

Año escolar 2021-2022

Solicitud para PHLpreK

Esta es una solicitud para PHLpreK, el programa preescolar de la ciudad de Filadelfia para niños de 3 y 4 años. Al completar esta solicitud, usted se postula para participar en el programa de un proveedor de programas de aprendizaje temprano elegible y participante. Para consultar la lista de proveedores de PHLpreK participantes, visite el sitio www.phlprek.org o llame al 844-PHL-PREK.

PHLpreK se financia con el impuesto sobre las bebidas que cobra la ciudad de Filadelfia.

Información sobre la elegibilidad para PHLpreK

Los únicos requisitos de elegibilidad para la participación en el programa PHLpreK durante el año escolar 2021-2022 son los siguientes:

- *El niño debe tener entre 3 y 4 años para el 1 de septiembre de 2021.*
- *La familia debe residir en Filadelfia.*

La información que se recopile en esta solicitud ayudará al equipo de PHLpreK a conectar a las familias de PHLpreK con los servicios, recursos y beneficios. También se utilizará para conocer mejor a las familias que acceden a PHLpreK y para identificar los recursos adicionales necesarios en la comunidad para las familias con niños pequeños.

La información de identificación personal que se incluya en esta solicitud permanecerá de manera confidencial. El personal de PHLpreK solo utilizará la información de contacto del niño o la familia para comunicarse con las familias sobre el programa PHLpreK.

Cuestionario de solicitud

Información del niño

Primer nombre del niño: _____ Segundo nombre del niño: _____

Apellido del niño: _____

Número y nombre de la calle de la dirección del niño: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿El niño vive actualmente en un refugio, en una vivienda de transición o en una vivienda compartida?
(Marque una opción) Sí No

Fecha de nacimiento del niño: Mes _____/Día _____/Año _____

Género del niño (marque una opción): Masculino Femenino Otro

- ¿Su hijo recibió servicios de cuidado infantil previamente? **(Marque una opción)** Sí No
- ¿Su hijo recibe servicios de intervención temprana actualmente? **(Marque una opción)** Sí No
- ¿Actualmente su hijo se encuentra dentro de un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP, por sus siglas en inglés) o un Plan de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés)? **(Marque una opción)**
 Sí No

Información de la familia

Cuidador uno

Primer nombre del padre/madre/tutor legal: _____

Apellido del padre/madre/tutor legal: _____

Relación del padre/madre/tutor legal con el niño: _____

Número de teléfono del padre/madre/tutor legal: _____ Celular Casa Trabajo

Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor legal: _____

Cuidador dos

Primer nombre del padre/madre/tutor legal: _____

Apellido del padre/madre/tutor legal: _____

Relación del padre/madre/tutor legal con el niño: _____

Número de teléfono del padre/madre/tutor legal: _____ Celular Casa Trabajo

Dirección de correo electrónico del padre/madre/tutor legal: _____

Acuerdo de custodia

Se supondrá que no existen restricciones en cuanto al derecho del padre/madre/tutor legal de que le informen sobre el progreso escolar del estudiante y sobre la participación en actividades escolares. Solo se impedirá que un padre/madre/tutor legal participe en la educación de un estudiante si una orden judicial firmada (por ejemplo, una sentencia de divorcio, una orden de custodia o una orden de restricción) restringe específicamente el acceso del padre/madre/tutor legal al estudiante. Si existen restricciones, el padre/madre/tutor legal debe presentar una copia de la orden judicial que describa los derechos restringidos.

¿Existe un acuerdo de custodia para este niño que debemos conocer?: (Marque una opción) Sí No

**** En caso afirmativo, proporcione una copia del Acuerdo de custodia.**

Conforme al Acuerdo de custodia, especifique a quién se debe contactar por los siguientes motivos:

- Inscripción y baja: _____
- Asistencia y agenda del programa: _____

- Plan de estudios, progreso del niño, registros del niño: _____
- Actividades, reuniones y políticas del programa: _____
- Accidente, enfermedad y contacto de emergencia: * _____

**En el espacio se le solicitará que proporcione un contacto de emergencia para recopilar más información.*

Información demográfica

****Hogar principal es el lugar donde vive el niño.**

Lengua del hogar principal: _____

Lengua del hogar secundario: _____

Raza del niño (**seleccione todas las que correspondan**):

- Indio americano/nativo de Alaska
- Negro/afroamericano
- Nativo de Hawái/isleño del Pacífico
- Otra: _____
- Asiático
- Multirracial
- Blanco/caucásico

Etnia del niño (marque una opción):

- Hispano/latino
- No hispano/no latino

Cantidad de personas en el hogar donde vive el niño (incluya a todos los que viven en el hogar):

**Los ingresos anuales del hogar no determinan la elegibilidad para el programa PHLpreK. Se solicita esta información solo para fines estadísticos.*

Ingresos en los últimos 12 meses* Indique el mejor cálculo del **MONTO TOTAL** de los ingresos recibidos conjuntamente por todos los miembros del hogar donde vive el niño durante **LOS ÚLTIMOS 12 MESES** (*monto total de los últimos 12 meses*).

El **MONTO TOTAL** de los ingresos incluye los salarios, el sueldo, los ingresos jubilatorios, los pagos de ayuda pública o los ingresos autónomos.

