

DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE JARRELL
2023-2024 SOLICITUD DE CALIFICACIÓN PARA PREKINDERGARTEN (PK4)

Nombre del solicitante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Edad (a partir de Septiembre 1 de 2023): _____

Para ser elegible para Prekindergarten, un niño debe tener 4 años el 1 de septiembre, 2023 y cumplir con uno de los siguientes requisitos:

_____ **Dominio limitado del inglés (LEP)** : el niño no puede hablar y comprender el idioma inglés

[Adjunte la encuesta del idioma del hogar y la prueba de los puntajes de la evaluación OLPT]

- La encuesta del idioma del hogar indica que el niño habla / escucha un idioma que no es inglés en el hogar: __ Sí __ No
- Prueba de dominio del idioma oral administrada: __ Sí __ No El puntajes está adjunto: __ Sí __ No

_____ En **desventaja educativa (ingresos familiares / califica para Medicaid)** : el estudiante es elegible para participar en el programa nacional de almuerzos gratuitos o de precio reducido

[Complete la sección Prueba de ingresos al dorso no antes del 04/01/2023]

- El nivel de ingresos cumple con los requisitos para participar en el Programa Nacional de Almuerzos Escolares: __ Sí __ No
- El estudiante recibe beneficios de Medicaid gratis o Medicaid reducido. __ Sí __ No
- **Número de Medicaid:** _____ Copia de la tarjeta de Medicaid adjunta: __ Sí __ No

_____ **Personas sin hogar** - [Adjunte una copia del *Cuestionario de residencia estudiantil* firmado por el intermediario del Distrito McKinney-Vento]

- El niño no tiene hogar según lo definido por [42 USC Sección 11302]
 - *El niño carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada*
 - *El niño tiene una residencia principal nocturna que es un refugio diseñado para proporcionar alojamiento temporal, una institución o un lugar no diseñado o utilizado habitualmente como alojamiento habitual para dormir para los seres humanos.*
 - *El niño vive con una familia anfitriona.*
- Cuestionario de residencia del estudiante adjunto: __ Sí __ No

_____ **Dependiente militar** - hijo de un **miembro en servicio activo** O hijo de un miembro **herido o muerto en el cumplimiento del deber** de las fuerzas armadas de los EE. UU., Incluidas las fuerzas militares estatales o un componente de reserva

[Adjunte la determinación del cumplimiento del deber, declaración de servicio, copia de la muerte certificado, órdenes o citación de Purple Heart, o carta oficial de un comandante o del Departamento de Defensa - NO es necesario copiar la identificación militar. COMPLETAR el FORMULARIO DE VERIFICACIÓN] - Durante la inscripción temprana en línea, le pedimos que nos envíe una foto de la identificación militar y nosotros aseguramos no copiarla o imprimirla.

- Documentación militar adjunta: __ Sí __ No o la Administración ha visto la identificación militar de los padres _____

_____ **Cuidado de crianza temporal** : el niño está o ha estado en la tutela del Departamento de Servicios para la Familia y de Protección de Texas (TX DFPS)[Adjunte una carta de verificación de TX DPFS u otra documentación oficial que demuestre que el niño está o estaba en cuidado temporal, TX Foster Care]

- Documentación TX Foster Care Formulario 2085 adjunto: __ Sí __ No

_____ **Premio Star of Texas** - [Adjunte la verificación del Premio Star of Texas]

- Hijo de una persona elegible para el Premio Star of Texas como:
 - *una oficial de la paz bajo la Sección 3106.002, Código de Gobierno;*
 - *un bombero bajo la Sección 3106.003, Código de Gobierno; o*
 - *un primer respondedor médico de emergencia bajo la Sección 3106.004, Código del Gobierno.*

_____ **Programa de PK pagado por el empleado de JISD**

- El paquete de Pre-K del empleado se completa y se entrega: __ Sí __ No

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

_____ **Aprobado:** Verifique la documentación de calificación revisada y la guarde en el expediente acumulativo oficial del estudiante para fines de auditoría.

_____ **No aprobado:** el estudiante no cumple con los requisitos de elegibilidad para inscribirse en el programa de Pre Kinder de JISD.

Firma del administrador o designado autorizado

Fecha verificada

TEA AUDITED MATERIAL: RETAIN ALL DOCUMENTATION IN STUDENT CUMULATIVE FOLDER

Nombre del niño _____

Numero total en el hogar _____

Este formulario es UNICAMENTE para la calificación de Prekindergarten. Esta forma no califica a la familia para los beneficios de almuerzo gratis / reducido. Se debe completar un formulario de almuerzo gratis / reducido antes del comienzo de clases para recibir los beneficios del almuerzo.

Algun miembro del hogar (incluido usted) participa actualmente en uno o mas de los siguientes programas de asistencia: SNAP, TANF o FDPIR? _____

Si la respuesta es NO, complete la parte inferior de este formulario.

En caso afirmativo, indique Numero de grupo de elegibilidad # Numero EDG _____

Numero de Medicaid _____

Vigentes entre el 1 de julio, 2023 al 30 de junio, 2024

Household Size	Annual		Monthly		Twice Monthly		Bi-Weekly		Weekly	
	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced	Free	Reduced
1	18,954	26,973	1,580	2,248	790	1,124	729	1,038	365	519
2	25,636	36,482	2,138	3,041	1,069	1,521	986	1,404	493	702
3	32,318	45,991	2,694	3,833	1,347	1,917	1,243	1,769	622	885
4	39,000	55,500	3,250	4,625	1,625	2,313	1,500	2,135	750	1,068
5	45,682	65,009	3,807	5,418	1,904	2,709	1,757	2,501	879	1,251
6	52,364	74,518	4,364	6,210	2,182	3,105	2,014	2,867	1,007	1,434
7	59,046	84,027	4,921	7,003	2,461	3,502	2,271	3,232	1,136	1,616
8	65,728	93,535	5,478	7,795	2,739	3,898	2,526	3,598	1,264	1,799
For each additional family member add	+6,682	+9,509	+557	+793	+279	+397	+257	+366	+129	+183

INGRESOS DEL HOGAR

(Incluya los ingresos de los niños y todos los adultos que viven en el hogar)

A = Anualmente, M = Mensualmente, T = Dos veces al mes, E = Cada dos semanas, W =semanal

<u>Nombre del miembro del hogar</u>	<u>Ingresos del trabajo</u>	<u>Como se paga</u>	<u>Otros ingresos</u>	<u>Como pago</u>
1. _____	\$ _____	AMTEW	\$ _____	AMTEW
2. _____	\$ _____	AMTEW	\$ _____	AMTEW
3. _____	\$ _____	AMTEW	\$ _____	AMTEW
4. _____	\$ _____	AMTEW	\$ _____	AMTEW
5. _____	\$ _____	AMTEW	\$ _____	AMTEW

Firma del padre/ Fecha

PARA USO DE OFICINA: _____ Aprobado desventajas educativas _____ no cumple los requisitos

Firma del Director de Servicios de Alimentos / Fecha: _____