



# Escuelas Públicas de Lincoln

## Programa Pre-escolar para Infantes

Para niños que hayan cumplido 3 o 4 años el o antes del 15 de octubre del 2011

Los Programas Pre-escolares para Infantes que ofrece Las Escuelas Públicas de Lincoln provee una gran variedad de servicios. Estos servicios han sido diseñados para apoyar al estudiante y a su familia en esta comunidad. **La participación del Padre y/o la Madre es importante en cualquiera de los programas que ofrecemos.**

Para inscribirse, por favor traiga su solicitud junto con los 3 documentos a continuación, a la Oficina de Inscripciones de ExCITE ubicada en la Escuela Secundaria de Culler Middle School, 5201 Vine Street, Lincoln, NE 68504:

1. **Copia Certificada del Acta de Nacimiento O, Si su Usted no cuenta con el Acta de Nacimiento, Usted puede traer cualquier otro documento que indique la identidad y edad de su hijo/a tales como (documentos oficiales de nacimiento, o pasaporte) estos documentos deberán ser acompañados por una declaración que indique el motivo por el cual Usted no puede entregar el Acta de Nacimiento.**
2. **Cartilla de Vacunación actualizada de su hijo/a**
3. **Verificación de los Ingresos de su familia del año pasado. [Preferimos que nos traiga la declaración de los Ingresos del 2008, pero si Usted no cuenta con este documento, entonces puede traernos una de las siguientes opciones: formas W-2s, los más recientes talones de cheques que indiquen sus ingresos, o cualquier otro documento que podamos utilizar para verificar cualquier asistencia que esté recibiendo en estos momentos.]**

**Por favor vea la definición de Ingresos al reverso de esta hoja donde encontrará una lista completa de trabajos que pueden ser incluidos en la solicitud.**

Gracias por llenar esta solicitud. Esperamos poder servirle a Usted y a su familia. Si tiene alguna pregunta, por favor mándenos su información a: Lincoln Public Schools (5901 "O" Street, Lincoln Ne, 68510), o llámenos al 402-436-1995.

Lincoln Public Schools is a Head Start Delegate Agency of Community Action Partnership Lancaster and Saunders Counties



### **Definición del Ingreso Como lo ha definido el Programa Head Start**

El ingreso significa un total del dinero que haya recibido antes de los impuestos de todas las fuentes de trabajo, con las excepciones anotadas a continuación. El ingreso incluye salarios de dinero o el salario antes de las deducciones, el ingreso neto del trabajo por cuenta propia que no haya sido generado en una granja; ingreso neto del trabajo por cuenta propia en una granja; pagos regulares del Seguro Social o pagos de retiro de ferrocarriles como compensación de desempleo, beneficios de huelga de fondos del sindicato, compensación de los trabajadores, beneficios de los veteranos, con la excepción anotada a continuación, asistencia pública (que incluya Asistencia Temporal para Familias Necesitadas, Ingreso de Seguro Suplementario, pagos Monetarios de Asistencia de Emergencia y Asistencia General con fondos no Federales o pagos Monetarios de Asistencia General); remuneraciones de entrenamiento; pensión alimenticia, pensión a los hijos y pensiones militares familiares u otro apoyo regular de un miembro de la familia ausente o de alguien que no viva en el hogar; pensiones privadas, pensiones gubernamentales del empleado "que incluyen pago de retiro militar" y seguro regular o pagos de renta vitalicia; becas de universidad, becas de otro y ayuda asistencial; y dividendos, intereses, ingreso neto de renta, regalías netas y recibos periódicos de propiedades o créditos y ganancias de loterías o de apuestas.

