

¡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.
- Los niños deben tener 4 años antes del 15 de agosto de 2023.
- 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 2023-2024, 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 comiencen las clases en agosto.
- La elegibilidad y las ubicaciones tentativas se determinarán después de completar el proceso de solicitud. Recibirá una carta antes del 1 de julio informándole sobre la aceptación de su hijo.
- Si tiene inquietudes o preguntas específicas, puede enviar un correo electrónico preescolar@cityschools.net.

Las solicitudes se aceptarán los miércoles a partir del 19 de abril hasta el 24 de mayo en el Oficina Central de las Escuelas de la Ciudad de Murfreesboro - 2552 S. Church Street - entre las 8 am y las 4 pm El 10 y el 24 de mayo será entre las 8 am y las 5:30 pm Habrá traductores disponibles.

Por favor traiga lo siguiente para solicitar Pre-K:

- Solicitud Completada.
- Comprobante de ingresos - 1 mes de talones de pago actuales(4 si se paga semanalmente, 2 si se paga quincenalmente), 2022 W2, declaración de impuestos de 2022 o verificación de asistencia pública como SNAP también se puede enviar.
- **Prueba de su dirección.** La única documentación que se aceptará es una copia de una factura o contrato de luz, agua, gas o contrato de arrendamiento con el nombre de los padres y la dirección del servicio. Estas facturas no pueden tener más de 45 días de antigüedad. Se deberá completar una declaración jurada si la factura de servicios públicos no está a nombre de los padres.
- Copia del Acta Oficial de Nacimiento.

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.

Programa voluntario de prekínder de las escuelas de la ciudad de Murfreesboro

El nombre del niño: _____

Información de salud- Complete cuidadosamente y marque TODO lo que corresponda:

_____ ¿Alergias? ¿Se prescribe Epi-pen? Círculo: Sí o No

_____ ¿Asma? ¿Se utiliza el inhalador? Círculo: Sí o No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? _____

_____ ¿Diabetes? Circule: Tipo I o Tipo II ¿Qué medicamentos se toman?

_____ ADD o ADHD? ¿Qué medicamentos se recetan?

_____ Convulsiones? ¿Se prescribe Diastat? Sí o No ¿Otros medicamentos?

Enumere cualquier otro problema médico o inquietud que le gustaría que la escuela supiera:

_____ ¿Su hijo es independiente con las necesidades de ir al baño?: S o N

_____ ¿Los hermanos asisten a las escuelas de la ciudad de Murfreesboro? Sí o no

Nombre de escuela _____

Son hermanos actualmente en una exención de zona aprobada para las escuelas mencionadas anteriormente.

Sí o no

_____ ¿Necesitaría el Programa Escolar Extendido (ESP)?

Mañana tarde _____

Murfreesboro City Schools
Voluntary Pre-K Program

School Zone: _____



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

2023-2024

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/Codigo Postal: _____ Idioma que se habla en casa: _____

Teléfono de su casa: () _____ Teléfono de su trabajo: () _____ Numero 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 los programas como se dice más arriba, no es necesario completar Parte C.

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 otras preguntas resulta en dimisión de la investigación.

Ingreso Instrucciones

De la lista debajo, por favor escriba El Código de los Ingresos en el espacio e indique el tipo de Ingreso recibe. También, por favor escriba el suma en un mes y multiplica de el número de meses que recibe este tipo de ingreso. Calcule 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 fondo 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 | | \$ - |
| Suma de Ingresos en un año | | | | | | \$ - |

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 resultar en 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: _____