

Completar esta forma significa que los padres dan permiso para **elaborar un** archivo acumulativo del estudiante.

## Información del Archivo Acumulativo Oak Ridge, Tennessee

FECHA: \_\_\_\_\_

**NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE** \_\_\_\_\_ **NOMBRE PREFERIDO** \_\_\_\_\_  
APELLIDO NOMBRE SEGUNDO NOMBRE

Genero \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Numero de seguro social del estudiante \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**Dirección primaria del estudiante** \_\_\_\_\_ Condado Anderson \_\_\_ Condado Roane \_\_\_  
(Debe de ser residente de Oak Ridge para poder asistir)

Ciudad de nacimiento \_\_\_\_\_ Condado de Nacimiento \_\_\_\_\_ Estado de Nacimiento \_\_\_\_\_ Nombre de Soltera de la Madre \_\_\_\_\_

### Raza: Por favor marque todas las que apliquen

¿Es el niño hispano? \_\_\_ Si \_\_\_ No

Indio Americano/Nativo de Alaska \_\_\_ asiático \_\_\_ Negro \_\_\_ Hawaiano/de Islas Pacificas \_\_\_ Blanco \_\_\_\_\_

¿Cuál fue el primer idioma que este niño aprendió a hablar? Ingles \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_  
¿Qué idioma usa este niño fuera de la escuela con más frecuencia? \_\_\_\_\_  
¿Cuál idioma usualmente hablan en casa del niño? \_\_\_\_\_

### GUARDIAN LEGAL DEL ALUMNO

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**Opción para recibir textos** Si \_\_\_ No \_\_\_

#### Relación con el niño

¿Custodia legal? Si \_\_\_ No \_\_\_ Papeles de Custodia? Si \_\_\_ No \_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Nivel más alto de educación:** HS diploma \_\_\_\_\_ GED \_\_\_\_\_

Algo de Colegio \_\_\_\_\_ AA/AS \_\_\_\_\_

BA/BS \_\_\_\_\_ MA \_\_\_\_\_ DR \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Lenguaje** - Primario \_\_\_\_\_ Secundario \_\_\_\_\_

¿Hispano? Si \_\_\_ No \_\_\_ **Raza (s)** \_\_\_\_\_

¿Empleado? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Tiempo completo \_\_\_\_\_ Medio tiempo \_\_\_\_\_ Horas trabajadas \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

¿Estudiante? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Tiempo Completo \_\_\_ Parcial \_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

**Militar** (por favor circule una): Si No

#### Si respondió si :

Activo \_\_\_\_\_ Reserva \_\_\_\_\_ Veterano \_\_\_\_\_

### GUARDIAN LEGAL DEL ALUMNO

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**Opción para recibir textos** Si \_\_\_ No \_\_\_

#### Relación con el niño

¿Custodia legal? Si \_\_\_ No \_\_\_ Papeles de Custodia? Si \_\_\_ No \_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

**Nivel más alto de educación:** HS diploma \_\_\_\_\_ GED \_\_\_\_\_

Algo de Colegio \_\_\_\_\_ AA/AS \_\_\_\_\_ BA/BS \_\_\_\_\_ MA \_\_\_\_\_ DR \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

**Lenguaje** - Primerio \_\_\_\_\_ Secundario \_\_\_\_\_

¿Hispano? Si \_\_\_ No \_\_\_ **Raza (s)** \_\_\_\_\_

¿Empleado? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Empleador \_\_\_\_\_

Tiempo completo \_\_\_\_\_ Medio tiempo \_\_\_\_\_ Horas trabajadas \_\_\_\_\_

Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

¿Estudiante? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Tiempo Completo \_\_\_ Parcial \_\_\_

Escuela \_\_\_\_\_

**Militar** (por favor circule una): Si No

#### Si respondió si :

Activo \_\_\_\_\_ Reserva \_\_\_\_\_ Veterano \_\_\_\_\_

## Información de la Familia

### Hermanos

NOMBRE	M/F	FECHA DE NACIMIENTO	GRADO & ESCUELA	Primer Idioma/Segundo Idioma	Raza	El niño/a vive en la casa Y/N

### Parental/Legal Guardian Status

Child Lives With:				
Both Parents	One Parent (specify)	One Parent & Step-Parent (married)	Legal Guardian	Other (specify)

Para ser estudiante de Prescolar en Oak Ridge, el estudiante tiene que ser un residente legal de Oak Ridge. Por residencia legal se entiende que el estudiante debe vivir con los padres o en su caso con el padre/ madre o la persona a cargo de la custodia legal, y los cuales deben tener domicilio en Oak Ridge. Si el padre/madre o la persona que tiene custodia legal se cambiará de domicilio, fuera de los límites de la ciudad de Oak Ridge durante el año escolar, deberá notificar al personal de Prescolar inmediatamente.

