



# Spotsylvania County Public Schools Preschool Program Head Start and Virginia Preschool Initiative

Center for Family and Preschool Services  
7409 Brock Road, Spotsylvania, VA 22553 Phone: 540-582-8816 Fax: 540-582-8819

## Información para la solicitud del 2020-2021

*Su hijo deberá cumplir 4 años el 30 de septiembre de 2020 o antes de esa fecha para ser elegible*

TODOS los siguientes documentos deberán **SER ENTREGADOS EN PERSONA** por uno de los padres/tutor legal. NO se aceptarían solicitudes incompletas. Por favor traer TODOS los siguientes documentos:

- Solicitud completada y firmada**
- Documento de identificación de uno de los padres/tutor legal** (licencia de conducir, permiso, pasaporte o documento con fotografía)
- Certificado de nacimiento original del niño** (Una copia o la carta de nacimiento será aceptada como verificación temporal)
- Verificación de ingresos de ambos padres/tutores legales que vivan en la casa**  
Traiga todo lo que corresponda: Recibos del pago de su sueldo (los 3 más recientes) o la declaración de impuestos del 2019, formulario W-2 actual, TANF, SSI, jubilación, incapacidad, desempleo, manutención recibida para los hijos, pensión alimenticia, beneficios de veteranos, becas/subvenciones, ingresos por alquileres, o ingresos en efectivo por trabajo.
- Custodia legal/tutela, régimen de visitas u orden de protección** (si corresponde)
- Verificación de padres de acogida** (si corresponde)
- Requisitos de domicilio** (vea a continuación)

REQUISITOS DE DOMICILIO DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE SPOTSYLVANIA (SCPS)		
<p><b>SOY PROPIETARIO</b> ( DEBE SER SU RESIDENCIA PRINCIPAL)</p> <p><b>USTED DEBE TRAER LO SIGUIENTE:</b></p> <p>___ ESTADO DE PAGO DE HIPOTECA, TÍTULO, CONTRATO DE VENTA, O PAGO DE IMPUESTOS DEL BIEN INMUEBLE</p> <p style="text-align: center;"><b>Y</b></p> <p><b>UNO DE LOS SIGUIENTES:</b></p> <p>___ UN RECIBO DE SERVICIOS PÚBLICOS (ELECTRICIDAD, AGUA, GAS O CABLE/SATÉLITE SOLAMENTE)</p> <p>___ INSCRIPCIÓN DEL REGISTRO ELECTORAL</p> <p>___ REGISTRO DEL AUTOMÓVIL</p> <p>___ RECIBO DE SU SUELDO</p> <p>___ RECIBO DE BENEFICIOS DE SERVICIOS SOCIALES</p> <p>___ RECIBO DE IMPUESTOS DE PROPIEDAD PERSONAL</p> <p>___ FORMULARIO W2</p> <p>___ ESTADO DE CUENTA BANCARIA DE LOS ÚLTIMOS 2 MESES</p>	<p><b>PAGO ALQUILER</b></p> <p><b>DEBE TRAER LO SIGUIENTE:</b></p> <p>___ CONTRATO DE RENTA ACTUAL AUTÉNTICO Y FIRMADO, CARTA DEL GERENTE DE LA RESIDENCIA (DEBE INCLUIR LOS DATOS DE CONTACTO)</p> <p style="text-align: center;"><b>Y</b></p> <p><b>UNO DE LOS SIGUIENTES:</b></p> <p>___ UN RECIBO DE SERVICIOS PÚBLICOS (ELECTRICIDAD, AGUA, GAS O CABLE/SATÉLITE SOLAMENTE)</p> <p>___ INSCRIPCIÓN DEL REGISTRO ELECTORAL</p> <p>___ REGISTRO DEL AUTOMÓVIL</p> <p>___ RECIBO DE SU SUELDO</p> <p>___ RECIBO DE BENEFICIOS DE SERVICIOS SOCIALES</p> <p>___ RECIBO DE IMPUESTOS DE PROPIEDAD PERSONAL</p> <p>___ FORMULARIO W2</p> <p>___ ESTADO DE CUENTA BANCARIA DE LOS ÚLTIMOS 2 MESES</p>	<p><b>VIVO CON OTRO RESIDENTE DEL CONDADO DE SPOTSYLVANIA</b></p> <p><b>DEBE TRAER LO SIGUIENTE:</b></p> <p>___ *FORMULARIO NOTARIADO DE DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DE DOMICILIO</p> <p style="text-align: center;"><b>Y</b></p> <p>___ AMBAS PRUEBAS DE LOS REQUISITOS DE PROPIETARIO (VER "SOY PROPIETARIO")</p> <p style="text-align: center;"><b>Y</b></p> <p><b>EL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL DEBERÁ TRAER UNO DE LOS SIGUIENTES:</b></p> <p>___ UN RECIBO DE SERVICIOS PÚBLICOS (ELECTRICIDAD, AGUA, GAS ,O CABLE/SATÉLITE SOLAMENTE)</p> <p>___ INSCRIPCIÓN DEL REGISTRO ELECTORAL</p> <p>___ REGISTRO DEL AUTOMÓVIL</p> <p>___ RECIBO DE SU SUELDO</p> <p>___ RECIBO DE BENEFICIOS DE SERVICIOS SOCIALES</p> <p>___ RECIBO DE IMPUESTOS DE PROPIEDAD PERSONAL</p> <p>___ FORMULARIO W2</p> <p>___ ESTADO DE CUENTA BANCARIA DE LOS ÚLTIMOS 2 MESES</p>
<p><b>No podemos aceptar la licencia de conducir, recibos de teléfono celular o recibos del médico como verificación de domicilio</b></p> <p>* El formulario de declaración de verificación de residencia se puede encontrar en la página web de SCPS bajo "Student Registration".</p>		

