

¡Gracias por su interés en las Escuelas de la Ciudad de Murfreesboro! A continuación se incluye información importante sobre el programa PreK:

- MCS PreK es un programa de subvenciones, financiado principalmente por la iniciativa estatal VPK o fondos federales diseñados para servir a familias y niños de bajos ingresos o en riesgo. Además, tenemos una asociación con Mid-Cumberland Head Start. Por lo tanto, **requerimos información sobre los ingresos de su familia y es posible que necesitemos una evaluación para su hijo.**
- Los niños deben **tener 4 años** antes del 15 de agosto de 2022.
- Los niños deben **vivir dentro** de los límites de la ciudad de Murfreesboro.
- No se **proporciona transporte** a los estudiantes de Pre-K.
- Nuestras aulas de preescolar estarán ubicadas en varias escuelas para el año escolar 2022-2023, sin embargo, la ubicación de las aulas es tentativa y dependerá del espacio disponible. Las ubicaciones de las aulas y las horas del programa no se finalizarán hasta que comience la escuela en agosto.
- La elegibilidad y las ubicaciones tentativas se determinarán luego de completar el proceso de solicitud. Recibirá una **carta antes del 15 de julio** informándole sobre la aceptación de su hijo.
- Si tiene preocupaciones o preguntas específicas, puede enviar un email [preschool@cityschools.net](mailto:preschool@cityschools.net).

**Las solicitudes se aceptarán los miércoles a partir del 6 de abril en la Oficina Central de las Escuelas de la Ciudad de Murfreesboro - 2552 S. Church Street. Habrá traductores de idiomas disponibles.**

**Por favor de presentar lo siguiente para solicitar Pre-K:**

- **Solicitud completa.**
- **Prueba de ingreso** – talones recientes de 1 mes de pago actuales (4 si se paga semanalmente, 2 si se paga quincenalmente), 2021 W2 o declaración de impuestos de 2021. También se puede enviar una verificación de asistencia pública como SNAP. **Para acelerar el procesamiento de su solicitud y garantizar la determinación de elegibilidad para todos los programas preescolares, incluidos los espacios de asociación con Mid-Cumberland Head Start, envíe una declaración de impuestos 2021 W-2, 2021 o talones de pago actuales**
- **Comprobante de su domicilio.** La única documentación que se aceptará es la copia de una factura de luz, agua, gas o contrato de arrendamiento con el nombre del padre y la dirección de servicio en él. Estas facturas no pueden tener más de 60 días. Se deberá completar una declaración jurada/affidavit si la factura de servicios públicos no está a nombre de los padres
- Copia de Acta de Nacimiento Oficial.  
Se requerirá un certificado de inmunización de TN y prueba de un examen físico si se aprueba la solicitud de su hijo. Si ya tiene el registro de vacunas de su hijo, envíe una copia con su solicitud. Si no tiene un formulario actual, puede hacer cualquier citas necesarias.

Murfreesboro City Schools  
Voluntary Pre-K Program



**Solo para uso oficial**  
**Please Circle One**  
**Income Eligible: Yes / No**

If yes, and enrolled, student should be classified as (L) in student information system

2022-2023

**La solicitud para decidir la elegibilidad de los ingresos para la investigación preescolar voluntaria**

Rellenar este impreso NO resulta en la clasificación del estudiante para comidas escolares gratis y a precio reducido.

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Número del Seguro Social de la Estudiante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
(mes/día/año)

Nombre en letra de molde del solicitante o de uno de los padres: \_\_\_\_\_ Relación a estudiante (padre/madre) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado / Código Postal: \_\_\_\_\_ Idioma que se habla en casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de su casa: ( ) \_\_\_\_\_ Teléfono de su trabajo: ( ) \_\_\_\_\_ Número celular: ( ) \_\_\_\_\_

Correo electrónico de los padres: \_\_\_\_\_

**Parte A - Información de la Familia**  
**Por favor, lista información sobre su familia**

**Sección 1**

|    | Nombres de otro niños en su casa: | Fecha de Nacimiento | Nombre de Escuela | Grado |
|----|-----------------------------------|---------------------|-------------------|-------|
| 1. |                                   |                     |                   |       |
| 2. |                                   |                     |                   |       |
| 3. |                                   |                     |                   |       |
| 4. |                                   |                     |                   |       |
| 5. |                                   |                     |                   |       |

**Sección 2**

|    | Nombres de otros adultos en la casa: | Relación a estudiante (por ejemplo: padre/madre): |
|----|--------------------------------------|---|
| 1. |                                      |   |
| 2. |                                      |   |
| 3. |                                      |   |
| 4. |                                      |   |
| 5. |                                      |   |