Como se define aquí, el ingreso no incluye ganancias de capital; cualquier activo derivado de recibos de un banco, la venta de propiedad de una casa o de un automóvil; o devoluciones de impuesto, regalos, préstamos, herencias, un solo pago de seguro o compensación por daños. También están incluidos los beneficios no monetarios, tales como la porción que paga el contratista o la porción pagada por el sindicato del seguro de salud u otras prestaciones del empleado; alimentación u hospedaje recibido como salario; el valor de los alimentos y de combustibles producido y utilizado en las granjas; el valor atribuido a la renta del hospedaje por el dueño de lo que no es granja o de granja; y de programas con beneficios no monetarios federales, como Medicare, Medicaid, cupones de alimentos, almuerzos escolares y asistencia de hospedaje y ciertos pagos de discapacidad que se otorga a los niños(as) con discapacidades de los veteranos de Vietnam, como está prescrito por la Secretaría de los Asuntos de Veteranos.

El periodo de tiempo que se considere para elegibilidad, son los 12 meses próximos anteriores al mes en el cual se elabore la solicitud de inscripción o de reinscripción de un niño(a) del programa de Head Start o para el año calendarizado, el año calendarizado inmediato previo al que se hizo la inscripción o reinscripción, o lo que más acertadamente refleje las necesidades actuales de la familia.



Lincoln Public Schools  
5901 O Street  
Lincoln, NE 68510

# Lincoln Public Schools Early Childhood Program

Para niños que hayan cumplido 3 o 4 años el o antes del 15 de octubre del 2011

Referred by \_\_\_\_\_

<b>Child's First Name:</b> Nombre del niño/a:		<b>Child's Last Name:</b> Apellido del niño/a:	
<b>Date of birth:</b> Fecha de nacimiento:		<b>Gender:</b> <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
<b>Ethnicity/Race: Is this child Hispanic/Latino?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Etnicidad/Raza: ¿Es éste estudiante Hispano/Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>What is the child's race: (Choose one or more)</b> Cual es la raza del niño/a: (Escoja una o las que sean necesarias)			
<b>Race:</b> <input type="checkbox"/> American Indian or Alaska Native Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black or African American <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	
<input type="checkbox"/> Native Hawaiian or other Pacific Islander <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai u otra Isla del Pacífico		<input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Blanco	
<b>Do you speak English?</b> ¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Primary Home Language</b> Idioma principal hablado en casa	
<b>Do you need a translator?</b> ¿Necesita intérprete? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Does child receive Medicaid?</b> ¿Recibe el niño/a Medicaid? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<b>Medicaid #</b> Plan #	
<b>Other Health Insurance?</b> ¿Otro Seguro de Salud?		<b>Dental Insurance?</b> Seguro Dental?	
<b>Parent/Guardian Name(s):</b> Nombre de los Padres/ Tutor:			
<b>Address: Dirección:</b>			<b>Código Postal:</b>
<b>Home Phone:</b> Teléfono:	<b>Cell Phone:</b> Celular:	<b>Work Phone:</b> Teléfono del trabajo:	<b>Email:</b> Correo Electrónico:
<b>Child lives with:</b> <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Foster Parent <input type="checkbox"/> Other <b>If other, relationship to child</b> Niño/a vive con: <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro Si otro, relación con el niño			
<b>Number in family:</b> Número de personas en la familia:	<b>Number of children:</b> Número de hijos:	<b>Number in household:</b> Número de personas viviendo en el hogar:	
<b>¿Qué tipo de programa prefiere Usted?</b> <input type="checkbox"/> <b>Home Base</b> El estudiante y su familia reciben semanalmente los servicios en la casa, participando y socializando en actividades de grupo. <input type="checkbox"/> <b>Center Base</b> El estudiante asiste medio día a centros de educación cuatro o cinco días por semana. <input type="checkbox"/> <b>Full Day/Full Year</b> Ésta opción del programa "Head Start" es ofrecida solamente por el programa "Community Action Partnership Lancaster and Saunders County". Para mayor información, vea la información en la hoja de presentación de este programa.			
<b>Is your child in child care?</b> ¿Está su hijo/a en una guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>If yes, what days and hours does your child attend?</b> _____ ¿Si es así, qué días y horas asiste a la guardería? _____ <b>Child care center/provider name:</b> Nombre de la guardería:			
<b>How will your child get to the program?</b> <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> School Bus <input type="checkbox"/> Other ¿Cómo llegará su hijo/a al programa? <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Transporte Escolar <input type="checkbox"/> Otro			
<b>If by bus, what is the pick-up address:</b> Si ha marcado el transporte escolar, dirección para recogerlo:			
<b>What is the drop-off address:</b> Dirección donde podamos dejarlo:			

