



Formulario de Inscripción para Pre-K

2020-2021

AÑO ESCOLAR

NOMBRE LEGAL DEL PROVEEDOR:	(Esta sección para ser completada por el Proveedor)
NOMBRE DE LA ESCUELA O PROGRAMA :	

INFORMACIÓN DEL NIÑO (Por favor escriba el nombre tal como aparece en el certificado de nacimiento.)			
APELLIDO:			
PRIMER NOMBRE:			
SEGUNDO NOMBRE :			
SUFIJO PARA EL APELLIDO (Por ejemplo : Jr., Sr., II, III) :			
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL:	FECHA DE NACIMIENTO (MM/DD/AA):	SEXO : F() M()	
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO(Favor no poner apartado postal):		CONDADO :	
CIUDAD:	ESTADO: GEORGIA	CÓDIGO POSTAL :	TELÉFONO DE CASA :

Si el estudiante viene de otro programa de Pre-K, por favor indique lo siguiente:
 El Nombre de la Escuela anterior: _____ El último día de Asistencia: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE O DE LA MADRE/ o GUARDIÁN		
APELLIDO DE LA MADRE:	NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
DIRECCIÓN DEL DOMICILIO (SI ES DIFERENTE AL DEL NIÑO):		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO DE LA CASA:	TELÉFONO DURANTE EL DIA:	EMAIL :
LUGAR DE EMPLEO :	DIRECCION DEL DOMICILIO :	
CIUDAD :	ESTADO :	CODIGO POSTAL :
APELLIDO DEL PADRE:	PRIMER NOMBRE:	INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE:
DIRECCIÓN DE DOMICILIO (SI ES DIFERENTE AL DEL NIÑO):		
CIUDAD:	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
TELÉFONO DE CASA:	TELÉFONO DE DÍA:	EMAIL :
LUGAR DE EMPLEO :	DIRECCION DEL DOMICILIO :	
CIUDAD :	ESTADO :	CODIGO POSTAL :

CONTACTO DE EMERGENCIA (Persona a contactar en caso de que no se pueda contactar a ningún padre/guardián)				
NOMBRE	RELACIÓN	TELÉFONO DE DIA	ALTERNATE TELEFONO	EMAIL
1.				
2.				

Verifico que esta información es correcta y entiendo que el presentar este formulario no me garantiza cupo para mi niño(a) en una clase de Pre-Kinder. Si mi hijo(a) enrola en el programa de Georgia Pre-K, yo estoy de acuerdo con que asista el número de días y horas requeridos por el Departamento de Aprendizaje Temprano de Georgia, tal como lo especifica el centro donde está enrolado(a) mi hijo(a). Entiendo que si no me rijo por estos requisitos de asistencia, mi niño(a) puede ser desenrolado del programa. Entiendo que no puedo registrar a mi niño(a) sin la documentación apropiada de su edad. Adjunto una copia de la documentación apropiada de la edad de mi niño(a) con este formulario de inscripción.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): _____ Fecha : _____

MANTENIMIENTO DEL NIÑO(A)

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO(A): ()AMBOS PADRES ()MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

GUARDIÁN LEGAL DEL NIÑO(A): ()AMBOS PADRES ()MADRE () PADRE () OTROS ARREGLOS

ADEMAS DE LOS FIRMANTES DE ESTE ACUERDO, LAS SIGUIENTES PERSONAS PUEDEN RECOGER A MI NIÑO(A) :

NOMBRE

DIRECCIÓN

RELACIÓN

NOMBRE DEL MÉDICO O DE LA CLÍNICA DEL NIÑO(A) (PROVEEDOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO(A)):

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN MÉDICA:

TELÉFONO: ()

MI NIÑO(A) TIENE LA(S) SIGUIENTE(S) NECESIDAD(ES) ESPECIAL(ES):

MI NIÑO PUEDE NECESITAR LO(S) SIGUIENTE(S) AJUSTES ESPECIALES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES EFECTIVAMENTE MIENTRAS ASISTE A ESTE CENTRO:

MI NIÑO(A) ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S) A LARGO PLAZO Y PARA USO CONTINUO Y/O TIENE LAS SIGUIENTE ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD:

Permiso General

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuida a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): _____

FECHA: _____

Autorización de Fotografía/Videograbación

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), _____, por medio de la fotografía y/o la videograbación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videograbacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videograbacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : _____