- **POLÍTICA DE NO-DISCRIMINACIÓN:** Las escuelas de Oak Ridge no discriminaran a ningún niño por razón de raza, género, color, origen nacional, religión o inhabilidad física o mental.
- **DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD:** Toda la información recabada será confidencial, excepto cuando usted autorice su uso con otra agencia. Esta, y toda la información pertinente a los estudiantes se guardará en un gabinete de archivos cerrado.

Afirmo que toda la información antedicha es verdadera y correcta; y que sé que falsear la información puede sujetarme al procesamiento legal correspondiente a las leyes federales de los Estados Unidos de Norteamérica y estatales del estado de Tennessee. Afirmo que soy el padre legal o la persona que tiene la custodia legal del niño identificado en esta forma de inscripción.

**FIRMA DE PADRE/PERSONA QUE TIENE LA CUSTODIA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_  
(Firme aquí si es su primer año en la prescolar)

**FIRMA DE PADRE/PERSONA QUE TIENE LA CUSTODIA** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_  
(Firme aquí si es su segundo año en la prescolar)

**Cuidado después de la escuela:**

Actual cuidador del niño/a (guardería, niñera, familiar) \_\_\_\_\_

**¿Cómo se entero acerca del Oak Ridge Schools' Preschool?**

Medios de comunicación Social \_\_\_\_\_ Periódico \_\_\_\_\_ Familia Anterior \_\_\_\_\_ Sistema escolar \_\_\_\_\_ Amigo/Familiar \_\_\_\_\_

Otra agencia; nombre de la agencia \_\_\_\_\_

**¿Usted recibió lo siguiente?**

¿Usted recibe los libros del programa de Dolly Parton? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si no, fecha de recursos proporcionados \_\_\_\_\_  
(personal de la escuela los proveerá)

¿Tiene tarjeta de la biblioteca? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si no, fecha de recursos proporcionados \_\_\_\_\_  
(personal de la escuela los proveerá)

¿A usted revisado la página de internet kidscentraltn.com? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si no, fecha de recursos proporcionados \_\_\_\_\_  
(personal de la escuela los proveerá)

**Oak Ridge Schools' Preschool**  
**Historia Familiar y del Desarrollo**

**Embarazo e historia de nacimiento**

Nombre del niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Peso del niño (a) al nacer \_\_\_\_\_ ¿Nació en hospital? Sí \_\_\_ No \_\_\_

**La madre tuvo algún problema durante el embarazo o en el momento de dar a luz tales como (por favor señálelos aquí):**

**Si No Marque las que apliquen:**

Toxemia \_\_\_ Diabetes \_\_\_ Nacimiento prematuro \_\_\_ Cesárea \_\_\_ Parto Provocado \_\_\_ Uso de: Tabaco \_\_\_ Alcohol \_\_\_ Otras drogas \_\_\_

Otras complicaciones \_\_\_\_\_ Explique, por favor: \_\_\_\_\_

**Tuvo el niño(a) algún problema de salud durante el primer año, tales como (por favor señálelos aquí): Si No Marque las que apliquen:**

Daño de nacimiento \_\_\_ No respondió en los primeros momentos de vida a estímulos \_\_\_ Fallo de crecimiento \_\_\_ Problemas

respiratorios \_\_\_ Problemas alimenticios o de dieta \_\_\_ Nacimiento Prematuro \_\_\_ Otros \_\_\_ Explique, por favor: \_\_\_\_\_

**Salud del niño(a) e historia medica**

**Seguro de Salud:** \_\_\_\_\_ **¿Es el seguro TNCare?** \_\_\_\_\_

**Nombre del Medico/Clínica:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Seguro Dental:** \_\_\_\_\_ **Es el seguro TNCare?:** \_\_\_\_\_