### Información General

- Completar una solicitud no es garantía de admisión.
- La selección para la matrícula se basa en la elegibilidad según los ingresos y las necesidades del niño y de su familia, no se basa en la fecha en la que se entregue la solicitud.
- Todas las familias que soliciten admisión no pueden ser admitidas en el programa debido a la limitación de cupo.
- Las selecciones comienzan en Abril y continuarán hasta que el programa esté lleno.
- Se notificarán por teléfono o por correo a las familias de los niños aceptados para que los matriculen.
- Aquellos niños que no sean seleccionados irán a una lista de espera de cupos el año escolar.
- Se aceptan solicitudes durante todo el año lectivo para mantener una lista de espera.

**For Office Use Only**

Verifying Staff \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Application # \_\_\_\_\_ McKinney Vento Referral \_\_\_\_\_  
 Home School \_\_\_\_\_ Serving School \_\_\_\_\_ Self Transport \_\_\_\_\_  
 Documents Received: Physical \_\_\_\_\_ Dental \_\_\_\_\_ Immunizations \_\_\_\_\_ IEP \_\_\_\_\_ Custody \_\_\_\_\_ Foster Care \_\_\_\_\_ Community Referral \_\_\_\_\_

**Niño(a) solicitante**

**Primer Nombre** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido(s)** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_

**Raza**  
 Asiático  Americano Indio/Nativo Alaska  Hispano  Ninguna  Pobre  Otra Idioma  Ninguna  Pobre  
 Negro  Hawaiano/Isleño Pacífico  No  Moderada  Eficiente  Moderada  Eficiente  
 Blanco  Multirracial  Otro:

**Cobertura primaria de salud** \_\_\_\_\_ **Doctor/Clinica – Nombre del doctor** \_\_\_\_\_ **Dentista/Clinica – Nombre del dentista** \_\_\_\_\_

**Discapacidad diagnosticada o problema de salud** \_\_\_\_\_ **Programa de educación individualizado actual (IEP)** \_\_\_\_\_ **Lugar donde recibe los servicios (escuela, instalaciones, etc.)** \_\_\_\_\_  
 Sí (para \_\_\_\_\_)  No  Pendiente

**Condiciones de salud diagnosticadas** \_\_\_\_\_ **Recomendación escrita de alguna agencia de la comunidad** \_\_\_\_\_  
 Sí (de \_\_\_\_\_)  No

**El niño(a) vive con (marque todos los que correspondan)** **Otros familiares que viven en la casa**  
 Padre biológico  Padrastró  Hermanos - ¿Cuántos? \_\_\_\_\_  Abuela  Otro \_\_\_\_\_  
 Madre biológica  Madrastra  Hermanas - ¿Cuántas? \_\_\_\_\_  Abuelo  Otro \_\_\_\_\_  
 Padres de acogida  Tutor Legal **Número total de personas en la familia:** \_\_\_\_\_ **Número total de personas en la casa** \_\_\_\_\_

**Padre o madre principal/ tuto legal**

**Primer Nombre** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido(s)** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_