Firma (Padre/Guardián) : _____

Fecha : _____



Georgia's Pre-K Program 2020-2021 Roster Information Form

This form is to be completed after school starts, not at the time of registration. **Please clearly print** the name as it appears on the birth certificate. *(Por favor escriba el nombre como aparece en el certificado de nacimiento.)*

Legal Last Name <i>(Apellido)</i>		
Legal First Name <i>(Primer Nombre)</i>		
Legal Middle Name <i>(Segundo Nombre)</i>		Name Suffix <i>(Sufijo)</i> (Jr,II,III)
Child's Social Security #	DOB <i>(Fecha de Nacimiento)</i> (M/D/Y)	Gender <i>(Sexo)</i>
____ - ____ - ____	____ / ____ / ____	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Date enrolled in Pre-K (M/D/Y)		If different from birth certificate, name student is called
____ / ____ / ____		

1. Is your child's ethnicity **Hispanic/Latino/Spanish Origin**, regardless of race? *(¿Es Ud. Hispano/Latino o de Origen Hispano, sin importar la raza?)*

Yes *(Si)*
 No *(No)*
 Decline to Answer *(negarse a contestar)*

Please select **ONE OR MORE** of the following races regardless of how you answered question one. *(**TODOS** deben seleccionar **UNA O MAS** de las siguientes razas sin importar cómo haya contestado la primera pregunta.)*

2. Is your child:

a. **White** – A person having origins in any of the original peoples of Europe, the Middle East, or North Africa. *(Blanco – Una persona que tiene orígenes en los pueblos provenientes de Europa, el Medio Oriente, o Africa del Norte.)*

b. **Asian** – A person having origins in any of the original peoples of the Far East, Southeast Asia, or the Indian subcontinent including Cambodia, China, India, Japan, Korea, Malaysia, Pakistan, the Philippine Islands, Thailand, and Vietnam. *(Asiática – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Lejano Oriente, Suroeste de Asia, o el subcontinente Hindú incluyendo, a Cambodia, China, India, Japón, Corea, Malasia, Pakistán, Las Filipinas, Tailandia, y Vietnam.)*

c. **Native Hawaiian or Other Pacific Islander** – A person having origins in any of the original peoples of Hawaii, Guam, Samoa, or other Pacific Islands. *(Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de Hawaii, Guam, Samoa, u otra Isla del Pacífico.)*

d. **Black or African American** – A person having origins in any of the Black racial groups of Africa. *(Negro o Afro Americano – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes del Africa o en grupo racial Negro.)*

e. **American Indian or Alaskan Native** – A person having origins in any of the original peoples of North and South America including Central America, who maintains a tribal affiliation or community attachment. *(Indio Americano o Nativo de Alaska – Una persona con orígenes en los pueblos provenientes de América Del Norte y del Sur, incluyendo América Central, que mantiene una afiliación tribal o comunitaria.)*

f. **Decline to Answer** *(negarse a contestar)*

3. What is your child's primary language? *(¿Cuál es el idioma primario de su hijo(a)?)*

English *(Inglés)*
 A language other than English *(Un idioma diferente al Inglés)*

4. Was your child born as a: *(El parto en que Ud. tuvo a su hijo(a) fue de:)*

Single Birth (1) *(Un sólo niño)*
 Twin (2) *(De mellizos)*
 Triplet (3) *(De trillizos)*
 Quadruplet (4) *(De cuatrillizos)*
 Quintuplet (5) *(De quintuples)*

5. Does your child have an Individualized Education Plan (IEP)? *(¿Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizada (IEP?)*

Yes *(Si)* No *(No)*

6. Does your child receive any of the following services? *(¿Recibe su hijo(a) alguno de estos servicios?)*

Childcare and Parent Services (CAPS) *(child care subsidy program)*
 Food Stamps *(Cupones de Alimentos)*
 SSI
 Medicaid
 Temporary Assistance for Needy Families (TANF)

7. Will the Pre-K center be providing transportation for your child? *(¿Recibirá su hijo(a) transporte en el Centro donde va a asistir a Pre-K?)*

Yes *(Si)* No *(No)*

Parent/Guardian Signature

Date

Encuesta obligatoria en el idioma nativo

Estimado padre o tutor:

Para proporcionarle a su hijo la mejor educación posible, debemos determinar qué tan bien habla y entiende el inglés. Esta encuesta ayuda al personal de la escuela a determinar si su hijo puede ser un candidato para recibir apoyo adicional en inglés. La calificación final para el apoyo idiomático está basada en los resultados de una prueba en inglés.

Gracias.