**Nombre de Dentista/Clínica:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**¿El niño ha sido hospitalizado alguna vez?** Sí \_\_\_ No \_\_\_ Por favor explique si contesto afirmativamente \_\_\_\_\_

Doctor \_\_\_\_\_ Hospital \_\_\_\_\_

Duración de la estancia \_\_\_\_\_ Fechas \_\_\_\_\_

Restricciones en su alimentación/ dieta: Si \_\_\_ No \_\_\_

Si la hay, por favor indique \_\_\_\_\_

**\*Formas adicionales tal vez sean requeridas.**

Hay algún medicamento que el niño/a tome con regularidad: Si \_\_\_ No \_\_\_ Si lo hay, por favor indique \_\_\_\_\_

¿Este medicamento será administrado en casa o en la escuela? \_\_\_\_\_

**\*Formas adicionales tal vez sean requeridas.**

**¿Su hijo tiene alergias? Si No Explique por favor si la respuesta es afirmativa:** \_\_\_\_\_

**¿El niño(a) ha tenido alguna vez una convulsión? Sí No Explique, por favor, si sea la respuesta afirmativa** \_\_\_\_\_

**¿El niño(a) tiene dificultades al oír? Sí No Explique, por favor, si sea la respuesta afirmativa** \_\_\_\_\_

**¿El niño(a) tiene dificultades al ver? Sí No Explique, por favor, si sea la respuesta afirmativa** \_\_\_\_\_

**¿El niño(a) tiene dificultades al hablar? Sí No Explique, por favor, si sea la respuesta afirmativa** \_\_\_\_\_

**En los dos años anteriores ha recibido su hijo uno de los siguientes programas:**

Programa Individualizado de Educación (IEP/IFSP) \_\_\_\_\_ Programa 504 \_\_\_\_\_ Early Head Start \_\_\_\_\_

U Otro Programa de Habla/Lenguaje \_\_\_\_\_ TEIS \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Si la respuesta es afirmativa, por favor explique aquí o provea documentación \_\_\_\_\_

**¿El niño(a) ha sido diagnosticado o sospechado que tiene enfermedad mental o retraso en su desarrollo? Sí No** \_\_\_\_\_

Por favor explique si la respuesta es afirmativa: Diagnósis \_\_\_\_\_ Tratamiento \_\_\_\_\_ Doctor/terapista \_\_\_\_\_

---

**Historia de Salud de la Familia**

	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>Explicación (padres, hermanos, o parientes cercanos)</b>
Aprendizaje			
Físico			
Emocional			
Comportamiento			
Abuso de Sustancias			
Enfermedad Mental			

**Desarrollo social, físico y psicológico del niño**

**Hábitos de dormir**

¿El niño(a) tiene un horario regular para dormir? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿A qué hora se duerme? \_\_\_\_\_ ¿A qué hora se despierta? \_\_\_\_\_ ¿Se acostumbra a tomar siestas? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Tiene problemas de sueño: es sonámbulo, ¿tiene pesadillas u otros? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Si es afirmativo, explique aquí: \_\_\_\_\_

**Alimentos**

¿Tiene alguna duda alimentaría? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Explique, por favor, si sea la respuesta afirmativa \_\_\_\_\_

¿Usted considera que su hijo(a) es: sobrepeso? \_\_\_ pesa menos de lo normal? \_\_\_

¿El niño(a) toma suplementos alimenticios? Sí \_\_\_ No \_\_\_ Explique, por favor, si sea la respuesta afirmativa \_\_\_\_\_

**Baño**

¿Está educado el niño para ir al baño sin ayuda? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Durante el día? ¿Sí \_\_\_ No \_\_\_ Durante la noche? Sí \_\_\_ No \_\_\_

En caso negativo, ¿están trabajando en ello? Sí \_\_\_ No \_\_\_ ¿Necesita ayuda para ir al baño? Sí \_\_\_ No \_\_\_

¿Cómo le dice el niño que necesita ir al baño? \_\_\_\_\_

**Comportamiento y socialización**

Por favor explique cómo su niño/a juega/interactúa con otros niños:

---

---

**Tiene tu hijo/a problemas para separarse de ti? Si \_\_\_ No \_\_\_ Si, si, por favor explíquelo:**

---

---

**FIRMA DE PADRE/PERSONA QUE TIENE LA CUSTODIA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_**

(Firme aquí si es su primer año en la preescolar)