**Raza**  
 Asiático  Americano Indio/Nativo Alaska  Hispano  Ninguna  Pobre  Otro Idioma  Ninguna  Pobre  
 Negro  Hawaiano/Isleño Pacífico  No  Moderada  Eficiente  Moderada  Eficiente  
 Blanco  Multirracial  Otro:

**Grado académico más alto completado** **Estado de empleo** **Relación con el niño** **Señale todos los que apliquen:**  
 Título de bachillerato  < Grado 9  Tiempo completo  Tiempo completo  Natural/adoptado/  
 Curso de universidad  Grado 10  Tiempo parcial  & entrenamiento  padrastró/madrastra  Padre/madre adolescente  
 o entrenamiento  Grado 11  Empleado por  Tiempo parcial & entrenamiento  Nieto  Documentos de la custodia  
 Asociado  Grado 12  Empleado por  Entrenamiento o escuela  Sobrino  Sobrino  
 Licenciatura  GED  Desempleado  Retirado o incapacitado  Acogido  Acogido  
 Maestría  Otro

**Empleador** \_\_\_\_\_ **Dirección de correo electrónico** \_\_\_\_\_

**Veterano Militar** **Estado Civil** **Domicilio**  
 Sí  Soltero  Casado  Viudo  Vive con el niño  Vive en una dirección diferente (escriba la dirección a continuación)  
 No  Separado  Divorciado

**Padre o madre secundario/ tuto legal**

*Por favor enumere adultos adicionales en la hoja adjunta si fuera necesario.*

**Primer Nombre** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido(s)** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_ **Sexo** \_\_\_\_\_

**Raza**  
 Asiático  Americano Indio/Nativo Alaska  Hispano  Ninguna  Pobre  Otro Idioma  Ninguna  Pobre  
 Negro  Hawaiano/Isleño Pacífico  No  Moderada  Eficiente  Moderada  Eficiente  
 Blanco  Multirracial  Otro:

**Grado académico más alto completado** **Estado de empleo** **Relación con el niño** **Señale todos los que apliquen:**  
 Título de bachillerato  < Grado 9  Tiempo completo  Tiempo completo  Natural/adoptado/  
 Curso de universidad  Grado 10  Tiempo parcial  & entrenamiento  padrastró/madrastra  Padre/madre adolescente  
 o entrenamiento  Grado 11  Empleado por  Tiempo parcial & entrenamiento  Nieto  Documentos de la custodia  
 Asociado  Grado 12  Empleado por  Entrenamiento o escuela  Sobrino  Sobrino  
 Licenciatura  GED  Desempleado  Retirado o incapacitado  Acogido  Acogido  
 Maestría  Otro

**Empleador** \_\_\_\_\_ **Dirección de correo electrónico** \_\_\_\_\_

**Veterano Militar** **Estado Civil** **Domicilio**  
 Si  Soltero  Casado  Viudo  Vive con el niño  Vive en una dirección diferente (escriba la dirección a continuación)  
 No  Separado  Divorciado

**Hermanos que viven en la casa (No-Solicitante)** Por favor enumere niños adicionales en la hoja adjunta si fuera necesario.

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	¿Niño suscrito a ParentVue?	Fecha de nacimiento	Sexo
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	¿Niño suscrito a ParentVue?	Fecha de nacimiento	Sexo
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**Información de Familia**

Dirección de domicilio	Código Postal	Ciudad	Estado

Dirección Postal (Si es diferente a la dirección en la que reside)	Código Postal	Ciudad	Estado

Número(s) de Teléfono	Tipo ( señale uno)	Principal	¿Quién?	¿Permiso para recibir mensajes de texto? (Se aplican tarifas de datos)
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor legal <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Situación del padre/madre ( señale uno)	Idioma principal en el hogar	Familia sin hogar	Familia militar	Recomendado por una agencia del bienestar infantil	Reciben SNAP	WIC
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**¿Recibe actualmente su familia cualquiera de los siguientes ingresos y/o asistencia?**

<input type="checkbox"/> TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas)	<input type="checkbox"/> Servicio de guardería infantil	<input type="checkbox"/> Ayuda para servicios públicos	<input type="checkbox"/> Trabajo por efectivo
<input type="checkbox"/> SSI (Ingresos adicionales de seguridad social)	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/apoyo del cónyuge	<input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos	<input type="checkbox"/> Otro
<input type="checkbox"/> Compensación por desempleo	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Becas/subvenciones	
<input type="checkbox"/> Mantención de menores	<input type="checkbox"/> Subsidio para la vivienda Sección 8	<input type="checkbox"/> Ingresos de alquiler	

