

شكرًا لك على اهتمامك بمدارس مدينة مورفريسبورو! المدرجة أدناه هي معلومات مهمة بخصوص برنامج PreK:

- MCS PreK هو برنامج منح ، يتم تمويله بشكل أساسي من قبل مبادرة VPK الحكومية أو الصناديق الفيدرالية المصممة لخدمة الأسر والأطفال ذوي الدخل المنخفض أو المعرضين للخطر. أيضًا ، لذلك ، نطلب معلومات عن دخل أسرتك.
- يجب أن يكون عمر الأطفال 4 سنوات بحلول 15 أغسطس 2024.
- يجب أن يعيش الأطفال داخل حدود مدينة مورفريسبورو.
- لا تتوفر المواصلات لطلاب صف البري ك .
- موقع المدرسة والاقوات سيتحدد في شهر اغسطس 8 بعد بداية المدارس .
- ستستلم رسالة في الاول من يوليو اوقبله لاعلامك بقبول طفلك.
- إذا كانت لديك مخاوف أو أسئلة محددة ، فيمكنك إرسال بريد إلكتروني preschool@cityschools.net.

سيتم قبول الطلبات في المركز الرئيسي لمدارس مدينة مورفريسبورو على العنوان **2552 S. Church , Murfreesboro** هذه الاوقات :

17 ابريل 8:00 - 3:00

24 ابريل 8:00 - 4:00

1 مايو 8:00 - 4:00

8 مايو 1:00 - 5:00

15 مايو 8:00 - 3:00

22 مايو 8:00 - 4:00

يرجى إحضار ما يلي لتقديم طلب لمرحلة ما قبل الروضة:

- الطلب معاً كامل
- إثبات الدخل - شهر واحد من قسائم الراتب الحالية (4 إذا كان الدفع أسبوعياً ، 2 إذا كان كل أسبوعين) أو W2 2023 أو 2023 الإقرار الضريبي أو التحقق من المساعدة العامة مثل SNAP (فود ستامب) .
- إثبات عنوانك. الوثائق الوحيدة التي سيتم قبولها هي نسخة من فاتورة الكهرباء أو المياه أو الغاز (مدتها اقل من 45 يوم) أو عقد الإيجار مع اسم الوالد وعنوان الخدمة عليها. يجب إكمال إقرار خطي إذا لم تكن فاتورة المرافق باسم الوالدين.
- نسخة من شهادة الميلاد الرسمية.

ستكون هناك حاجة إلى شهادة تطعيم من TN مع إثبات فحص بدني إذا تمت الموافقة على طلب طفلك. إذا كان لديك سجل تطعيم طفلك ، يرجى تقديم نسخة مع طلبك. إذا لم يكن لديك نموذج حالي ، فقد ترغب في اخذ موعد لتجديد شهادة تطعيم طفلك .

Murfreesboro City Schools



For Office Use Only
Please Circle One
Income Eligible: Yes / No
If yes, and enrolled, student should be classified as (L) in student information system

2024-2025

Application to Determine Income Eligibility for the Voluntary Pre-K Program

Completion of this form **DOES NOT** qualify your child for the Free or Reduced Meal Program.

Submission of this application is not a guarantee of acceptance into the VPK program.

Name of Student: _____ Date of Application: _____

SSN of Student: _____ Date of Birth of Student: _____

Name of Applicant: _____ Relationship to Student: _____

Mailing Address: _____

City: _____ State / Zip Code: _____ Language Spoken at _____

Home Phone #: () _____ Work Phone #: () _____ Cell Phone #: () _____

Part A - Family Information

Please list information for all other household members

Section 1

Name(s) of ALL OTHER CHILDREN in the Household	Date of Birth	School	Grade
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Section 2

Name(s) of ALL OTHER ADULTS in the Household	Relationship to Student
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Total # of household members: _____

Part B - Program Participation

Please check (✓) if Child /Family /Household member provides documentation of participation, in one or more of the following programs, currently or during past school year (*Documentation required-See Part D).

