarczenia odpisu kopii aktu urodzenia.

Jeśli osoba zapisująca ucznia do szkoły nie dostarczy wymaganych dokumentów, Dystrykt poinformuje miejscowe władze egzekwujące prawo o danej sytuacji, i poinformuje pisemnie osobę wpisującą ucznia, że on/ona ma 10 dodatkowych dni do skompletowania dokumentacji lub przypadek będzie przekazany miejscowym władzom egzekwującym prawo do przeprowadzenia dochodzenia. Jakkolwiek przedstawiony dokument, który wydaje się być niekompletny lub podejrzany ze względu na formę i informacje w nim zawarte będzie natychmiast przekazany do miejscowych władz egzekwujących prawo.

---

Nazwisko ucznia	Imię	Drugie imię	Data ur.
-----------------	------	-------------	----------

Miejsce urodzenia (miejscowość, stan, kraj)  

---

Potwierdzenie urodzenia i wieku (zaznacz jeden dokument, załącz kopię tego dokumentu do formularza):

- Akt urodzenia Stan \_\_\_\_\_  
Numer \_\_\_\_\_
- Paszport Kraj \_\_\_\_\_  
Numer \_\_\_\_\_
- Wisa Kraj \_\_\_\_\_  
Numer \_\_\_\_\_
- Inne \_\_\_\_\_

Nie mogę dostarczyć oficjalnej kopii aktu urodzenia dla powyżej wymienionego ucznia, ponieważ:  

---

---

---

Nazwisko rodzica /opiekuna (DRUKOWANYMI)	Podpis rodzica/opiekuna	Data
--	-------------------------	------

**(tylko do użytku wewnętrznego)**Wymagana dokumentacja:  Dostarczona  Nie dostarczona

Potwierdzone przez: \_\_\_\_\_ Szkoła \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_



## ANKIETA DOTYCZĄCA JĘZYKA OJCZYSTEGO

Przepisy Stanu Illinois wymagają wypełnienia i złożenia podpisu na kwestionariuszu dotyczącym każdego nowego ucznia w okręgu szkolnym. (23 Illinois Administrative Code Part 228). Informacje te dotyczą uczniów, którzy w domu rodzinnym posługują się innym językiem niż angielskim. Jednocześnie ankieta ta pomaga nam zidentyfikować tych uczniów, którzy powinni być testowani w celu sprawdzenia ich umiejętności w nauce języka angielskiego.

\_\_\_\_\_  Chłopak  Dziewczynka  
Nazwisko ucznia    Imię    Drugie imię    Data urodzenia  
Szkoła \_\_\_\_\_ SIS ID # \_\_\_\_\_

1. Czy ktoś w domu posługuje się innym językiem niż angielskim?
  - a. Tak \_\_\_\_ W jakim języku? \_\_\_\_\_
  - b. Nie \_\_\_\_
  
2. Czy Państwa dziecko mówi w języku innym niż angielskim?
  - a. Tak \_\_\_\_ Jaki to język? \_\_\_\_\_
  - b. Nie \_\_\_\_

Jeśli odpowiedź jest pozytywna do jednego z powyżej podanych pytań, prawo wymaga przeprowadzenia testu z zakresu znajomości i umiejętności posługiwania się językiem angielskim.

Rodzice/ Opiekunowie (Drukuj) \_\_\_\_\_ Pokrewieństwo \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Podpis Rodziców lub Opiekunów \_\_\_\_\_ Osoba rejestrująca ucznia \_\_\_\_\_

### (For Office Use Only)

Language \_\_\_\_\_ Language Code # \_\_\_\_\_ Grade Assignment \_\_\_\_\_

Request for Language Assessment from ELL Personnel:  Yes  No Date \_\_\_\_\_



**ROCZNA ANKIETA ZDROWIA UCZNI**  
**20 \_\_ - 20 \_\_ ROK SZKOLNY**

Uczeń: \_\_\_\_\_ Data urodzenia: \_\_\_\_\_

(Nazwisko) (Imię)  
Klasa \_\_\_\_\_ Płeć \_\_\_\_\_ Szkoła \_\_\_\_\_

Aktualizacja roczna bilansu zdrowia	TAK	NIE
1. Czy dziecko ma: Alergię pokarmową, na leki lub użądlenia owadów	_____	_____
Astmę	_____	_____
Jakąkolwiek chroniczną chorobę	_____	_____
Epilepsję	_____	_____
Jakiejkolwiek ograniczenia fizyczne	_____	_____
Cukrzycę	_____	_____
Okulary	_____	_____

Objaśnienia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Czy podczas ostatnich 12 miesięcy dziecko było:	TAK	NIE
Hospitalizowane (np. na chirurgii)	_____	_____
Poważnie ranne	_____	_____

Objaśnienia: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Czy dziecko bierze regularnie jakieś leki?	TAK	NIE
	_____	_____

Objaśnienia: \_\_\_\_\_  
Jeśli wzięcie leków, inhalatora lub monitorowanie poziomu cukru itp. musi być podane lub wykonane w szkole, proszę, posłużyć się odpowiednimi formularzami "Medication Guidelines" H-24; "School Medication Authorization" H-25; "Hold Harmless and Indemnification for the Self-Administration of Asthma Medication oraz/lub Possession of an Epinephrine Auto-Injector (Epi-Pen®)" H-26. Wypełnij właściwy formularz (-e) i prześlij go do pielęgniarki szkolnej.

4. Czy istnieją jakieś inne problemy zdrowotne, o których pielęgniarka / nauczyciel powinien wiedzieć?	TAK	NIE
	_____	_____

Objaśnienia: \_\_\_\_\_

**Informacje o lekarzu, z którym należy się kontaktować**

Nazwisko lekarza: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Nazwa przychodni lekarskiej: \_\_\_\_\_

Adres lekarza: \_\_\_\_\_

Nazwisko rodzica (opiekuna) (drukowanymi literami): \_\_\_\_\_

Podpis rodzica (opiekuna) \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_