**¿Se encuentra su familia en alguna de las siguientes situaciones? Por favor señale todas las opciones que correspondan**

<input type="checkbox"/> sin hogar o viviendo en un refugio, hotel o campamento	<input type="checkbox"/> muerte reciente de un familiar: quién _____ cuándo _____
<input type="checkbox"/> viviendo con parientes u otros por falta de vivienda o ingresos	<input type="checkbox"/> problemas graves de salud: quién _____ cuándo _____
<input type="checkbox"/> viviendo con parientes u otros por preferencia	<input type="checkbox"/> padre, madre o familiar discapacitado: quién _____
<input type="checkbox"/> ambiente inseguro o insalubre	<input type="checkbox"/> fue víctima reciente de incendio o inundación
<input type="checkbox"/> violencia en el hogar	<input type="checkbox"/> necesita ayuda urgente con comida
<input type="checkbox"/> la madre del niño no tiene diploma de secundaria o GED	<input type="checkbox"/> necesita refugio urgente
<input type="checkbox"/> el padre del niño no tiene diploma de secundaria o GED	<input type="checkbox"/> necesita asistencia médica de emergencia
<input type="checkbox"/> la madre del niño se encuentra actualmente en la cárcel	<input type="checkbox"/> necesita ayuda urgente para pagar los servicios públicos
<input type="checkbox"/> el padre del niño se encuentra actualmente en la cárcel	<input type="checkbox"/> no tiene servicios sanitarios ni electricidad
<input type="checkbox"/> padres adolescentes de HS/VPI al nacer el niño	<input type="checkbox"/> información adicional sobre el niño o la familia: _____
<input type="checkbox"/> la madre del niño está actualmente embarazada. Fecha cuándo dará a luz _____	
<input type="checkbox"/> otros niños en Head Start: _____ cuándo _____	<input type="checkbox"/> otros niños en VPI: _____ cuándo _____

**Acuerdo y certificado del padre/madre o tutor legal**

Head Start e Iniciativa Preescolar de Virginia (por sus siglas en inglés VPI) de las escuelas del condado de Spotsylvania son programas preescolares completos y sin costos de matrícula para niños elegibles de cuatro años de edad que viven en el condado de Spotsylvania. Las clases de estos programas son impartidas por personal docente y de apoyo altamente calificado. Los programas comienzan en agosto y terminan en mayo con clases de lunes a viernes. Ambos programas ofrecen transporte en autobús del hogar a la escuela y de la escuela al hogar; sin embargo, no se garantiza el transporte según la ubicación. Es responsabilidad de los padres informar a la oficina administrativa de Head Start si se mudan o si su información de contacto cambia.

- Se requiere lo siguiente si su hijo(a) es aceptado para matrícula en un programa preescolar:
- VPI: documentación actualizada de inmunizaciones y examen médico reciente para ingresar a la escuela
  - Head Start: documentación actualizada de inmunizaciones, y examen médico para ingresar a la escuela, pruebas de laboratorio, examen dental y todo cuidado continuo recomendado por el médico o el dentista

Certifico que toda la información en esta solicitud y todos los documentos presentados son verídicos y exactos, y que he reportado todos mis ingresos. Entiendo que estos programas son compensados con fondos federales, estatales y locales, y que cualquier información falsa o engañosa podría resultar en la terminación de la participación de mi hijo(a) en los programas de Head Start o VIP de las escuelas públicas del condado de Spotsylvania. Entiendo que cualquier información falsa dada intencionalmente de mi parte podría ser causa de demanda judicial en mi contra, de acuerdo con las leyes estatales y federales. Entiendo que la información en esta solicitud será tratada confidencialmente, dentro de la agencia, y que me será accesible en horario laboral. Con mi firma autorizo a que se comparta la información entre los programas preescolares de las escuelas públicas del condado de Spotsylvania y las escuelas públicas del condado de Spotsylvania. Además autorizo a compartir con el Departamento de Servicios Sociales, la información con respecto a mis ingresos, condición de asistencia pública, y cualquier otra información necesaria para determinar la elegibilidad en sus programas.

