


## Solicitud de Preescolar del Condado de Montgomery



NRCA, Inc. Head Start  
 Blacksburg Head Start  
 701 Church St. SE  
 Blacksburg, VA 24060  
 540-552-0490  
 Christiansburg  
 Head Start  
 135 Church St.  
 Christiansburg, VA 24073  
 540-381-7559

Escuelas Públicas del Condado de  
 Montgomery  
 Iniciativa Preescolar de Virginia  
  
 750 Imperial St.  
 Christiansburg,  
 VA 24073  
 540-250-7416 o  
 540-382-5100 ext. 1044  
 Área de asistencia de jardín de infantes:  
 \_\_\_AES \_\_\_MBES \_\_\_BES \_\_\_CPS  
 \_\_\_EMES \_\_\_FBE \_\_\_GLES \_\_\_PFES



Verificación de nacimiento  
 ( ) SÍ ( ) NO

### Selección de programa

Considere a mi hijo para los siguientes programas. Entiendo que hay espacios limitados disponibles en todos los programas. NRCA Head Start, United Way of Southwest Virginia y Escuelas Públicas del Condado de Montgomery tienen en cuenta una serie de factores para determinar la elegibilidad; para incluir los ingresos del hogar, la edad del niño, el número de personas en el hogar y las necesidades de la familia. Esta información se considerará junto con otra información compartida con nuestro personal durante el proceso de solicitud para determinar la elegibilidad para servir mejor a su familia. Solo necesita completar **UNA** solicitud para ser considerado para los programas detallados a continuación con su orden de preferencia.

Indique la 1.<sup>a</sup>, 2.<sup>a</sup>, 3.<sup>a</sup>, 4.<sup>a</sup> opciones o  **TODAS** (Considerar a mi hijo para todos los programas elegibles)

\_\_\_ Preescolar de entrega mixta para niños de 3 y 4 años con horario antes y después de la escuela proporcionado  
 Las opciones incluyen: Rainbow Riders, Valley Interfaith Childcare Center y Virginia Tech Child Development Center

\_\_\_ Iniciativa Preescolar de Virginia de las Escuelas Públicas del Condado de Montgomery (para niños de 4 años, jornada escolar completa)

\_\_\_ NRCA Head Start Preschool (para niños de 3 y 4 años, y ofrece servicios integrales para la familia, horario escolar completo)

\_\_\_ NRCA Head Start Preschool servicios de día completo en New River Community College

El padre/tutor está inscrito actualmente como estudiante en NRCC

Estoy solicitando \_\_\_ un programa preescolar de tres (3) años o \_\_\_ un programa preescolar de cuatro (4) años.  
 (marque el programa que se aplica a su hijo)

Nombre completo del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ ( ) Masculino ( ) Femenino

Dirección residencial: \_\_\_\_\_ Dirección postal: \_\_\_\_\_  
 (si es diferente de la residencial)

Enumere los programas de cuidado infantil/preescolar actuales y pasados a los que ha asistido su hijo: \_\_\_\_\_

### Información del padre/tutor

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Vive con el niño: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Información de los padres/tutor	Educación (Marque el nivel más alto alcanzado)	Empleo	Escuela/Programa de capacitación
1. Nombre: _____  Relación: _____  Vive con el niño: ( ) Sí ( ) No	___ Sin GED  ___ Diploma de escuela secundaria o ___ GED  ___ Universitario incompleto ___ Asociados  ___ Licenciatura o Superior Enumerar títulos: _____	Empleador  Número de teléfono: _____  ___ Tiempo completo ___ Tiempo parcial  ___ Desempleado	___ Asiste medio tiempo  ___ Asiste tiempo completo Dónde: _____  ___ No inscrito en la escuela

2) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Vive con el niño: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Información de los padres/tutor	Educación (Marque el nivel más alto alcanzado)	Empleo	Escuela/Programa de capacitación
1. Nombre: _____  Relación: _____  Vive con el niño: ( ) Sí ( ) No	___ Sin GED  ___ Diploma de escuela secundaria o GED  ___ Universitario incompleto ___ Asociados  ___ Licenciatura o Superior Enumerar títulos: _____	Empleador  Número de teléfono: _____  ___ Tiempo completo ___ Tiempo parcial  ___ Desempleado	___ Asiste medio tiempo  ___ Asiste tiempo completo Dónde: _____  ___ No inscrito en la escuela

### *Información adicional de la familia*

1. Otros que viven en el hogar (incluidos todos los hermanos); relacionados por sangre, matrimonio o adopción:  
 (Nombre) \_\_\_\_\_ (Fecha de nacimiento) \_\_\_\_\_ (Relación con el solicitante) \_\_\_\_\_

---



---



---



---

2. ¿Tiene su hijo alguna necesidad especial que debemos tener en cuenta, como: (Marque todo lo que corresponda)

- ( ) Retraso en el desarrollo    ( ) Trastornos del habla/lenguaje    ( ) ODD, OCD, ADHD  
 ( ) Autismo    ( ) Lesión cerebral traumática    ( ) Discapacidad visual  
 ( ) Discapacidad auditiva    ( ) Discapacidad ortopédica o limitaciones físicas

3. ¿Su hijo recibe servicios de educación especial o tiene un IFSP o IEP actual con Escuelas Públicas del Condado de Montgomery?

- ( ) Sí ( ) No

4. ¿Su hijo tiene alguna condición de salud crónica o problemas de desarrollo por los que haya visto a un especialista o le hayan recetado medicamentos? ( ) Sí ( ) No Si marcó sí, enumere y explique \_\_\_\_\_

---

5. El niño es un niño adoptivo: ( ) Sí ( ) No    6. ¿Idioma principal que se habla en el hogar? \_\_\_\_\_

7. En los últimos 12 meses su familia ha experimentado: (Marque todo lo que corresponda)

- ( ) violencia doméstica    ( ) encarcelamiento    ( ) falta de alimentos    ( ) participación en CPS    ( ) abuso de sustancias  
 ( ) falta de vivienda debido a dificultades económicas    ( ) pérdida de empleo    ( ) impacto continuo del virus del COVID-19

8. Transporte: ¿Tiene alguna forma de llevar a su hijo a la escuela todos los días? ( ) Sí ( ) No  
 (Disponible solo en programas específicos)

9. ¿Recibe ayuda para la vivienda? (es decir, asistencia de alquiler, sin alquiler mensual o pago de hipoteca, HUD u otro subsidio) ( ) Sí ( ) No

10. ¿Recibe (marque todo lo que corresponda) ( ) TANF; ( ) SSI; ( ) Beneficios de SNAP

11. Su ingreso familiar **ANUAL** total: \$ \_\_\_\_\_

(Head Start, United Way y VPI necesitarán verificación de ingresos de los últimos 12 meses)

12. ¿Su hijo tiene seguro? Sí ( ) No( )

Marque todos los tipos de seguros que aplican:

Seguro médico privado  Seguro dental privado  Medicaid

Fecha del último examen físico del niño: \_\_\_\_\_  
niño: \_\_\_\_\_

Fecha de la última visita al dentista del

¿Están al día las vacunas de su hijo? ( )Sí ( )No

13. ¿Cómo conoció nuestro programa? \_\_\_\_\_

Al firmar la solicitud a continuación, autorizo la divulgación de toda la información médica, dental, educativa y de desarrollo para ser compartida por New River Community Action Head Start, United Way of Southwest Virginia y Escuelas Públicas del Condado de Montgomery.

\_\_\_\_\_

Firma del padre, madre o tutor legal

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma del personal

\_\_\_\_\_

Fecha

(solicitud en línea)