



## Pre-K Counts del Condado de Bucks

### Lista de Verificación de Solicitud

En este paquete se incluyen todos los formularios de solicitud necesarios para nuestro Programa de Pre-K Counts. Complete la información y devuélvala a su programa local que figura en la hoja de contacto.

Las solicitudes no se revisarán hasta que la solicitud y todos los documentos complementarios hayan sido recibidos. Gracias por su cooperación en este tema.

Envíe junto con su solicitud copias de los elementos que se enumeran a continuación :

Declaración de Impuestos Federales de 2019 para todos los adultos (mayores de 18 años) que residen en su hogar **Incluya SOLO las primeras 2 páginas del Formulario Federal 1040**; no se requieren otros formularios de impuestos.

Certificado de Nacimiento (hijo)

Tarjeta de Seguridad Social o Número en la Declaración de Impuestos (hijo)

Identificación con foto (Padre/Tutor)

Solicitud Confidencial de Pre-K Counts (se deben completar las 3 páginas)

Comprobante de Residencia: Arrendamiento, Escritura o Cupón Hipotecario. Deben ser actuales y el nombre del hijo debe estar en el arrendamiento.

Tres (3) comprobantes adicionales de residencia, como seguro de vehículo o de vivienda, registro de vehículo, factura de servicios públicos de teléfono, agua, electricidad, etc.

Los siguientes artículos se deberán entregar inmediatamente después de su aceptación en el programa:

Registros de Inmunización

Examen Físico (completado después del 1 de septiembre de 2019), que incluya evaluación visual auditiva y dental.

*Favor de imprimir claramente.*

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL NIÑO	
Nombre del Niño _____	Fecha de Hoy _____
Etnicidad (Elija una): <input type="checkbox"/> No Hispano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Desconocido	
Raza (Elija una): <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco o Caucásico <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico Hawaiano <input type="checkbox"/> Desconocido	
Fecha de Nacimiento del Niño _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de Seguro Social del niño _____	<b>Envíe una copia del certificado de nacimiento del niño.</b>
<i>Si el Inglés es su Segundo Idioma, complete esta sección.</i>	
Lenguaje(s) que se habla(n) en casa _____ Lenguaje(s) que habla el niño _____	
Necesidades Especiales/Inquietudes Relacionadas con el Niño: _____ <i>Si el niño recibe servicios de intervención temprana, envíe una copia del IEP del niño.</i>	
Mi Escuela Primaria Local: _____ en el Distrito Escolar _____.	
SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LOS PADRES	
Padre/Tutor #1: Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____
Situación Laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Militar (Activo, Reserva o Veterano)	
Dirección _____	Apto. _____
Ciudad _____ Estado PA	Código Postal _____
Número Telefónico Principal _____	Número Telefónico Alterno _____
Correo Electrónico _____	
Padre/Tutor #2: Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Militar (Activo, Reserva o Veterano)	
Dirección _____	Apto. _____
Ciudad _____ Estado PA	Código Postal _____
Número Telefónico Principal _____	Número Telefónico Alterno _____
Correo Electrónico _____	
Nivel educativo más alto completado: Padre #1 _____ Padre #2 _____	

**SECCIÓN 3: INGRESOS DEL HOGAR**

*Junto con esta solicitud, se debe presentar una copia de las **dos primeras páginas** de la declaración de impuestos federales de 2019 de **TODOS** los adultos en el hogar.*

Ingresos de todas las fuentes de todos los miembros del hogar: \_\_\_\_\_/año

Número de Adultos (todos mayores de 18 años) en el hogar \_\_\_\_\_ Edades \_\_\_\_\_

Número de Niños en el hogar \_\_\_\_\_ Edades \_\_\_\_\_

Elija uno:  Soy dueño de mi casa  Rento mi casa  Vivo con otra familia

**SÓLO PARA USO DEL PROGRAMA** Ingreso Verificado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 4: INFORMACIÓN ADICIONAL DEL NIÑO (Requerido)**

¿Actualmente está inscrito en el Programa Head Start?  Sí  No

¿Su hijo está inscrito en Child Care Works (cuidado infantil subsidiado)?  Sí  No