Firma de uno de los padres o tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Es norma de Head Start e Iniciativa Preescolar de Virginia de las escuelas del condado de Spotsylvania no discriminar en contra de cualquier persona con discapacidades o cualquier persona, en base a su raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, ascendencia o estado civil.*

## Hoja Adjunta

### Hermanos que viven en la casa (No-Solicitante)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	¿Niño suscrito a <i>ParentVue</i> ?	Fecha de nacimiento	Sexo
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	¿Niño suscrito a <i>ParentVue</i> ?	Fecha de nacimiento	Sexo
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	¿Niño suscrito a <i>ParentVue</i> ?	Fecha de nacimiento	Sexo
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	¿Niño suscrito a <i>ParentVue</i> ?	Fecha de nacimiento	Sexo
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	¿Niño suscrito a <i>ParentVue</i> ?	Fecha de nacimiento	Sexo
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	¿Niño suscrito a <i>ParentVue</i> ?	Fecha de nacimiento	Sexo
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

### Otro Adulto

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Fecha de nacimiento	Sexo	
Raza		Hispano	Habilidad hablando inglés	Otra Idioma	Habilidad hablando otro idioma
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Americano Indio/Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Eficiente		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Eficiente
Grado académico más alto completado		Estado de empleo	Relación con el niño		Señale todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Título de bachillerato <input type="checkbox"/> Curso de universidad o entrenamiento <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> < Grado 9 <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado por temporada <input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Tiempo completo & entrenamiento <input type="checkbox"/> Tiempo parcial & entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o escuela <input type="checkbox"/> Retirado o incapacitado	<input type="checkbox"/> Natural/adoptado/padrastro/madrasta <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino <input type="checkbox"/> Acogido <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Padre/madre adolescente <input type="checkbox"/> Documentos de la custodia
Empleador			Dirección de correo electrónico		
Veterano Militar	Estado Civil		Domicilio		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Vive con el niño <input type="checkbox"/> Vive en una dirección diferente (escriba la dirección a continuación)		

### Otro Adulto

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Fecha de nacimiento	Sexo	
Raza		Hispano	Habilidad hablando inglés	Otra Idioma	Habilidad hablando otro idioma
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Americano Indio/Nativo Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Eficiente		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Eficiente
Grado académico más alto completado		Estado de empleo	Relación con el niño		Señale todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Título de bachillerato <input type="checkbox"/> Curso de universidad o entrenamiento <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> < Grado 9 <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado por temporada <input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Tiempo completo & entrenamiento <input type="checkbox"/> Tiempo parcial & entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o escuela <input type="checkbox"/> Retirado o incapacitado	<input type="checkbox"/> Natural/adoptado/padrastro/madrasta <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino <input type="checkbox"/> Acogido <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Padre/madre adolescente <input type="checkbox"/> Documentos de la custodia
Empleador			Dirección de correo electrónico		
Veterano Militar	Estado Civil		Domicilio		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Divorciado		<input type="checkbox"/> Vive con el niño <input type="checkbox"/> Vive en una dirección diferente (escriba la dirección a continuación)		

**SCPS Head Start e Iniciativa Preescolar de Virginia**  
**Transporte – Lugares de Recogida y de Retorno**

Nombre del niño(a): \_\_\_\_\_ Nombre del padre o madre/tutor legal: \_\_\_\_\_

**Please Note:** The pick-up and drop-off addresses must be in the same school zone. School assignments are based on pick-up and drop-off addresses. It is the parents' responsibility to notify staff of any address changes. Enrollment is not guaranteed if the address change is in a different school zone.

**Por favor, tenga en cuenta:** Las direcciones de recogida y retorno deben estar en la misma zona de la escuela. Las escuelas asignadas se basan en las direcciones de recogida y retorno. Es responsabilidad de los padres notificar al personal de *Head Start* los cambios de dirección. La inscripción no está garantizada si el cambio de dirección se encuentra en una zona escolar diferente.

<p><b>Pick-Up Location / Lugar de recogida</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Home Address / Domicilio</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">OR</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Alternate Address (babysitter/daycare) / Dirección alternativa (niñera/guardería)</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Responsible Adult / Adulto responsable:</b> _____</p> <p><b>Phone Number / Número de teléfono:</b> _____</p>	<p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;"><b>For Office Use Only</b></p> <p>Home School: _____</p> <p>Serving School: _____</p>
--	---

<p><b>Drop-Off Location / Lugar de retorno</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Home Address / Domicilio</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">OR</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Alternate Address (babysitter/daycare) / Dirección alternativa (niñera/guardería)</b></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><b>Responsible Adult / Adulto responsable:</b> _____</p> <p><b>Phone Number / Número de teléfono:</b> _____</p>	<p><input type="checkbox"/> <b>El mismo lugar que la recogida</b></p>
--	---

Firma del padre/madre o tutor Legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_