

¡Gracias por su interés en las escuelas de la ciudad de Murfreesboro! A continuación, se enumera información importante sobre el programa de Prekínder

- MCS Prekínder es un programa de subvenciones, financiado principalmente por la iniciativa estatal VPK, diseñado para servir a familias y niños de bajos ingresos o en riesgo. Por lo tanto, **requerimos información sobre sus ingresos familiares.**
- Los niños **deben tener 4 años** cumplidos antes del 15 de agosto de 2024.
- Los niños **deben vivir** dentro de los límites de la ciudad de Murfreesboro.
- No se **proporciona transporte** para los estudiantes de prekínder.
- La ubicación de las aulas y las horas del programa se finalizarán cuando comiencen las clases en agosto.
- Recibirá una **carta el 1 de julio o antes** informándole sobre la aceptación de su hijo.
- Si tiene inquietudes o preguntas específicas, puede enviar un correo electrónico [preschool@cityschools.net](mailto:preschool@cityschools.net).

***Las solicitudes se aceptarán en la Oficina Central de las Escuelas de la Ciudad de Murfreesboro - 2552 S. Church Street durante las siguientes fechas/horarios:***

***17 de abril 8:00 – 3:00***

***24 de abril 8:00 – 4:00***

***1 de mayo 8:00 – 4:00***

***8 de mayo 1:00 – 5:00***

***15 de mayo 8:00 – 3:00***

***22 de mayo 8:00 – 4:00***

**Por favor, traiga lo siguiente para solicitar PreKínder:**

- Solicitud completada.
- ***Comprobante de ingresos:*** también se puede presentar 1 mes de talones de pago actuales (4 si se pagan semanalmente, 2 si se pagan quincenalmente), W2 de 2023, declaración de impuestos de 2023 o verificación de asistencia pública como SNAP.
- ***Comprobante actual de su dirección:*** una copia de una factura de electricidad, agua y gas (con menos de 45 días de antigüedad) o contrato de arrendamiento con el nombre de los padres y la dirección del servicio. Será necesario completar una declaración jurada (affidavit) si la factura de servicios públicos o el contrato de arrendamiento no están a nombre de los padres.
- Copia del acta ***oficial de nacimiento***.

Se requerirá un Certificado TN de Vacunación y un comprobante de examen físico si se aprueba la solicitud de su hijo. Si ya tiene el registro de vacunación de su hijo, envíe una copia con su solicitud. Si no tiene un formulario actualizado, es posible que desee hacer la

# Murfreesboro City Schools



**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

**2024-2025**

## 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: ( ) \_\_\_\_\_

### Parte A - Información de la Familia

Por favor, lista información sobre su familia

#### Sección 1

Nombres de otros 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)

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

# Murfreesboro City Schools

## 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 tipo 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 letre de molde del solicitante: \_\_\_\_\_

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

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

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

**Sólo por uso oficial. No escribe debajo de esta linea.**

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: \_\_\_\_\_

## Escuelas de la ciudad de Murfreesboro

### Programa voluntario de prekínder

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 inhalador? Círculo: Sí o No

En caso afirmativo, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ ¿Diabetes? Círculo: Tipo I o Tipo II ¿Qué medicamentos se toman?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ ¿TDA o TDAH? ¿Qué medicamentos se recetan?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_ ¿Convulsiones? ¿Se prescribe Diastat? Sí o No ¿Otros medicamentos?

\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Su hijo es independiente en cuanto a sus necesidades de ir al baño?: S o N

\_\_\_\_\_

¿Asisten los hermanos a las escuelas de la ciudad de Murfreesboro? Sí o no

Nombre de escuela \_\_\_\_\_

*¿Están los hermanos actualmente en una exención de zona aprobada para las escuelas mencionadas anteriormente?*

**Sí o no**

¿Necesitaría el Programa Escolar Extendido (ESP)?