



RICHLAND ONE

Office of School Readiness and Prekindergarten Programs

SCREENING PARENT PAPERWORK PACKET (SPANISH)

Documentos importantes de inscripción

- Certificado de nacimiento del niño (formulario largo)
 - Certificado de vacunación
 - Declaración de arrendamiento o hipoteca
 - Factura de servicios
- Comprobante de ingresos (recibo de pago o tarjeta de Medicaid)
- Documentación de Vivienda Compartida (Requerida solo si el nombre del padre / tutor no está en ambos documentos de Prueba de Residencia)

*All information is confidential and will remain in your child's permanent file.
The information is used to formulate a final point score for the decision-making process for
possible placement in the Richland One Prekindergarten Programs.*

Si o no

(Por favor escriba sus respuestas en el cuadros a continuación)

Información de la familia de prekindergarten

	¿Alguno de los padres ha sido encarcelado en el pasado o en el presente?
	¿Hay un adulto abusivo en la familia? (verbal o físico)
	¿Hay alcoholismo en la familia inmediata?
	¿Hay algún abuso de sustancias en la familia inmediata?
	¿Alguno de los padres tenía menos de 18 años al nacer el primer hijo?
	¿Alguno de los padres tiene menos de un diploma de escuela secundaria o GED?
	¿Alguno de los padres tiene una educación inferior al noveno grado?
Enumere aquí el primer idioma del niño _____	¿Es el inglés el primer idioma de su hijo? Si no es así, indique el primer idioma.
	¿Eres madre soltera?
	¿Ha habido un evento traumático en su familia? Ejemplo: muerte en la familia.
	¿Alguien en el hogar tiene alguna discapacidad física o mental?
	¿Tiene su hijo un IEP (Plan de educación individualizado)?
	¿Tu familia participó en algún programa de alfabetización familiar? Ejemplo: ThriveRichland, Programa de padres e hijos en el hogar (PCHP) o Padres como maestros (PAT) <i>Se requiere documentación del programa.</i>

Esta información es confidencial y permanecerá en el archivo permanente de su hijo.

La información se utiliza para formular una puntuación final para el proceso de toma de decisiones para posible colocación en los Programas de Prekindergarten de Richland One.



Nombre del estudiante de prekindergarten:

Escuela zonal

Información de hermanos

Sibling Name

Escuela que actualmente asiste

Nivel de grado

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

Comentarios / Notas



Formulario de permiso de fotografía

La Oficina de Preparación Escolar y Programas de Prekindergarten captura los momentos de aprendizaje que a menudo ocurren en las aulas, en el recreo, durante el almuerzo, en excursiones o en eventos especiales. Algunas de estas fotografías se utilizan para hacer libros de clase, para publicar en boletines escolares, para colgar en el pasillo o incluso para colocar carteles de eventos especiales del Distrito. Estas fotografías NO se entregarán a ningún periódico público, televisión ni a ninguna persona que publique públicamente estas fotografías sin su permiso individual primero. Indique en el formulario de permiso a continuación si autoriza o no a fotografiar a su hijo mientras está en acción en la escuela y / o en excursiones. Complete el formulario escribiendo el nombre de su hijo, imprimiendo su nombre y agregando su firma.

_____ **SÍ**, doy permiso para que la fotografía de mi hijo se tome en el campus y durante las excursiones, SOLO para uso escolar (para colgar en el pasillo y / o en el aula, para publicar en boletines escolares, anuario u otras piezas de comunicación como libros de clase o pantallas de tablón de anuncios.

El nombre del niño: _____
(POR FAVOR IMPRIMIR)

Nombre de los padres: _____
(POR FAVOR IMPRIMIR)

Firma de los padres: _____

_____ **NO**, doy permiso para que la fotografía de mi hijo se tome en el campus y durante las excursiones, SOLO para uso escolar (para colgar en el pasillo y / o en el aula, para publicar en boletines escolares, anuario u otras piezas de comunicación como libros de clase o pantallas de tablón de anuncios.

El nombre del niño: _____
(POR FAVOR IMPRIMIR)

Nombre de los padres: _____
(POR FAVOR IMPRIMIR)

Firma de los padres: _____

Gracias



The Office of School Readiness and Prekindergarten Programs
SC Child Development Education Project

Formulario de consentimiento del padre / tutor (SOLO CERDEP)
Formulario de consentimiento de transporte
(hacia y desde la escuela fuera de la zona)

CERDEP Consent

Verifico que la información que he proporcionado en este formulario de registro es verdadera y precisa. Por la presente, doy permiso para que esta información se distribuya al Programa de Educación para el Desarrollo y la Lectura Infantil Temprana (CERDEP) y otras agencias estatales, que incluyen, entre otros, el Comité de Supervisión de Educación (EOC) de Carolina del Sur.