(✓)	(✓)	(✓)	(✓)	Case #
Early Head Start	Foster Care	Migrant	Families First (TANF)	
Head Start	Homeless	Food Stamps / EBT		

Murfreesboro City Schools

Part C - Total Household Income

Please list ALL INCOME of all household family members and how often income is received.

Any falsification of information concerning income, residence, birth certificate and/or completion of this application and other forms may be reason for dismissal.

Income Instructions

From the list below, please write the Source of Income Code in the space provided to indicate the source(s) of income for each earning individual in the household. Also, please write the Monthly Payment or Wage Amount. Multiply the Payment or Wage amount by the number months you received the income and then calculate the Amount and the Total Annual Income.

Source of Income Codes					
A. GROSS work income	D. Pension(s)	G. Veteran's Benefits	J. SSI Disability		
B. Unemployment	E. Retirement	H. Child Support	K. Other - please list	↓	
C. Workman's Comp	F. Social Security	I. Alimony			

Name of Adult	Employer (if applicable)	Source of Income Code (See list above)	Monthly Payment or Wage Amount	Multiplied by (X)	How many months did you receive this income in the last year?	Total Amount
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
Total Annual (Yearly) Income						\$ -

Part D - INCOME VERIFICATION

Please check (✓) all documents submitted as Proof of Income or Program Participation.			
<input type="checkbox"/> Pay Stub / Verification of pay by employer	<input type="checkbox"/> Retirement Documentation	<input type="checkbox"/> Foster Care Reimbursement	
<input type="checkbox"/> W-2 Form	<input type="checkbox"/> Social Security	<input type="checkbox"/> SSI Documentation	
<input type="checkbox"/> Income Tax Form 1040A or 1040	<input type="checkbox"/> Veteran's Benefit Letter	<input type="checkbox"/> TANF Documentation	
<input type="checkbox"/> Unemployment Compensation	<input type="checkbox"/> Child Support	<input type="checkbox"/> AFDC / Public Assistance Payment	
<input type="checkbox"/> Workman's Compensation Documentation	<input type="checkbox"/> Alimony Documentation	<input type="checkbox"/> TennCare Verification	
<input type="checkbox"/> Pension Stubs	<input type="checkbox"/> Other (Specify): →		

I certify that the above information in this application is correct. I further understand that any falsification of information concerning income, residence, birth certificate and/or completion of this application and other forms may be reason for dismissal from Tennessee's Voluntary Pre-K Program.

Printed Name of Applicant: _____ SSN #: _____

Signature of Applicant: _____ Date: _____

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: _____

البرنامج التطوعي لمدارس مدينة مورفريسبورو لمرحلة ما قبل الروضة
Murfreesboro City Schools Voluntary Pre-K Program

اسم الطفل: _____

معلومات صحية- يرجى استكمالها بعناية وتحديد كل ما ينطبق:

هل لديه حساسية؟ هل يوصف Epi-pen؟ الدائرة: نعم أم لا _____

هل لديه ربو؟ هل يستخدم جهاز الاستنشاق؟ الدائرة: نعم أم لا _____

إذا كان نعم، كم مرة؟ _____

هل لديه السكري؟ الدائرة: النوع الأول أو النوع الثاني ما الأدوية التي يتم تناولها؟ _____

هل لديه ADD اضطراب نقص الانتباه أو ADHD اضطراب فرط الحركة؟ ما هي الأدوية الموصوفة؟ _____

هل لديه نوبات؟ هل يأخذ الطفل دواء الدياسات؟ نعم أم لا أدوية أخرى؟ _____

ضع قائمة بأي مشاكل أو مخاوف طبية أخرى تود أن تعرفها المدرسة: _____

هل طفلك مستقل باحتياجات المرحاض: نعم أم لا _____

هل يلتحق الأخوة بمدارس مدينة مورفريسبورو؟ نعم أو لا _____

اسم المدرسة _____

هل لدي الأخوة Waiver أو إعفاء للذهاب إلى المدرسة المذكورة اعلاه _____

نعم أو لا _____

هل تحتاج إلى برنامج الرعاية قبل أو بعد الدوام المدرسي (ESP)؟ _____

الصباح _____ بعد الظهر _____