

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA PRE-KINDER VOLUNTARIO/TITULO I

ESCUELAS PUBLICA DE ST LUCIE

9461 Brandywine Lane, Port St. Lucie, FL 34986 Tel. (772) 439-3945

Favor de llenar UNA solicitud **por cada niño/a**. Usted **DEBE** proporcionar todos los siguientes documentos para completar el proceso de registro. Se requieren dos (2) comprobantes de domicilio para **todos** los solicitantes con fecha dentro los últimos **30 días**. El nombre y dirección del padre o tutor, deben mostrarse en el **comprobante de domicilio**. Las pruebas aceptables incluyen: Un (1) Primario y Un (1) Secundaria o dos (2) pruebas primarias de domicilio. Dos (2) pruebas secundarias de domicilio **No serán aceptadas**.

Original del Acta de Nacimiento

***Comprobante de domicilio**

****Tarjeta de Seguro Social** (si disponible, pero no requerido)

* Comprobante de domicilio es requerido de **todos** los solicitantes.

***PRINCIPAL UNO** de los siguientes comprobantes de domicilio es necesario:

1. Factura de utilidades – **de los últimos 30 días**
2. Cupón de pago de hipoteca
3. Papeles de hipoteca
4. Recibo oficial de renta
5. Contrato de arrendamientos firmado
6. Contrato de construcción (a completarse en 6 meses)

***SECUNDARIO UNO** de los siguientes comprobantes de domicilio es necesario:

1. Factura Celular – **de los últimos 30 días**
2. Factura de cable **de los últimos 30 días**
3. Licencia de conducir
4. Registro del Votante

I. PERFIL DEL ESTUDIANTE:

Estudiante ID #			
Grado: VPK	APPELLIDO DEL ESTUDIANTE: _____ Apéndice _____ Jr. II. III	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE
Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Raza: Favor de marcar una o más razas que indiquen lo que se considera esta persona que es. <input type="checkbox"/> Indio Nativo/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Blanco	Etnicidad: Por favor marque uno. <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino	
Fecha de Nacimiento: Mes / Día / Año	Lugar de Nacimiento: Ciudad, Estado, País	Idioma primario del hogar:	
Por favor marque cualquiera de los siguientes que se aplican a este estudiante: <input type="checkbox"/> Familia Militar Activa <input type="checkbox"/> Cambio de Custodia Ordenado por el Tribunal			
Número de Seguro Social: / /	(**Los números de seguro social de los estudiantes se recolectan con el fin de identificar a los estudiantes en el sistema de computación del Distrito y serán utilizados únicamente para tal fin.) Si aplicable/No requerido		Nombre, Ciudad y Estado de previa Escuela:
Dirección de Casa:		Ciudad y Código Postal:	
Dirección de Correo:		Ciudad y Código Postal:	
Teléfono de Casa:	Teléfono Móvil:	Teléfono de Emergencia:	

II. INFORMACION DEL PADRE O TUTOR: Padre Residencial/Custodial: Ambos Madre Padre Otro: _____

Nota: Si hay un cambio en la custodia, se debe proporcionar la documentación apropiada.

<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro: _____	Apellido del Padre o Tutor: _____	Primer Nombre y El Segundo:	Fecha de Nacimiento: Mes / Día / Año
<input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Otro: _____	Apellido de Padre o Tutor: _____	Primer Nombre y El Segundo:	Fecha de Nacimiento: Mes / Día / Año

III. HERMANOS:

Hermanos se definen como hermano, hermana, medio-hermano, media-hermana, hermanastro o hermanastra que viven en la *misma* casa.

Por favor anotar todos los hermanos que están actualmente asistiendo o aplicando para primera selección de escuela.

S1 <input type="checkbox"/>	Nombre del Hermano/a: _____ Apellido, Primer y Segundo Nombre	Escuela:	Grado: 20-21
	Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
S2 <input type="checkbox"/>	Nombre del Hermano/a: _____ Apellido, Primer y Segundo Nombre	Escuela:	Grado: 20-21
	Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	
S3 <input type="checkbox"/>	Nombre del Hermano/a: _____ Apellido, Primer y Segundo Nombre	Escuela:	Grado: 20-21
	Fecha de Nacimiento: Mes/Día/Año	Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	

IV. INFORMACION DE LOS PREVIOS PROGRAMAS:

Sí No ¿Su hijo/a participa actualmente en un programa de educación excepcional? **Si es si:** _____
Nombre de la Escuela/Programa

Ejemplo: Retraso en el Desarrollo, Habla, Lenguaje, Discapacidad Visual, Discapacidad Especifica de Aprendizaje, etc...

Sí No ¿Ha participado su hijo/a en Head Start en los dos años anteriores? **Si es si:** _____
Nombre de Head Start

Sí No ¿Ha recibido su hijo/a servicios bajo el Título I Parte C **O** el Programa Educación Migrante en los dos años anteriores? **Si es si, circule el programa.**

V. INFORMACIÓN SOCIAL EMOCIONAL:

Sí No ¿Esta su hijo/a actualmente recibiendo consejería de salud mental o servicios de comportamiento? **Si es si, por favor escribe el nombre de proveedor:** _____

VI. INFORMACIÓN SOBRE LA DIVERSIDAD:

Sí No Su familia recibe estampillas de comida, TANF (ayuda del gobierno), Medicaid, WIC **o su niño/a recibe** han recibe almuerzo gratis o a precio reducido en alguna escuela del condado de St. Lucie? **Si es si, circule el programa y indique el nombre de la persona o recipiente:** _____

VII. SELECCIONES DE ESCUELA:

Descargo de Responsabilidad de Proximidad: Si usted vive dentro de (2) millas de su escuela asignada, es posible que no sea elegible para el transporte en autobús.

Nota: Se hará todo lo posible para asignar a los hermanos juntos. Sin embargo, los hermanos/a **NO** están garantizados asistir a la misma escuela.

Por favor numere todas las escuelas dentro su Zona Escolar.

Zona Verde	Zona Roja	Zona Azul
(34946, 34949, 34950, 34951, 34945, 34947, <u>34981, 34982</u>)	(34953, 34972, 34986, 34987, 34988)	(<u>34981, 34982</u> , 34983, 34952, 34957, 34984)
___ Chester A. Moore Elementary (0111)	___ Allapattah Flats K-8 (0151)	___ Mariposa Elementary (0341)
___ Lakewood Park Elementary (0231)	___ Bayshore Elementary (0251)	___ Northport K-8 (0261)
___ Lawnwood Elementary (0061)	___ Windmill Point Elem. (0271)	___ Parkway Elementary (0311)
___ St. Lucie Elementary (0071)		___ Rivers Edge Elementary (0381)
___ Weatherbee Elementary (0040)		___ Savanna Ridge Elementary (0091)
___ White City Elementary (0031)		___ Village Green Elementary (0281)

He leído y entiendo las instrucciones para solicitar la asignación VPK/Título I de mi hijo/a. Estoy de acuerdo en cumplir con las políticas de las Escuelas Públicas de St. Lucie. Doy testimonio de que toda la información en este formulario y la documentación presentada con mi solicitud son verdaderos y exactos. Entiendo que el incumplimiento de estas condiciones, o falsificación de cualquier parte de esta solicitud puede resultar en la revocación de asignación de la escuela de mi hijo/a.

Firma del Padre o Tutor: _____ Fecha: _____

FOR OFFICE USE ONLY				
S & E	D	KSEALS	TOTAL	STICKER (IF APPLICABLE): ESE, REFERRAL, SIBLING, MIGRANT, HOMELESS
		_____, _____ = _____		
		L A COMP.		