Información de los Miembros de la Familia ( Por favor enumere todos los adultos que viven en la casa )

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Último Grado de Estudios	Trabaja parte del tiempo, tiempo completo, estudiante parte del tiempo, tiempo completo, desempleado:	Relación con el niño/a
		M F			
		M F			
		M F			
		M F			
		M F			

Por favor enumere todos los niños/as que viven en la casa

Nombre y Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Si va a la escuela, ¿a qué grado y dónde?	Relación con el niño/a
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		

Contacto de Emergencia

Nombre	Dirección	Teléfono	Relación con el niño/a

La siguiente información le ayudará al personal docente del programa entender mejor las necesidades de su familia. Toda la información es confidencial y no es compartida afuera de las Escuelas Públicas de Lincoln	YES/SÍ	NO
<b>Do you have a concern about your child's development?</b> ¿Tiene alguna preocupación en relación con el desarrollo de su hijo/a? <b>If yes, describe your concern:</b> Si es así, describa sus preocupaciones:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Is your child currently receiving Early Childhood Special Education Services?</b> ¿Está su hijo/a recibiendo actualmente los servicios de Educación Especial para infantes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Was your child born more than three weeks early?</b> ¿Nació su hijo/a tres semanas antes de lo normal?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Did your child weigh less than 5 pounds at birth? If yes, birth weight ____lb. ____oz.</b> ¿Pesó su hijo/a menos de 5 libras al nacer? Si es así, peso al nacer _____lb. _____oz.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Has your child had four or more ear infections during the past year?</b> ¿Ha tenido su hijo/s más de cuatro infecciones en el oído durante el año pasado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Does your child have any of the following health concerns? (If so, please check)</b> ¿Ha tenido su hijo/a alguno de los siguientes problemas de salud? (Si es así, por favor marque) <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Problemas Cardiacos <input type="checkbox"/> Problemas del Riñón <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problemas de Peso <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Epilepsia/Ataques <input type="checkbox"/> Marcas en la Piel <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Is there any food your child cannot eat for medical or religious reasons?</b> ¿Hay alguna comida que su hijo/a no pueda comer por razones médicas o religiosas? <b>What?</b> _____ <b>Reason</b> _____ _____ <b>¿Cuál?</b> _____ <b>Razón</b> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>Is your child on a special diet?</b>  ¿Está su hijo/a en una dieta especial?  <b>What kind?</b> _____ <b>Reason</b>  _____</p> <p>¿Qué clase? _____ Razón</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Have you or a family member identified a need or been involved in counseling in any of the following areas: (If so, please check)</b></p> <p>Ha estado Usted o algún miembro de su familia en terapia por alguno de los siguientes motivos: (Si es así, por favor marque) <input type="checkbox"/></p> <p>Abuso Infantil/Negligencia <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Abuso Sexual      <input type="checkbox"/> Problemas de Alcohol/Drogas      <input type="checkbox"/> Control del Enojo</p> <p><input type="checkbox"/> Violencia Domestica      <input type="checkbox"/> Problemas Parentales      <input type="checkbox"/></p> <p>Otros _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Has your family had an open case with Child Protective Services in the past three years?</b></p> <p>¿Ha tenido su familia un caso con los Servicios de protección al menor en los últimos 3 años?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Is there an immediate family member currently incarcerated or involved with the legal system?</b></p> <p>¿Hay un miembro de la familia inmediata actualmente encarcelado o involucrado con el sistema legal?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Does either parent need to complete their high school education?</b></p> <p>¿Necesita alguno de los padres terminar su escuela preparatoria?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Does either parent need to learn to speak English?</b></p> <p>¿Necesita alguno de los padres aprender Inglés?