Nombre del estudiante (información obligatoria):

Antecedentes idiomáticos (preguntas obligatorias):

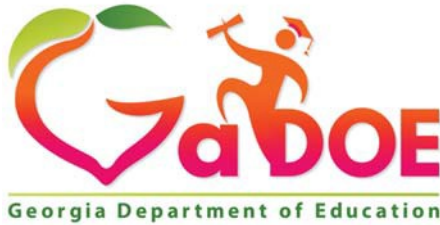
1. ¿Qué idioma su hijo entiende y habla mejor?
2. ¿Qué idioma su hijo habla con mayor frecuencia en el hogar?
3. ¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño?

Idioma para la comunicación con la escuela (pregunta recomendada):

4. ¿En qué idioma prefiere recibir toda la información escolar?

Firma del padre/tutor/otro

Fecha



Richard Woods, Georgia's School Superintendent
"Educating Georgia's Future"

Distrito Escolar: _____

Fecha: _____

Encuesta Ocupacional para Padres
Favor de completar este formulario para ayudarnos a determinar si su(s) hijo(s) califica(n) para recibir servicios suplementarios de parte del Programa de Título I, Parte C

Nombre del/los Estudiante(s)	Nombre de la Escuela	Grado
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

1. ¿Alguien en su casa se ha mudado para trabajar en otra ciudad, condado, o estado, en los últimos tres (3) años? Sí No
2. ¿Alguien en su casa trabaja, ha trabajado, o tiene la intención de trabajar en una de las siguientes actividades de forma permanente o temporaria, o ha hecho este tipo de trabajo en los últimos tres años? Sí No

Si la respuesta es "sí", marque todo trabajo que aplique:

- 1. Sembrando/cosechando vegetales (como tomates, calabazas, cebollas, etc.) o frutas (como uvas, fresas, arándanos, etc.)
- 2. Sembrando, cortando, procesando árboles, o juntando paja de pino (*pine straw*)
- 3. Procesando/empacando productos agrícolas
- 4. Trabajo en lechería o ganadería
- 5. Trabajo en empacadoras o procesadoras de carnes (como de res, pollo o mariscos)
- 6. Pesca o crianza de peces
- 7. Otra actividad. Por favor especifique en cuál: _____

Nombre de los padres o guardianes legales: _____

Dirección donde vive: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono: _____

¡Muchas Gracias!

Por favor regrese este formulario a la escuela

Please maintain original copy in your files.

MEP funded school/district: Please give this form to the migrant liaison or migrant contact for your school/district.

Non-MEP funded (consortium) school/districts: When at least one "yes" and one or more of the boxes from 1 to 7 is/are checked, districts should fax occupational surveys to the Regional Migrant Education Program Office serving your district. For additional questions regarding this form, please call the MEP office serving your district:

GaDOE Region 1 MEP, P.O. Box 780, 201 West Lee Street, Brooklet, GA 30415
Toll Free (800) 621-5217 Fax (912) 842-5440

GaDOE Region 2 MEP, 221 N. Robinson Street, Lenox, GA 31637
Toll Free (866) 505-3182 Fax (229) 546-3251

Regional Office use only:



Georgia's Pre-K Program 2020-2021 Student Social Security Number Information Form

Bright from the Start requests families provide Social Security Numbers for children attending Pre-K. Bright from the Start uses Social Security Numbers to insure accurate enrollment information, to help prevent fraudulent student attendance reporting, and to obtain a unique 10-digit identifier (GTID) for your child from the Georgia Department of Education. This GTID number will be associated with your child for the remainder of their schooling years instead of their Social Security Number. Social Security Numbers are not used by Bright from the Start for any other purpose. The Social Security Numbers are not shared with any other vendors or third parties and, for security reasons, they are encrypted in our database.

While a Social Security Number is not required to attend Georgia's Pre-K Program, it is beneficial to both you and your child to provide this information. If a Social Security Number is not given for a child, Bright from the Start requires that you specify a reason below to explain why the information is not being provided.

I, _____, as parent/legal guardian of _____,
am not able/willing at this time to provide Bright from the Start with a Social Security Number
because:

- I need help obtaining an SSN.
- I need help replacing a lost SSN.
- I am awaiting a replacement SSN and will provide it when it arrives.
- I forgot to bring the SSN and will provide within 30 days.
- I choose not to provide the SSN because _____

Parent/Guardian Signature

Date

Pre-K Programs: Please keep this form in student file in lieu of SS Card Copy.