

# Solicitud para Pre-kindergarten/Head Start

Prekindergarten/Head Start Programs  
MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Rockville, Maryland 20850

**Formulario 335-8 de MCPS  
Enero de 2020**

Nombre del/de la estudiante/a (apellido, primer nombre, segundo nombre) \_\_\_\_\_

Nombre que el/la estudiante prefiere \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### ADULTO/S RESPONSABLE/S POR EL ESTUDIANTE

Nombre del adulto responsable por el/la estudiante que reside en el domicilio actual<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Nombre del adulto responsable por el/la estudiante que reside en el domicilio actual<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Relación/Parentesco:  Madre  Padre  Guardián  
Edad \_\_\_\_  Estudiante  Si eres un/a estudiante, ¿planeas graduarte este año?  
Años de educación \_\_\_\_  Servicio militar activo  Veterano  
Marcar todas las que correspondan  Tiempo completo  
 Medio tiempo  Desempleado  Discapacitado

Relación/Parentesco:  Madre  Padre  Guardián  
Edad \_\_\_\_  Estudiante  Si eres un/a estudiante, ¿planeas graduarte este año?  
Años de educación \_\_\_\_  Servicio militar activo  Veterano  
Marcar todas las que correspondan  Tiempo completo  
 Medio tiempo  Desempleado  Discapacitado

### OTROS DEPENDIENTES EN EL HOGAR

Nombre(s) del/de la adulto(s)	Verificación	Nombres de los hermanos/niños (menores de 18 años)	Fecha de nacimiento
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____
_____	_____	_____	____/____/____

### INFORMACIÓN PARA RECOGER Y DEJAR

Dirección de dónde recoger y dejar al/a la estudiante para la colocación escolar  Hogar de cuidado infantil familiar  Centro  Informal  Inicio  Otro

Centro de cuidado infantil (o) nombre de la persona responsable \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_ Número de teléfono alterno \_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_

### HOJA FINANCIERA: incluya ingresos para todos los miembros de la familia

Ingresos brutos	Office Use Only (para uso de la oficina solamente)	Verificación (ej., 1040, W-2, colillas de cheques, etc.)	Seguro médico
Adulto responsable <sup>1</sup> ..... por ____ x ____ = ____		_____	<input type="checkbox"/> Proveedor de MCHIP: _____ <input type="checkbox"/> Proveedor privado: _____ <input type="checkbox"/> Proveedor de Care for Kids <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Referido a SEU
Adulto responsable <sup>2</sup> ..... por ____ x ____ = ____		_____	Asistencia Médica # _____
TCA ..... por meses x ____ = ____		_____	Preocupaciones especiales de aprendizaje _____
Sustento de menores ..... por meses x ____ = ____		_____	
Pensión alimenticia ..... por meses x ____ = ____		_____	
Programa de crianza temporal ..... por meses x ____ = ____		_____	
Jubilación ..... por meses x ____ = ____		_____	
Beneficios del Seguro Social ..... por meses x ____ = ____		_____	
SSI (Adulto) ..... por meses x ____ = ____		_____	
Estipendio ..... por meses x ____ = ____		_____	
Desempleo ..... por semana x ____ = ____		_____	
Indemnización por accidente de trabajo ... por meses x ____ = ____		_____	
Ingreso de renta ..... por meses x ____ = ____		_____	
Ayuda Financiera ..... por meses x ____ = ____		_____	
Documentación de no recibir ingreso _____		_____	
<input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> HOC	<b>Tamaño de la familia</b> _____	<b>Ingreso total de la familia</b> _____	<b>Categoría</b> _____

Programa de suplemento alimenticio (Caso # \_\_\_\_\_)

La solicitud la tomó: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

El ingreso fue verificado por: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*Certifico que toda la información, incluyendo el informe de todos los ingresos, en esta solicitud y en todos los archivos adjuntos es precisa, completa y fiel a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en que al escribir mi nombre y la fecha de hoy a continuación, y al enviar este formulario por correo electrónico, tengo la intención de que lo siguiente constituya y sea el equivalente a mi firma personal.*

Firma del Padre/Madre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del(de la) Estudiante