



Información para la solicitud del 2019-2020

Su hijo) deberá cumplir 4 años el 30 de septiembre de 2019 o antes de esa fecha para ser elegible

TODOS los documentos siguientes deberán **SER ENTREGADOS EN PERSONA** por uno de los padres/tutor legal:

- 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), 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 residencia** (vea a continuación)

REQUISITOS DE RESIDENCIA DE LAS ESCUELAS PÚBLICAS DE CONDADO DE SPOTSYLVANIA (SCPS)		
<p>SOY PROPIETARIO (DEBE SER SU RESIDENCIA PRINCIPAL)</p> <p>USTED DEBE TRAER LO SIGUIENTE:</p> <p>____ ESTADO DE PAGO DE HIPOTECA, TÍTULO, CONTRATO DE VENTA, O PAGO DE IMPUESTOS DEL BIEN INMUEBLE</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>UNO DE LOS SIGUIENTES:</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 SERVISOS SOCIALES</p> <p>____ RECIBO DE IMPUESTO DE PROPIEDAD PERSONAL</p> <p>____ FORMULARIO W2</p> <p>____ ESTADO DE CUENTA BANCARIA DE LOS ÚLTIMOS 2 MESES</p>	<p>PAGO ALQUILER</p> <p>DEBE TRAER LO SIGUIENTE:</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;">Y</p> <p>UNO DE LOS SIGUIENTES:</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 PERSONAL</p> <p>____ RECIBO DE IMPUESTO DE PROPIEDAD PERSONAL</p> <p>____ FORMULARIO W2</p> <p>____ ESTADO DE CUENTA BANCARIA DE LOS ÚLTIMOS 2 MESES</p>	<p>VIVO CON OTRO RESIDENTE DEL CONDADO DE SPOTSYLVANIA</p> <p>DEBE TRAER LO SIGUIENTE:</p> <p>____ *FORMULARIO DE DECLARACIÓN DE VERIFICACIÓN DE DOMICILIO</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>____ AMBAS PRUEBAS DE LOS REQUISITOS DE PROPIETARIO (VER "SOY PROPIETARIO")</p> <p style="text-align: center;">Y</p> <p>EL PADRE/MADRE O TUTOR LEGAL DEBERÁ TRAER UNO DE LOS SIGUIENTES:</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 SERVISOS SOCIAL</p> <p>____ RECIBO DE IMPUESTO DE PROPIEDAD PERSONAL</p> <p>____ FORMULARIO W2</p> <p>____ ESTADO DE CUENTA BANCARIA DE LOS ÚLTIMOS 2 MESES</p>
<p>No podemos aceptar la licencia de conducir, recibos de teléfono celular o recibos del médico como verificación de domicilio</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 se les pondrán en una lista de espera durante 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** _____ **Nombre Preferido** _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Sexo** _____

Raza
 Asiático Americano Indio/Nativo Alaska Hispano Ninguna Pobre Otra Lengua 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 actual individualizado de educación (IEP)** _____ **Ubicación de 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 todo lo que corresponda) _____ **Otros familiares que viven en la casa** _____
 Padre biológico Padrastra Hermanos - ¿Cuántos? _____ Abuela Otro _____
 Madre biológica Madrastra Hermanas - ¿Cuántos? _____ Abuelo Otro _____
 Padres de acogida Tutor Legal **Número total de personas en la familia:** _____ **Número total de personas en la casa** _____

Padre o madre primario/ tuto legal

Primer Nombre _____ **Segundo Nombre** _____ **Apellido** _____ **Nombre Preferido** _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Sexo** _____

Raza
 Asiático Americano Indio/Nativo Alaska Hispano Ninguna Pobre Otra Lengua 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 padrastra/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 Acogido
 Licenciatura GED Desempleado Retirado o incapacitado Acogido Otro
 Maestría

Empleador _____ **Dirección de correo electrónico** _____

Veterano Militar _____ **Estado Civil** _____ **Residencia** _____
 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** _____ **Nombre Preferido** _____ **Fecha de nacimiento** _____ **Sexo** _____

Raza
 Asiático Americano Indio/Nativo Alaska Hispano Ninguna Pobre Otra Lengua 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 padrastra/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 Acogido
 Licenciatura GED Desempleado Retirado o incapacitado Acogido Otro
 Maestría

Empleador _____ **Dirección de correo electrónico** _____

Veterano Militar _____ **Estado Civil** _____ **Residencia** _____
 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	¿Niño suscrito a ParentVue?	Fecha de nacimiento	Sexo
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Información de Familia

Dirección de Residencia	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)	Lengua 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"/> viviendo con parientes u otros por falta de vivienda o ingresos <input type="checkbox"/> viviendo con parientes u otros por preferencia <input type="checkbox"/> ambiente inseguro o insalubre <input type="checkbox"/> violencia en el hogar <input type="checkbox"/> la madre del niño no tiene diploma de secundaria o GED <input type="checkbox"/> el padre del niño no tiene diploma de secundaria o GED <input type="checkbox"/> la madre del niño se encuentra actualmente en la cárcel <input type="checkbox"/> el padre del niño se encuentra actualmente en la cárcel <input type="checkbox"/> padres adolescentes de HS/VPI al nacer el niño <input type="checkbox"/> la madre del niño está actualmente embarazada. Fecha en que cumple _____ <input type="checkbox"/> otros niños en Head Start: _____ cuándo _____	<input type="checkbox"/> muerte reciente de un familiar: quién _____ cuándo _____ <input type="checkbox"/> problemas graves de salud: quién _____ cuándo _____ <input type="checkbox"/> padre, madre o familiar discapacitado: quién _____ <input type="checkbox"/> fue víctima reciente de incendio o inundación <input type="checkbox"/> necesita ayuda urgente con comida <input type="checkbox"/> necesita refugio urgente <input type="checkbox"/> necesita asistencia médica de emergencia <input type="checkbox"/> necesita ayuda urgente para pagar los servicios públicos <input type="checkbox"/> no tiene servicios sanitarios ni electricidad <input type="checkbox"/> información adicional sobre el niño o la familia: _____ <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 integrales 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 de seguimiento 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 costeados 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, religión, origen nacional, sexo, edad, ascendencia o estado civil.

Hoja Adjunta

Hermanos que viven en la casa (No-Solicitante)

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

Otro Adulto

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	
Raza	Hispano	Habilidad hablando inglés	Otra Lengua	Habilidad hablando otra Lengua		
<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	Residencia				
<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	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	
Raza	Hispano	Habilidad hablando inglés	Otra Lengua	Habilidad hablando otra Lengua		
<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	Residencia				
<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>Pick-Up Location / Lugar de recogida</p> <p><input type="checkbox"/> Home Address / Domicilio</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">OR</p> <p><input type="checkbox"/> Alternate Address (babysitter/daycare) / Dirección alternativa (niñera/guardería)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Responsible Adult / Adulto responsable: _____</p> <p>Phone Number / Número de teléfono: _____</p>	<p style="text-align: center; background-color: #e0e0e0;">For Office Use Only</p> <p>Home School: _____</p> <p>Serving School: _____</p>
--	---

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

Firma del padre/madre o tutor Legal _____ Fecha _____