

# DISTRITO ESCOLAR DE LITTLE ROCK

## Información de inscripción completada de Pre-K en LRSD

Para inscribir a un niño(a) elegible, el padre o tutor del niño(a) debe presentar la documentación de elegibilidad y otra información requerida, incluyendo los ingresos familiares y la información de los miembros del hogar. Los hijos de padres o tutores que se nieguen a proporcionar la información requerida se considerarán no elegibles para la participación. - Reglas y Reglamentos de ABC, 4.05.

### INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE DE PREKINDERGARTEN

Nombre del Estudiante:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico			
¿El niño tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de Seguro Médico: <input type="checkbox"/> AR Kids 1st <input type="checkbox"/> AR Kids A <input type="checkbox"/> AR Kids B <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Other (List):	¿El niño(a) también será inscrito en HIPPA o Padres como Maestros (PAT)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Doctor en medicina infantil: Ubicación del doctor: <input type="checkbox"/> Niños (ACH) <input type="checkbox"/> Otros _____		Dentista del niño: Ubicación del dentista: <input type="checkbox"/> Niños (ACH) <input type="checkbox"/> Otros _____	

### INFORMACIÓN DEL HOGAR

Número total de miembros en la familia (Padres/hijos):	Número total de miembros que viven el hogar:	TANF #:	¿Recibe WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ateriormente	¿Recibe Cupones De Alimentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Vivienda actual: <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Sin Techo <input type="checkbox"/> Otro	¿Se ha movido la familia en los últimos 24 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, ¿de dónde usted vive antes?: <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Sin Techo <input type="checkbox"/> Otro		

### CUIDADOR PRINCIPAL (EL ESTUDIANTE VIVE EN LA MISMA CASA)

Nombre del cuidador:	Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Relación con el hijo: <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Tutor legal	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Legalmente Separado			
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Con discapacidad	Education Level: <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Licenciatura o superior			
Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico				
Nombre del proveedor de seguro médico:				

### CUIDADOR SECUNDARIO (EL ESTUDIANTE VIVE EN LA MISMA CASA)

Nombre del cuidador:	Fecha de nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Relación con el hijo: <input type="checkbox"/> Padre o madre <input type="checkbox"/> Tutor legal	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Legalmente Separado			
Situación laboral: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Con discapacidad	Education Level: <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Licenciatura o superior			
Raza: <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico				
Nombre del proveedor de seguro médico:				

**Si se le asigna un asiento de Pre-K al niño(a), reconozco la necesidad de registro y asistencia a la escuela. Si no podemos registrar al niño(a) o enviarlo a la escuela que le corresponde dentro de los primeros cinco días de clases, el asiento asignado se perderá y se asignará a otro niño(a).**

Iniciales del Cuidador \_\_\_\_\_

**Entiendo que no es admisible solicitar traslados para los hermanos mayores de estudiantes P3 0 P4 a su escuela, YA QUE NO SERÁ CONCEDIDA.**

Iniciales del Cuidador \_\_\_\_\_

Declaro bajo pena de perjurio y las reglas y regulaciones del programa Arkansas Better Chance que la información proporcionada es verdadera y correcta.

Entiendo que la información proporcionada puede ser verificada de forma independiente por la División de Cuidado Infantil y de Educación de la Primera Infancia. Cualquier declaración falsa puede resultar en la exclusión de los programas de DHS, incluyendo el programa LRSD Pre-K y la acción penal.

Firma del Cuidador Legal: \_\_\_\_\_

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

### USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA DE PREESCOLAR

ABC

NON-ABC

Income \_\_\_\_\_

**LITTLE ROCK SCHOOL DISTRICT**  
**Información Suplementaria del Estudiante de Pre-Kindergarten**  
**Uso exclusivo para la Oficina de Educación de la Primera Infancia**

Nombre del Estudiante:

Nombre del cuidador:

Para inscribir a un niño(a) elegible, el padre o tutor del niño(a) debe presentar la documentación de elegibilidad y otra información requerida, incluyendo los ingresos familiares y la información de los miembros del hogar. Los hijos de padres o tutores que se nieguen a proporcionar la información requerida se considerarán no elegibles para la participación. Los programas son responsables de verificar la elegibilidad antes de que el niño(a) asista a la escuela y de conservar copias de los documentos de elegibilidad en el expediente del niño(a). - Reglas y Reglamentos de ABC, 4.05.

**Por favor seleccione todos los elementos a continuación que le corresponden a este niño(a)/familia.**

**Documentación adicional puede ser requerida.**

ABCSS	ABC
El ingreso familiar no excede el 200% de las Pautas de Pobreza Federales.	El niño(a) tiene un retraso en el desarrollo demostrable identificado mediante una evaluación.
El niño(a) es un niño(a) en acogida o de crianza.	El niño(a) es elegible para recibir servicios bajo IDEA.
El padre está activo en el servicio militar en el extranjero.	El padre tiene un historial de abuso o negligencia o es víctima de abuso o negligencia.
El niño(a) está en custodia o vive con un miembro de la familia que no es el padre o la madre.	El niño(a) tiene un dominio limitado del inglés.
Miembro de la familia inmediata arrestado por o acusado de un delito relacionado con drogas.	Al menos uno de los padres era menor de 18 años de edad en el momento del nacimiento del niño(a).
El padre se encuentra encarcelado.	El niño(a) tuvo bajo peso al nacer (menos de 5 libras, 9 onzas).
	Al menos uno de los padres no cuenta con un diploma de la escuela preparatoria o GED.
	Antecedentes familiares inmediatos de abuso de sustancias / adicciones.

**Documentación de elegibilidad de ingresos proporcionada.**

Talón de cheque(s) con fecha dentro de los últimos 30 días.	Formularios W-2 de 2017 o Formularios de Impuestos Federales de 2017.
Carta del empleador verificando el empleo y la cantidad de ingresos.	Lista C o Lista F de 2017.
El Formulario de almuerzos gratis y a precio reducido muestra la cantidad de ingresos verificada la escuela.	Documentación del trabajador social del Departamento de Servicios Humanos (DHS) mostrando un ingreso familiar bruto inferior al 200% del Nivel de Pobreza Federal (FPL).

Los padres o tutores que afirman no haber obtenido ingresos o que reclaman un ingreso que supera el 200% de las Pautas de Pobreza Federales pueden proporcionar una declaración notariada firmada por el padre/tutor que acredite el hecho de que no se ganó ingreso alguno o que los ingresos superan las Pautas de Pobreza Federales.

**Uso exclusivo de la Oficina de Educación de la Primera Infancia**

<b>Completed SRO Information</b> (LRSD Pupil Form, LRSD Pre-K Application, Birth Certificate, Proof of Address, Home Language Survey, and SSN)
Completed LRSD Pre-K Enrollment Information
Home Language Survey
Income Verification