Cuántas personas que viven en la casa: \_\_\_\_\_

**Parte B - participación en el programa**

Por favor, marca (√) si su hijo/a o su familia participa en uno de esos programas (la documentación)

| (√)              | (√)         | (√)        | (√)                   | Case # |
|------------------|-------------|------------|-----------------------|--------|
| Early Head Start | Foster Care | Migratorio | Families First (TANF) |        |
| Head Start       | Sin Hogar   |            | Food Stamps / EBT     |        |
|                  |             |            |                       |        |

**Si presenta documentación de las programas como se dice más arriba, no es necesario completar Parte C.**

Murfreesboro City Schools  
Voluntary Pre-K Program

**Parte C - Suma de Ingresos de Hogar**

Por favor, lista **TODOS LOS INGRESOS** de la familia y con qué frecuencia recibe.

Falsificación de la información de ingreso, residencia, o otro preguntas resulta en dimisión de la investigación.

**Ingreso Instrucciones**

De la lista debaja, por favor escriba El Codigo de los Ingresos en el espacio e indique el tipo de ingreso recibe. Tambien, por favor escriba el suma en un mes y multiplica de el numero de meses que recibe este typo de ingreso. Calcula el total por un año.

| Codigo de los Ingresos |                             |    |                    |    |                          |    |                                     |
|------------------------|-----------------------------|----|--------------------|----|--------------------------|----|-------------------------------------|
| A.                     | Ingreso del trabajo         | D. | Pension(es)        | G. | Beneficios de Veteranos  | J. | Ingresos del seguro de discapacidad |
| B.                     | Cheque for desempleo?       | E. | El fundo de retiro | H. | Manutencion de los hijos | K. | Otro - por favor, lista ↓           |
| C.                     | Compensacion al Trabajadore | F. | Seguro Social?     | I. | Alimentos                |    |                                     |

| Nombre de Adulto                  | Empleador (si aplicable) | Codigo de Ingresos | Pago en un mes | Multiplica de: | Cuantos meses usted recibe este ingreso | Suma |
|-----------------------------------|--------------------------|--------------------|----------------|----------------|---|------|
|                                   |                          |                    | \$ -           | X              |   | \$ - |
|                                   |                          |                    | \$ -           | X              |   | \$ - |
|                                   |                          |                    | \$ -           | X              |   | \$ - |
|                                   |                          |                    | \$ -           | X              |   | \$ - |
|                                   |                          |                    | \$ -           | X              |   | \$ - |
| <b>Suma de Ingresos en un año</b> |                          |                    |                |                |   | \$ - |

**Parte D - Verificación de los Ingresos**

Por favor marca (✓) todos que has presentado en sus comprobantes de ingreso.

|                          |  |                          |                                |                          |                                  |
|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Talon de pago/verificacion de empleador      | <input type="checkbox"/> | Retiro Documentacion           | <input type="checkbox"/> | Cuidado de crianza documentacion |
| <input type="checkbox"/> | W-2 Forma                                    | <input type="checkbox"/> | Seguro Social                  | <input type="checkbox"/> | SSI Documentacion                |
| <input type="checkbox"/> | Income Tax Forma 1040A or 1040               | <input type="checkbox"/> | Letra de los Veteranos         | <input type="checkbox"/> | TANF Documetacion                |
| <input type="checkbox"/> | Desempleo Forma                              | <input type="checkbox"/> | Manutencion de los hijos       | <input type="checkbox"/> | AFDC / Public Assistance Payment |
| <input type="checkbox"/> | Documentación de Compensacion al Trabajadore | <input type="checkbox"/> | Documentación de los Alimentos | <input type="checkbox"/> | TN Care Verificacion             |
| <input type="checkbox"/> | Pension(es)                                  | <input type="checkbox"/> | Otro (Lista): →                |                          |                                  |

**Certifico que toda la información en esta solicitud es verdadera y correcta. Entiendo que falsifico intencionalmente de los ingresos o la dirección puede resulta in dimisión de la programa Pre-K.**

Nombre en letra de molde del solicitante: \_\_\_\_\_

SSN #: \_\_\_\_\_

Firma de solicitante: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Sólo por uso oficial. No escribe debajo de esta línea.

Name and Signature of LEA employee reviewing this application

I certify that I have examined the above income documentation and verification information.  
Completed forms must be maintained in accordance with FERPA.

Printed Name / Title of LEA employee: \_\_\_\_\_

Signature of LEA employee: \_\_\_\_\_

Date Reviewed by LEA employee: \_\_\_\_\_