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Do you have an immediate family member with a life threatening disease or serious chronic illness? (ex. Cancer, diabetes, tuberculosis)</b></p> <p>¿Hay un miembro de su familia con alguna enfermedad terminal o crónica? (ex. Cáncer, diabetes, tuberculosis)</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Do you have an immediate family member with a mental or emotional disability?</b></p> <p>¿Hay un miembro de su familia con alguna discapacidad mental o emocional?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Have you been divorced or separated from your spouse or significant other within the last year?</b></p> <p>¿Ha estado divorciado o separado de su esposo/a o compañero/a en el último año?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Has there been a death in the immediate family?</b></p> <p>¿Ha habido alguna muerte en su familia inmediata?</p> <p><b>If yes, how was the person related to the child?</b></p> <p>¿Si es así, que relación tenía esa persona con el niño/a?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Do you have dependable transportation for your daily needs?</b></p> <p>¿Tiene algún medio de transporte confiable para sus necesidades diarias?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Are you an immigrant or refugee in the last 5 years? If so, from where?</b></p> <p>_____</p> <p>¿Ha sido un inmigrante o refugiado en los últimos 5 años? Si es así, ¿de donde? _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>Does your family have enough food to meet your daily needs?</b> ¿Tiene su familia los alimentos suficientes para sus necesidades diarias?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Is the parent/guardian currently deployed with the military?</b> ¿Está actualmente alguno de los padres o tutores en el servicio militar?</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Income verification submitted:</b>  <input type="checkbox"/> <b>Income Tax Return</b>                      <input type="checkbox"/> <b>W-2</b>                      <input type="checkbox"/> <b>Check stub</b>                      <input type="checkbox"/>  <b>Other</b>  Tipo de documentos de ingresos presentado:  <input type="checkbox"/> <b>Impuestos Declarados</b>                      <input type="checkbox"/> <b>W-2</b>                      <input type="checkbox"/> <b>Talón de Cheques</b>                      <input type="checkbox"/>  Otros</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Do you receive any of the following type of assistance?</b>  <input type="checkbox"/> <b>TANF/ADC</b>                      <input type="checkbox"/> <b>SSI</b>                      <b>Caseworkers name:</b>  _____</p> <p>¿Recibe alguna de las siguientes asistencias?  <input type="checkbox"/> <b>TANF/ADC</b>                      <input type="checkbox"/> <b>SSI</b>                      <b>Nombre de la Trabajadora Social:</b> _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>I have included all income in the verification document(s) I have provided to the Lincoln Public Schools ExCITE/Head Start Program. (If you answer no, you must complete an Income Verification Worksheet which will be provided on request.</b>  He Incluido todas las declaraciones de ingreso junto con los documentos que he entregado para la inscripción de mi hijo/a al programa de las Escuelas Publicas de Lincoln ExITE/Head Start.  (Si responde "No", tendrá que completar un formulario para la verificación de sus ingresos el cual se le proveerá si así lo desee.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>Are you currently homeless or have you been homeless in the last year? Homeless is defined for our program purposes as living in a shelter, on the street, or temporarily staying in a residence not your own.</b>  ¿Está Usted actualmente, o ha estado sin hogar en el último año? Sin hogar se define para el propósito de nuestro programa, como vivir en un lugar temporario, en la calle, o en una residencia que no es la propia.</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>If there is anything else you would like to tell us about your family, please write your comments here.</b>  Si tiene alguna información adicional, por favor escriba en este espacio.</p>		

Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte llegara a ser falsa, mi participación en este programa podría ser anulada y estaría sujeto bajo acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será de estricta confidencialidad con esta agencia, y podré tener acceso a la información durante las horas de trabajo.

Firma del Padre o Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_