**FIRMA DE PADRE/PERSONA QUE TIENE LA CUSTODIA \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_**

(Firme aquí si es su segundo año en la preescolar)

**Verificación de Ingreso/Salario para Head Start, Title I, o Pre-k Voluntario**

**Head Start Income guidelines for 2020**

*Federal Register, Vol. 85, No. 12 (January 17, 2020) Pages 3060 - 3061.*

<u>Family Size</u>	<u>Poverty Guideline</u>	<u>Family Size</u>	<u>Poverty Guideline</u>
1	\$ 12,760	5	\$ 30,680
2	17,240	6	35,160
3	21,720	7	39,640
4	26,200	8	44,120

Add \$4,480 for each additional family member.

**Title I & Voluntary Pre-K Income Guidelines for 2019**

<u>Family Size</u>	<u>Poverty Guideline</u>	<u>Family Size</u>	<u>Poverty Guideline</u>
1	\$ 23,606	5	\$ 56,758
2	31,894	6	65,046
3	40,182	7	73,334
4	48,470	8	81,622

Add \$8,288 for each additional family member

Cualquier de los siguientes documentos son aceptados para verificar el ingreso, o el salario, de los 12 meses anteriores. Si su familia tiene varias fuentes de ingreso en los pasados 12 meses, deberá registrarlos. Se necesita documentación para cada ingreso que haya en la familia.

Por favor señale (√) el o los documento(s) que está mostrando.

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> <b>La Declaración de Impuestos (1040, 1040EZ, 1040A)</b>                            | <input type="checkbox"/> Subsidio de Desempleo                                |
| <input type="checkbox"/> W2  | <input type="checkbox"/> Indemnización del Trabajador                         |
| <input type="checkbox"/> Families First/TANF (la carta de DHS, comprobando la Cantidad del subsidio mensual) | <input type="checkbox"/> Manutención de Hijos                                 |
| <input type="checkbox"/> SSI Seguro Social (carta de notificación de este año)                               | <input type="checkbox"/> Cuidado y Crianza (Foster Care)                      |
| <input type="checkbox"/> Carta comprobando el salario mensual hecha por el empleador (12)                    | (# _____)   |
| <input type="checkbox"/> Sin hogar/al cuidado de un familiar   | <input type="checkbox"/> Otros: Pensiones, VA, pensión alimenticia, etc _____ |

**Ingreso anual** \_\_\_\_\_ **Número de Integrantes de la Familia** \_\_\_\_\_

**Usted recibe alguno de los siguientes:** WIC \_\_\_\_\_ Families Firts/TANF \_\_\_\_\_ SNAP \_\_\_\_\_ # \_\_\_\_\_

**Pagos de Manutención infantil (Child support) (mensual/anual)** \_\_\_\_\_

Los ingresos/beneficios indicados arriba fueron ganados, aproximadamente de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (los 12 meses anteriores)

Afirmo que toda la información anterior es verdadera y correcta; y que falsificar la información puede sujetarme al procesamiento legal correspondiente a las leyes federales y estatales y puede resultar en la expulsión del Oak Ridge Schools' Preschool.

**Firmas:**

**Padre/Madre/Tutor Legal** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

He revisado la verificación de ingresos para esta aplicación. Las formas completadas deben de estar mantenidas de acuerdo con FERPA.

**Representante de la Preescolar** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_

*Para ser llenado por la escuela:*

**Eligibility and Basis for Acceptance**

**Head Start**  
 Income \_\_\_\_\_ Over Income \_\_\_\_\_ 10% Over Income \_\_\_\_\_ Foster Child \_\_\_\_\_ Homeless/Relative Care \_\_\_\_\_ TANF/SSI \_\_\_\_\_  
 (101-130%) (other selection criteria alone)

**Pre-K**  
 Income \_\_\_\_\_ Foster Child \_\_\_\_\_ Homeless/Relative Care \_\_\_\_\_ TANF \_\_\_\_\_ ELL \_\_\_\_\_ Disability \_\_\_\_\_ Other Risk Factors \_\_\_\_\_

**Title I**  
 Income \_\_\_\_\_ Foster Child \_\_\_\_\_ Homeless/Relative Care \_\_\_\_\_ TANF \_\_\_\_\_ ELL \_\_\_\_\_ Disability \_\_\_\_\_ Other Risk Factors \_\_\_\_\_