¿Su familia recibe beneficios públicos (TANF, Asistencia Médica, SNAP, etc.)?  Sí  No

¿El padre es migrante (no inmigrante) o trabajador estacional?  Sí  No

¿Su hijo no tiene hogar (vive en un motel, refugio, en una vivienda deficiente)?  Sí  No

¿Su hijo está en un hogar de acogida, cuidado familiar o recibe servicios de Protección Infantil?  Sí  No

¿Su hijo recibe apoyos conductuales o ha sido referido para apoyos conductuales?  Sí  No

¿La madre del niño era menor de 18 años cuando el/ella nació?  Sí  No

¿Alguno de los padres del niño está encarcelado?  Sí  No

¿El padre tiene un diploma de escuela secundaria o GED?  Sí  No

¿Existen inquietudes sobre el desarrollo físico del niño o problemas médicos existentes?  Sí  No

¿Existen inquietudes sobre el desarrollo del habla o lenguaje del niño?  Sí  No

¿Existen inquietudes sobre el desarrollo social, emocional o conductual del niño?  Sí  No

Si hay algo más que debamos saber sobre su hijo o su familia, explíquelo aquí:

\_\_\_\_\_

### SECCIÓN 5: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Nombre del Niño \_\_\_\_\_

**Cuando sea necesario para el cumplimiento del otorgamiento de Pre-K Counts o para mejorar los servicios proporcionados a mi hijo o familia, autorizo la divulgación y el intercambio de información para:**

Unidad Intermedia del Condado de Bucks  Sí  No

Mi distrito escolar local ( \_\_\_\_\_ )  Sí  No

Departamento de Educación de Pensilvania  Sí  No

**Cuando sea necesario para el cumplimiento o la mejora del otorgamiento de Pre-K Counts, autorizo el uso de fotografías en las que mi hijo aparece para fines que incluyen, entre otros, boletines, comunicados de prensa y/o folletos.**

Autorizo el uso de la foto de mi hijo como se describe anteriormente.  Sí  No

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### SECCIÓN 6: GARANTÍAS DEL PROGRAMA Y FIRMA

- Las familias son consideradas para inscripción en Pre-K Counts después de completar la solicitud y de haber recibido todos los documentos complementarios.
- Las familias son aceptadas con fundamento en la "necesidad" y no por la fecha en que se presentó la solicitud.
- Las familias cuyos hijos son seleccionados para el programa Pre-K Counts *deberán proporcionar transporte diariamente hacia y desde el preescolar al que son asignadas.*
- Se requiere que las familias asistan a las conferencias de padres / tutores y al menos a un taller para padres.
- La asistencia es esencial. A excepción de las ausencias justificadas, los niños deberán ser puntuales y estar presentes a diario.

**Por favor marque y firme a continuación:**

**FAMILIAS ELEGIBLES PARA HEAD START:**

Me dieron información sobre Head Start pero prefiero inscribirme en el programa Pre-K Counts.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

A mi saber, la información en esta aplicación es precisa.

Acepto las responsabilidades de una familia de Pre-K Counts.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Nombre del Padre/Tutor (Impreso) \_\_\_\_\_

**Todos los documentos enumerados en la página 3 deberán ser incluidos con su solicitud.  
No revisaremos ni aceptaremos ninguna solicitud sin todos los documentos complementarios.  
Envíe esta solicitud y todos los documentos solicitados a la Agencia Principal que figura en la página 2.  
¡Gracias!**

**PRIVATE PHYSICIAN'S REPORT OF  
PHYSICAL EXAMINATION OF A PUPIL OF SCHOOL AGE**

DATE \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_

NAME OF SCHOOL \_\_\_\_\_ GRADE \_\_\_\_\_ HOMEROOM \_\_\_\_\_

NAME OF CHILD			DATE OF BIRTH	SEX
Last	First	Middle		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

ADDRESS

---

No. and Street	City or Post Office	Borough or Township	County	State	Zip Code
----------------	---------------------	---------------------	--------	-------	----------

