

Calendrier du Prekindergarten/Head Start

PROGRAMMES DU PREKINDERGARTEN/HEAD START
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS
Rockville, Maryland 20850

Formulaire MCPS 335-8
Janvier 2020

Nom de l'élève (nom de famille, prénom, initiale du deuxième prénom) _____ Date de naissance ____/____/____

Nom d'usage _____

ADULTE(S) RESPONSABLE(S) DE L'ÉLÈVE

Nom de l'adulte responsable de l'élève résidant à l'adresse actuelle¹ _____

Nom de l'adulte responsable de l'élève résidant à l'adresse actuelle² _____

Lien de parenté : Mère Père Tuteur légal

Age ____ Elève Pour un élève, allez-vous obtenir votre diplôme cette année ?

Années d'instruction scolaire Militaire en activité Vétéran de l'armée

Cocher les cases correspondantes Temps plein Temps partiel Sans emploi En situation de handicap

Lien de parenté : Mère Père Tuteur légal

Age ____ Elève Pour un élève, allez-vous obtenir votre diplôme cette année ?

Années d'instruction scolaire Militaire en activité Vétéran de l'armée

Cocher les cases correspondantes Temps plein Temps partiel Sans emploi En situation de handicap

AUTRES PERSONNES A CHARGE DE VOTRE FOYER

| Nom(s) des adultes | Vérification | Frères et sœurs/enfants (de moins de 18 ans) Noms | Date de naissance |
|--------------------|--------------|---------------------------------------------------|-------------------|
| _____ | _____ | _____ | ____/____/____ |
| _____ | _____ | _____ | ____/____/____ |
| _____ | _____ | _____ | ____/____/____ |

INFORMATION POUR LA DÉPOSE ET LA RÉCUPÉRATION DE L'ÉLÈVE

Adresse de récupération et dépose pour le placement en école Garderie d'enfant familiale Centre (crèche) Informel Maison Autre

Nom de la garderie/crèche ou de la personne responsable _____

Adresse Rue _____ Ville _____ État _____ Code postal _____

Num. de téléphone principal _____ Autre num. de téléphone _____

FICHE DE SITUATION FINANCIÈRE - Indiquez les revenus de tous les membres du foyer

| Revenus bruts | Usage interne uniquement | Vérification (par ex., 1040, W-2, fiches de paie, etc.) |
|---------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------|
| Adulte responsable ¹ par _____ x _____ = _____ | | _____ |
| Adulte responsable ² par _____ x _____ = _____ | | _____ |
| TCA (Assistance financière temporaire) per Mois x _____ = _____ | | _____ |
| Pension familiale par Mois x _____ = _____ | | _____ |
| Pension alimentaire par Mois x _____ = _____ | | _____ |
| Programme d'adoption par Mois x _____ = _____ | | _____ |
| Retraite par Mois x _____ = _____ | | _____ |
| Aides sociales (Social Security) ... par Mois x _____ = _____ | | _____ |
| SSI (Supplemental Security Income) ... par Mois x _____ = _____ | | _____ |
| Allocation par Mois x _____ = _____ | | _____ |
| Allocation chômage par semaine x _____ = _____ | | _____ |
| Workers Compensation (allocation d'arrêt de travail) . per Mois x _____ = _____ | | _____ |
| Revenus de la location par Mois x _____ = _____ | | _____ |
| Financial Assistance (aide financière) ... par Mois x _____ = _____ | | _____ |
| Documents attestant l'absence de revenus | | _____ |
| <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> HOC | Taille de la famille _____ | Revenu total de la famille _____ |
| | | Catégorie _____ |

Assurance médicale

- Assurance MCHIP : _____
 Assurance privée : _____
 Prestataire Care for Kids
 Aucun
 Transfert ver SEU

Num. d'assistance médicale _____

Besoins spéciaux potentiels pour l'apprentissage _____

Personnes à contacter en cas d'urgence

Nom _____

Lien avec l'enfant _____

Téléphone ____/____/____

Autre personne ____/____/____

Nom _____

Lien avec l'enfant _____

Téléphone ____/____/____

Autre personne ____/____/____

Cocher toutes les cases correspondantes :

- Sans-abri IEP
 Enfant en foyer bébés et petite enfance
 Early Head Start (inscription anticipée au Head Start)

Bons de garderie ou

d'aide financière ? Oui Non

CCSP Exp. Date ____/____/____

WPA Exp. Date ____/____/____

Food Supplement Program (programme d'aide alimentaire) (N° de dossier _____)

Formulaire rempli par : _____ Titre : _____ Date : ____/____/____

Revenus vérifiés par : _____ Titre : _____ Date : ____/____/____

J'atteste que tous les renseignements, y compris la déclaration de tous les revenus, indiqués dans la présente demande et dans toute pièce jointe sont à ma connaissance exacts, complets et véridiques. Je comprends que ces renseignements sont transmis pour bénéficier d'aides fédérales, de l'état et du comté ; que les responsables de l'école ont le droit de vérifier les informations figurant sur la demande et que la falsification de toute information soumise peut entraîner le refus de cette demande ou le retrait du programme après un placement accordé.

Signature du parent/tuteur légal _____ Date ____/____/____

FOR OFFICE USE ONLY

Home School for Family Address _____ Home school for pick-up/drop-off address _____

Assigned School/Location for Prekindergarten/Head Start _____ Date ____/____/____

Nom de l'élève