

PHLpreK

Año escolar 2019-2020 Solicitud para PHLpreK

Esta es una solicitud para PHLpreK, el programa de pre-jardín de infantes de la ciudad de Filadelfia para niños de 3 y 4 años. Al completar esta solicitud, usted manifiesta su voluntad de participar en el programa en un proveedor elegible y participante del programa de aprendizaje temprano. Para ver la lista de proveedores que participan de PHLpreK, visite www.phlprek.org o llame al 844-PHL-PREK.

PHLpreK es financiado por el Impuesto a las Bebidas de Filadelfia.

Acerca de la elegibilidad para PHLpreK

Los únicos requisitos de elegibilidad para la participación en PHLpreK durante el ciclo escolar 2019-2020 son:

- El 1º de septiembre de 2019, el niño debe tener 3 o 4 años de edad
- La familia debe vivir en Filadelfia

Los padres/tutores de los niños que asistan a PHLpreK deben avisarle al proveedor de PHLpreK dentro de los 15 días si la familia se muda fuera de Filadelfia. Si las familias se mudan fuera de Filadelfia, **ya no serán elegibles** para el programa PHLpreK.

La información recopilada con esta solicitud ayudará a que el equipo de PHLpreK conecte a las familias de PHLpreK con servicios, recursos y beneficios. La información recopilada en esta solicitud también será usada para conocer más sobre las familias que acceden a PHLpreK y para identificar recursos adicionales en la comunidad para familias con niños pequeños.

La información de identificación personal que se incluye en esta solicitud será confidencial y la información de contacto del niño/la familia solo será utilizada por el personal de PHLpreK para comunicarse con las familias sobre PHLpreK,

Preguntas de la solicitud

Información del niño/la familia

Nombre del niño/de la niña: _____

Apellido del niño/de la niña: _____

Número y calle del niño/de la niña: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento del niño/de la niña: Mes _____ / Día _____ / Año _____

Género del niño/de la niña (marque uno): Masculino Femenino Otro

Nombre del padre/tutor: _____

Apellido del padre/tutor: _____

Relación del padre/tutor con el niño/la niña: _____

Teléfono del padre/tutor: _____ Celular Casa Trabajo

Dirección de correo electrónico del padre/tutor:

No tengo dirección de correo electrónico

Códigos postales del lugar de trabajo o escuela del padre/tutor: _____

¿Actualmente el niño/la niña vive en un refugio, vivienda transitoria o vivienda compartida? (Marque uno) Sí No

Datos demográficos

Idioma principal en el hogar: _____

Idioma secundario en el hogar: _____

Raza del niño/de la niña (marque una):

- Nativo americano/Nativo de Alaska Asiático
 Negro/Afroamericano Multi-racial
 Nativo de Hawái/Isla del Pacífico Blanco/Caucásico
 Otra: _____

Grupo étnico del niño/de la niña (marque uno):

- Hispano/Latino No hispano/No latino

Cantidad de personas en el hogar (incluya a todas las personas que vivan en su domicilio que tengan relación con usted por sangre, matrimonio o adopción): _____

Ingresos anuales en la vivienda* _____

Prefiero no decirlo

**Los ingresos anuales en la vivienda no determinan la elegibilidad para el programa PHLpreK. Esta información es solo con motivos estadísticos.*

¿En qué tipo de industria trabaja principalmente el padre/la madre/el tutor? (marque una)

Educación Salud Gobierno federal, estatal o local

Servicios financieros Servicio de transporte Retirado

Otra: _____

¿Actualmente el niño/la niña recibe servicios de Intervención Temprana? (marque uno)

Sí No

¿El niño/la niña tiene IFSP o IEP vigente? (marque uno) Sí No

Información de servicio

Día de servicio: Medio día (5.5 horas)
días)

Año de servicio: Año escolar (180

(marque uno) Día completo (más de 5.5 horas)

(marque uno) Año completo (260 días)