Entiendo que completar este formulario no garantiza la colocación de mi hijo en un Programa de Educación y Desarrollo Infantil de Carolina del Sur. Si mi hijo es colocado en un CERDEP, acepto que él o ella asistirá a la clase durante 6.5 horas cada día, cinco días a la semana, durante el año escolar de 180 días. Entiendo que si mi hijo no cumple con este requisito de asistencia, podría ser eliminado del programa. Además, entiendo que no puedo registrar a mi hijo en el programa sin la documentación adecuada de su edad y elegibilidad y, por lo tanto, adjunto a este formulario de registro una copia de la documentación necesaria.

Si mi hijo no participa en el Programa, acepto que mi información de contacto se compartirá con la oficina de Primeros Pasos para la Preparación Escolar y que se me pueda contactar para obtener oportunidades para que mi hijo asista al Programa en un entorno escolar no público .

Entiendo esa información sobre mi hijo, _____, y sobre el

La escuela se utilizará en un proyecto integral de investigación y evaluación longitudinal de varios años para determinar la relación entre el alumno y los datos escolares y el éxito del alumno en la escuela. La evaluación puede incluir una evaluación individual del niño durante el prejardín de infantes de 4 años y el jardín de infantes de 5 años y otra información educativa básica no identificable. Todos los datos recopilados están sujetos a la disposición de la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA), así como a los estatutos y reglamentos de Carolina del Sur que protegen la privacidad individual y la confidencialidad. El análisis de los datos recopilados será realizado solo por personas aprobadas por la EOC. No se utilizarán nombres de estudiantes individuales.

Parent's Name (PRINT)

Date

Formulario de consentimiento de transporte (hacia y desde la escuela fuera de la zona)

Yo, _____, entiendo que seré responsable del transporte mi hijo, _____ hacia y desde la escuela si él / ella es ubicado en una escuela que no proporciona transporte en autobús desde la dirección de mi casa.

Mi hijo debe asistir a la escuela todos los días, ser puntual y permanecer en la escuela hasta el final del día escolar. Si la asistencia, la puntualidad o las salidas tempranas se vuelven excesivas, entiendo que se le puede pedir a mi hijo que abandone el programa de prekindergarten.

Nombre de los padres: _____
(POR FAVOR IMPRIMIR)

Firma de los padres: _____ Fecha: _____



Tratamiento, divulgación de información, formulario de consentimiento de reembolso de Medicaid

Propósito: Este es un formulario actualizado de Medicaid que solicita su consentimiento para compartir la información necesaria para verificar la elegibilidad de Medicaid y facturar el reembolso de Medicaid basado en la escuela con el Distrito Escolar Uno del Condado de Richland. Cuando el distrito verifica la elegibilidad de Medicaid o las facturas por servicios escolares basados en la elegibilidad de su hijo para beneficios públicos, NO afecta ni impacta el seguro de salud u otros servicios cubiertos por Medicaid que se proporcionan a su hijo o familia fuera de la escuela. Revise, firme y devuelva este formulario a su escuela zonal con su hijo dentro de los tres días posteriores a la recepción de este formulario.

El Distrito Escolar Uno del Condado de Richland y el Departamento de Educación de Carolina del Sur tienen mi permiso para proporcionar servicios relacionados con la salud a mi hijo y para divulgar e intercambiar información confidencial médica, psicológica y otra información personal identificable, según sea necesario, al Departamento de Salud y Humanos Servicios y cualquier compañía de seguros de terceros con respecto a los servicios relacionados con la salud prestados a mi hijo. Entiendo que el propósito de este consentimiento es facturar a Medicaid u otro seguro de salud por servicios bajo la Parte B de la Ley de Educación para Individuos con Discapacidades (IDEA).

Al firmar este formulario, doy al Distrito y al Departamento de Educación de Carolina del Sur mi permiso para facturar a Medicaid y a cualquier seguro de terceros y recibir el pago de Medicaid o cualquier asegurador externo por los servicios relacionados con la salud establecidos en el programa educativo individualizado de mi hijo (IEP), y para servicios de evaluación psicológica, servicios de enfermería y otros servicios de tratamiento relacionados con la salud facturables a Medicaid sin el requisito de un IEP. Entiendo que el Distrito y el Departamento de Educación de Carolina del Sur me han enviado una notificación por escrito consistente con la regulación IDEA en 34 CFR 300.154 (d) (2) (v) y 300.503 (c), antes de acceder a Medicaid o cualquier seguro de terceros. beneficios y antes de este consentimiento para la divulgación de información para facturar a Medicaid.