**MEDICAL HISTORY  
IMMUNIZATIONS AND TESTS**

VACCINE	Enter Month, Day, and Year each immunization was given			BOOSTERS & DATES	
	DOSES				
Diphtheria and Tetanus (Circle): DTaP, DTP, DT, TD	1 / /	2 / /	3 / /	4 / /	5 / /
Polio (Circle): OPV, IPV	1 / /	2 / /	3 / /	4 / /	5 / /
Measles, Mumps, Rubella	1 / /	2 / /			
Hepatitis B	1 / /	2 / /	3 / /		
HIB	1 / /	2 / /	3 / /		
Varicella	1 / /	2 / /	Varicella Disease or Lab Evidence Date: _____		
Other: _____					

- MEDICAL EXEMPTION**    The physical condition of the above named child is such that immunization would endanger life or health
- RELIGIOUS EXEMPTION**    (Includes a strong moral or ethical conviction similar to a religious belief and requires a written statement from the parent/guardian)

**If Applicable:**

Tuberculin Tests Date Applied	Arm	Device	Antigen	Manufacturer	Signature
Date Read	Results (mm)		Signature		

Follow-Up of significant tuberculin tests:  
Parent/Guardian notified of significant findings on \_\_\_\_\_.

Result of Diagnostic Studies: \_\_\_\_\_  
Preventive Anti-Tuberculosis – Chemotherapy ordered.     No     Yes    \_\_\_\_\_ Date

**Significant Medical Conditions (√)**

If Yes, Explain

	Yes	No	
Allergies .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Asthma.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Cardiac .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Chemical Dependency .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Drugs .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Alcohol.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Diabetes Mellitus .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Gastrointestinal Disorder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hearing Disorder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hypertension.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Neuromuscular Disorder.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Orthopedic Condition .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Respiratory Illness .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Seizure Disorder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Skin Disorder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Vision Disorder .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Other (Specify).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Are there any special medical problems or chronic diseases which require restriction of activity, medication or which might affect his/her education? If so, specify \_\_\_\_\_

**Report of Physical Examination (√)**

	Normal	Abnormal	Not Examined	Comments
▪ Height (inches)				
▪ Weight (pounds) BMI				
▪ Pulse ( )				
▪ Blood Pressure				
▪ Hair/Scalp				
▪ Skin				
▪ Eyes/Vision				
▪ Ears/Hearing				
▪ Nose and Throat				
▪ Teeth and Gingiva				
▪ Lymph Glands				
▪ Heart – Murmur, etc				
▪ Lung – Adventitious Finding				
▪ Abdomen				
▪ Genitourinary				
▪ Neuromuscular System				
▪ Extremities				
▪ Spine (Presence of Scoliosis)				

\_\_\_\_\_  
Date of Examination

\_\_\_\_\_  
Signature of Examiner

\_\_\_\_\_  
**PRINT** Name of Examiner

\_\_\_\_\_  
Address

\_\_\_\_\_  
Telephone Number

COMMONWEALTH OF PENNSYLVANIA  
DEPARTMENT OF HEALTH

**PRIVATE DENTIST REPORT OF  
DENTAL EXAMINATION OF A PUPIL OF  
SCHOOL AGE**

NAME OF SCHOOL \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_ 19\_\_

NAME OF CHILD			AGE	SEX	GRADE	SECTION/ROOM
Last	First	Middle		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

ADDRESS \_\_\_\_\_

No. and Street	City or Post Office	Borough or Township	County	State	Zip
----------------	---------------------	---------------------	--------	-------	-----

**REPORT OF EXAMINATION**

	TOOTH CHART																
	RIGHT								LEFT								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	
UPPER				A	B	C	D	E	F	G	H	I	J				Upper
LOWER	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	Lower
																	Upper
																	Lower

Is The Child Under Treatment Yes  No

Treatment Completed Yes  No

\_\_\_\_\_  
Date of Dental Examination

\_\_\_\_\_  
Signature of Dental/Examiner

\_\_\_\_\_  
Print Name of Dental Examiner

\_\_\_\_\_  
Address