\$	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	,	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	<input style="width: 30px; height: 30px;" type="text"/>	.00
----	---	---	---	---	---	---	---	-----

MONTO TOTAL de los últimos 12 meses

- Prefiere no revelarlo

¿En qué tipo de industria trabaja principalmente el padre/madre/tutor legal? (**Marque todas las opciones que correspondan**)

- Educación
- Atención médica
- Gobierno federal, estatal o local
- Servicios empresariales y financieros
- Servicios de transporte
- Jubilado
- Construcción y extracción
- Ventas y ventas minoristas

- Industria de los alimentos Legal Sin fines de lucro Servicios sociales y comunitarios
- Saneamiento y mantenimiento Producción industrial
- Empleo de producción Empleo de gestión Cuidador doméstico Actualmente sin trabajo
- Trabajo no remunerado Otro: _____

Información de los servicios

**La información que se recopile en esta sección se utilizará para identificar qué recursos adicionales pueden necesitar las familias del sistema PHLpreK. Complete toda la sección.*

Día del servicio: Medio día (5.5 horas) Día completo (más de 5.5 horas) Año del servicio: Año escolar (180 días) Año completo (260 días)

***PHLpreK solo cubre 5.5 horas de tiempo de enseñanza en el aula.**

Si marca **día completo** o **año completo**, indique cuál es la fuente de financiación suplementaria para el tiempo no cubierto por PHLpreK:

- Subsidio Child Care Works Paga privada Otra, especifique: _____

Información de preferencia del proveedor

**La información que se recopile en esta sección se utilizará para identificar las prioridades de las familias en el sistema de PHLpreK y se utilizará para tomar decisiones acerca de la ubicación de las sedes de PHLpreK. Complete toda la sección.*

¿Cuántas **horas al día** preferiría que su hijo asista a PHLpreK? _____

Si desea inscribir a su hijo más de las 5.5 horas que le proporciona gratuitamente PHLpreK, ¿cuánto estaría dispuesto a pagar por el cuidado? **(por mes)**? _____

¿Desea inscribir a un hermano de su hijo en algún programa para bebés/niños pequeños? Sí No

¿Desea inscribir a un hermano de su hijo en un programa de edad escolar? Sí No

¿Cómo planea trasladarse hacia el programa de aprendizaje temprano de su hijo? **(Marque todas las opciones que correspondan)**

- Transporte particular o privado Autobús o tranvía
- Market Frankford Line/Broad Street Line Regional Rail
- A pie Otra, describa: _____

¿Cuántos minutos está dispuesto a destinar para ir al programa de aprendizaje temprano de su hijo? **(Marque una opción)**

- De 1 a 15 minutos De 16 a 30 minutos De 31 a 45 minutos Más de 45 minutos

Si la distancia/conveniencia fue un factor para elegir esta ubicación, ¿qué factor fue más importante? **(Marque una opción)** Cercano a su hogar Cercano al trabajo/escuela

¿Cuáles diría que son las **TRES PRINCIPALES** prioridades a la hora de elegir un programa de aprendizaje temprano para su hijo? **(Marque tres opciones** de la lista que figura a continuación)

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asequibilidad | <input type="checkbox"/> Preparación escolar/plan de estudios |
| <input type="checkbox"/> Ambiente seguro | <input type="checkbox"/> Programa de enlace con una escuela primaria |
| <input type="checkbox"/> Comidas incluidas | <input type="checkbox"/> Calificación de calidad de Keystone STARS |
| <input type="checkbox"/> Disposición de espacio exterior para juego. | <input type="checkbox"/> Remisión personal/recomendación verbal |
| <input type="checkbox"/> Cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Hermanos ya inscritos en el centro |
| <input type="checkbox"/> Ubicación del centro | <input type="checkbox"/> Horarios del centro |
| <input type="checkbox"/> Disponibilidad/entrada sin lista de espera | <input type="checkbox"/> Bilingüismo |
| <input type="checkbox"/> Atención de necesidades especiales | <input type="checkbox"/> Otros servicios sociales |
- Otra, describa: _____

¿Cómo se enteró del programa PHLpreK? **(Marque todas las opciones que correspondan)**

- | | | | |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Aviso en SEPTA | <input type="checkbox"/> Líder de la comunidad | <input type="checkbox"/> Sitio web de PHLpreK | <input type="checkbox"/> Amigo o familiar |
| <input type="checkbox"/> Aviso en el periódico | <input type="checkbox"/> Consultorio del médico | <input type="checkbox"/> Correo de Child Care Works | <input type="checkbox"/> El distrito escolar |
| <input type="checkbox"/> Redes sociales (<i>Facebook, Instagram, Twitter, etc...</i>) | <input type="checkbox"/> Artículo sobre actualidad | <input type="checkbox"/> Aviso por radio | |
| <input type="checkbox"/> Proveedor de cuidado infantil | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |

Confirmación de elegibilidad

Yo, como proveedor de PHLpreK, atestiguo que este niño es residente de Filadelfia, tiene 3 o 4 años de edad al 1 de septiembre de 2021 (y no está en edad de entrar al jardín de niños al 1 de septiembre de 2021) y ha sido remitido al Centro de Recursos de Aprendizaje Temprano (ELRC, por sus siglas en inglés) para determinar su elegibilidad para otros servicios. Confirmando que toda la documentación de verificación (fecha de nacimiento y residencia) está archivada en la ubicación del centro.

Nombre del personal (letra de imprenta)

Título

Fecha

Firma del personal

Nombre del programa PHLpreK

Al firmar este formulario, el padre/madre/tutor legal de los niños del programa PHLpreK aceptan notificar a su proveedor de PHLpreK en un plazo de 15 días si la familia se muda fuera de los límites de la ciudad de Filadelfia. Si las familias se mudan fuera de Filadelfia, ya **no son elegibles** para el programa PHLpreK.

Escriba **sus iniciales aquí** si usted, como padre/madre/tutor legal de un niño del programa PHLpreK, acepta recibir mensajes de texto de parte del equipo de PHLpreK: _____

Proporcione el número de teléfono por el cual accede a recibir mensajes de texto: _____

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL
FECHA