Además, entiendo que el Distrito y el Departamento de Educación de Carolina del Sur me enviarán una notificación anual por escrito de mis derechos antes de que Medicaid acceda a los beneficios de mi hijo para pagar los servicios conforme a IDEA y que este consentimiento para la divulgación de información para facturar a Medicaid es un consentimiento de tiempo y no se requiere anualmente a partir de entonces, independientemente de si hay un cambio en el tipo o la cantidad de servicios que se proporcionarán al niño o un cambio en el costo de los servicios que se cobrarán a Medicaid o un seguro de terceros.

Entiendo que el reembolso de Medicaid por los servicios relacionados con la salud proporcionados por el Distrito y el Departamento de Educación de Carolina del Sur no afectará ningún otro servicio de Medicaid para el que mi hijo sea elegible. Entiendo que mi hijo recibirá los servicios enumerados en el IEP, independientemente de si inscribo a mi hijo en beneficios públicos o privados o en programas de seguro. También entiendo que mi negativa a permitir el acceso al Departamento de Salud y Servicios Humanos o cualquier compañía de seguros de terceros no destaca al Distrito de su responsabilidad de garantizar que todos los servicios requeridos se brinden sin costo alguno para mí.

Entiendo que el consentimiento otorgado es voluntario de mi parte y puede ser revocado en cualquier momento. Si luego revoco el consentimiento, esa revocación no es retroactiva (es decir, no niega una acción que haya ocurrido después de que se dio el consentimiento y antes de que se revocara el consentimiento).

También entiendo que el Distrito y el Departamento de Educación de Carolina del Sur operarán bajo las pautas de la Parte B de IDEA y la Ley de Derechos Educativos y Privacidad de la Familia (FERPA) para garantizar la confidencialidad y el tratamiento y la provisión de servicios relacionados con la salud del niño.

El nombre del estudiante

Fecha de nacimiento del alumno

Medicaid #

Seguridad Social #

NOTA:

Si tiene una tarjeta de Medicaid, solo necesitará escribir "MEDICAID" en el cuadro while en la parte superior y completar los nombres de los niños (o personas de las que es financieramente responsable) y el número total de miembros del hogar en el cuadro en la parte inferior de la forma. Traiga una copia legible de su tarjeta de Medicaid a la evaluación.

Solicitud de elegibilidad para el programa de prejardin
DISTRITO ESCOLAR UNO DEL CONDADO DE RICHLAND
 Utilice TINTA. ESCRIBA EN LETRA DE IMPRENTA DE MANERA LEGIBLE.
 COMPLETE UNA SOLICITUD POR HOGAR Y ÚNICAMENTE PARA LOS NIÑOS DE PREJARDÍN

TODOS LOS INTEGRANTES DEL HOGAR – INGRESOS ANUALES

Especifique los ingresos brutos y cómo se reciben tomando este ejemplo como guía: Ej.: \$100/mensualmente \$100/dos veces por mes \$100/semana por medio \$100/semanalmente

NOMBRE / APELLIDO	Ganancias del trabajo sin deducciones	Bienestar, Manutención infantil, Alimentación, Pensiones, Jubilación, Seguro Social	Otros ingresos	Marque en caso de CUPÓN PARA ALIMENTOS O N.º DE AYUDA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF)	La solicitud debe ser firmada por un integrante adulto del Certificado (prometo) que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y que todos los ingresos fueron informados. Comprendo que la escuela obtendrá fondos federales en base a la información brindada. Comprendo que los directivos de la escuela pueden verificar la información. Comprendo que la información proporcionada en esta solicitud puede ser utilizada para verificar la elegibilidad de mi hogar para los beneficios del Programa Nacional de Almuerzos Escolares con agencias de Medicaid como parte de la participación del Estado en el Estudio de Verificación de Medicaid. Comprendo que si brindo información falsa intencionalmente, mis hijos pueden perder los beneficios de almuerzos y que puedo ser procesado. Comprendo que si brindo información falsa intencionalmente, mi(s) hijo(s) puede(n) perder los beneficios de almuerzos y que puedo ser procesado.
<i>(Ejemplo)</i> Juana Pérez	\$200/semanalmente	\$150/mensualmente			
Firma del integrante adulto del hogar					
Nombre en letra de imprenta					
Domicilio:					

	← ESCRIBA AQUÍ EL NÚMERO TOTAL DE INTEGRANTES DEL HOGAR				
No complete esta parte. Es únicamente para uso de la escuela. Conversión de ingresos anuales Semanalmente x 52, Cada 2 semanas X 26, Dos veces por mes X 24, Mensualmente X 12					

Directivo determinante _____ Fecha de entrada en vigencia: _____ Qualified _____ YES _____ NO