***PHLpreK solo cubre 5.5 horas de tiempo de enseñanza.**

En caso de **día completo** o **año completo**, indique cuál es la fuente de financiamiento complementario para el tiempo que no se financia dentro de PHLpreK:

Subsidio de Child Care Works Paga privada Otra, especificar: _____

Información de preferencia de proveedor

¿Cuántas **horas por día** prefiere que su hijo asista al programa de enseñanza temprana? _____

Si quiere inscribir al niño/a la niña para más cantidad de horas de las que PHLpreK proporciona de manera gratuita, ¿**cuánto** estaría dispuesto a pagar para la atención (**por mes**)?

¿Quiere inscribir a un hermano o hermana de su hijo/hija en un programa para bebés/niños pequeños?

Sí No

¿Quiere inscribir a un hermano o hermana de su hijo/hija en un programa para niños en edad escolar?

Sí No

¿Cómo piensa trasladarse hasta el lugar del programa de aprendizaje temprano? (Marque todas las opciones que correspondan)

En mi auto o alguien que me lleve en auto

Autobús y/o tranvía

Línea Market Frankford/Línea Broad Street

Tren Regional

A pie

Otro, especifique:

¿Cuánto tiempo está dispuesto a viajar hasta el lugar del programa de aprendizaje temprano? (Marque uno)

1-15 minutos

16-30 minutos

31-45 minutos

Más de 45 minutos

Si la distancia/comodidad fuera un factor determinante para elegir esta ubicación, ¿qué factor sería más importante? (Marque una) Cerca de mi casa Cerca del trabajo/escuela

¿Cuáles diría que son sus **TRES PRINCIPALES** prioridades al elegir un programa de enseñanza temprana para su hijo/hija? (**Marque tres** de la siguiente lista)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Accesibilidad económica | <input type="checkbox"/> Preparación para la escuela/plan de estudios académico |
| <input type="checkbox"/> Entorno seguro | <input type="checkbox"/> Programa de comedor con escuela primaria |
| <input type="checkbox"/> Provisión de comidas | <input type="checkbox"/> Calificación clave de calidad STARS |
| <input type="checkbox"/> Espacio de juegos al aire libre | <input type="checkbox"/> Referencia personal/de boca en boca |
| <input type="checkbox"/> Oferta de atención a niños pequeños | <input type="checkbox"/> Tiene hermanos ya inscritos en el centro |
| <input type="checkbox"/> Otros servicios sociales | <input type="checkbox"/> Otro, describa: _____ |

¿Cómo se enteró acerca del programa PHLpreK? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Anuncio de SEPTA
- Líder en la comunidad
- Sitio web de PHLpreK
- Amigos/familiares (de boca en boca)
- Anuncio en el periódico
- Consultorio médico
- Correo de Child Care Works
- Distrito Escolar
- Redes sociales
- Noticias
- Anuncio en la radio
- Otra: _____

Declaración de elegibilidad

Yo, como proveedor de PHLpreK, declaro que este niño/esta niña es residente de Filadelfia, que el 1º de septiembre de 2019 tendrá 3 o 4 años (y no tendrá la edad para ingresar al jardín de infantes el 1º de septiembre de 2019) y que ha sido referido a ELRC para determinar la elegibilidad para otros servicios. Confirmando que toda la documentación de verificación (fecha de nacimiento y lugar de residencia) se conservan en un archivo en el lugar.

Nombre del personal

Título

Fecha

Al firmar este formulario, el padre/la madre/el tutor de los niños que asistan a PHLpreK aceptan que le avisarán al proveedor de PHLpreK dentro de los 15 días si la familia se muda fuera de Filadelfia.

Coloque **aquí su inicial** si usted, como padre/tutor de PHLpreK, acepta recibir mensajes de texto del equipo de PHLpreK: _____

Firmas del proveedor y del padre/tutor

FIRMA DEL PROVEEDOR

FECHA

FIRMA DEL PADRE/TUTOR

FECHA