

Ano Letivo 2022-2023

Inscrição PHLpreK

Esta é uma inscrição para o PHLpreK, o programa pré-escolar da Cidade da Filadélfia para crianças de 3 e 4 anos de idade. Ao preencher esta inscrição, você está se candidatando a participar do programa em um prestador autorizado e participante do programa de pré-escola. Para ver a lista de prestadores participantes do PHLpreK, acesse www.phlprek.org ou ligue para 844-PHL-PREK.

O PHLpreK é custeado pelo Imposto sobre Bebidas da Filadélfia.

Sobre a elegibilidade ao PHLpreK

As únicas exigências de elegibilidade para participação no PHLpreK durante o Ano Letivo 2022-2023 são:

- *A criança deve completar 3 ou 4 anos até 1º de setembro de 2022*
- *A família deve residir na Filadélfia*

As informações contidas nesta inscrição ajudarão a equipe do PHLpreK a se conectar com as famílias PHLpreK com relação a serviços, recursos e benefícios. As informações reunidas nesta inscrição também serão usadas para compreender melhor as famílias que estão acessando o PHLpreK e para identificar recursos adicionais necessários na comunidade para as famílias com crianças pequenas.

As informações de identificação pessoal incluídas nesta inscrição permanecerão confidenciais e as informações de contato da Criança/Família apenas serão usadas pela equipe do PHLpreK para falar com as famílias sobre o PHLpreK.

Perguntas da Inscrição

Informações da criança

Nome da criança: _____ Nome do meio da criança: _____

Sobrenome da criança: _____

Nome e número da rua da residência da criança: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

No momento, a criança está morando em um abrigo, realojamento rápido ou de transição ou moradia temporária na casa de outra pessoa? **(Marque um)** Sim Não

Data de nascimento da criança: Mês _____ / Dia _____ / Ano _____

Sexo da criança **(Marque um)**: Menino Menina Não-binário

Seu filho já recebeu serviços de cuidados infantis anteriormente? **(Marque um)** Sim Não

Seu filho está recebendo serviços de Intervenção precoce como, por exemplo, serviços de fonoaudiologia ou outros serviços? **(Marque um)** Sim Não

Seu filho possui um Plano de Atendimento Familiar Individualizado (IFSP) ou um Plano de Educação Individualizado(IEP)? **(Marque um)** Sim Não

A família participa de algum dos seguintes programas de assistência?

- Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF) Sim Não
- Programa Especial de Nutrição Suplementar para Mulheres, Bebês e Crianças (WIC) Sim Não
- Programa de Assistência Nutricional Suplementar (SNAP) Sim Não
- Renda de Segurança Suplementar (SSI) Sim Não

Indique se algum desses se aplica

- Acolhimento familiar Cuidados a parentes Pai/Mãe preso Refugiado

Informações da família

Primeiro Tutor

Nome do Pai/Responsável: _____

Sobrenome do Pai/Responsável: _____

Relação do Pai/Responsável com a criança: _____

Endereço do Pai/Responsável: _____

Número de telefone do Pai/Responsável: _____ Celular Residencial Comercial

Endereço de e-mail do Pai/Responsável: _____

Relação do Pai/Responsável com o Segundo Tutor: _____

Segundo Tutor

Nome do Pai/Responsável: _____

Sobrenome do Pai/Responsável: _____

Relação do Pai/Responsável com a criança: _____

Endereço do Pai/Responsável: _____

Número de telefone do Pai/Responsável: _____ Celular Residencial

Comercial Endereço de e-mail do Pai/Responsável: _____

Relação do Pai/Responsável com o Primeiro Tutor: _____

Termo de Compromisso de Tutela

O programa presumirá que não há restrição alguma em relação ao direito de um pai/responsável em ser mantido informado sobre o progresso escolar de seu aluno e participar de atividades escolares. Um pai/responsável não poderá participar da educação de seu filho apenas se um mandado judicial assinado (ex.: sentença de divórcio, mandado de custódia ou medida cautelar) especificamente restringir o acesso do pai/responsável ao aluno. Caso haja restrições, o pai/responsável com a custódia legal deve enviar uma cópia assinada do mandado judicial que descreve os direitos restringidos.

Existe um Termo de Compromisso de Tutela para esta criança sobre o qual precisamos ter conhecimento? (Marque um) Sim Não

Em caso afirmativo, forneça uma cópia do Termo de Compromisso de Tutela.

Com base no Termo de Compromisso de Tutela, especifique quem deve ser contatado nas seguintes situações:

- Matrícula e Dispensa: Primeiro Tutor Segundo Tutor Ambos os Tutores
- Frequência e Calendário do Programa: Primeiro Tutor Segundo Tutor Ambos os Tutores
- Programa de Ensino, Progresso da Criança, Registros da Criança:
 Primeiro Tutor Segundo Tutor Ambos os Tutores
- Atividades do Programa, Reuniões e Políticas: Primeiro Tutor Segundo Tutor Ambos os Tutores
- Contato em caso de Incidentes, Doença e Emergência*:
 Primeiro Tutor Segundo Tutor Ambos os Tutores

**O site solicitará que você preencha um formulário/documento de contato de emergência para reunir mais informações.*

Informações demográficas

Idioma doméstico primário (onde a criança mora): _____

Idioma doméstico secundário (onde a criança mora): _____

Se outros idiomas, além dos mencionados acima, forem falados na residência, indique-os aqui:

Raça da criança **(Selecione todas que se aplicam):**

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Indígena americana/Nativa do Alasca | <input type="radio"/> Asiática |
| <input type="radio"/> Negra/Afroamericana | <input type="radio"/> Multirracial |
| <input type="radio"/> Nativa do Havaí/Ilhas do Pacífico | <input type="radio"/> Branca/Caucasiana |
| <input type="radio"/> Outra: _____ | |

Etnia da criança (marque uma):

- Hispânica/Latina Não hispânica/Latina

Número de pessoas na residência onde a criança mora: _____
(Incluir todos morando na mesma residência)

**A renda doméstica anual não determina a elegibilidade para o programa PHLpreK. Esta informação serve apenas para fins estatísticos.*

Renda dos últimos 12 meses* Forneça a melhor estimativa do **VALOR TOTAL** da renda recebida em conjunto por todos os membros da residência onde a criança mora nos **ÚLTIMOS 12 MESES** (*valor total para os últimos 12 meses*).

O **VALOR TOTAL** da renda inclui ordenados, salário, pensão, pagamentos de auxílios públicos e/ou rendimento do trabalho por conta própria.

\$,00

VALOR TOTAL para os últimos 12 meses

Prefere não divulgar

Em qual setor o pai/responsável trabalha principalmente? **(Marque todos que se aplicam)**

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Educação | <input type="radio"/> Construção e Extração | <input type="radio"/> Manufatura |
| <input type="radio"/> Cuidados médicos | <input type="radio"/> Varejo e vendas | <input type="radio"/> Emprego na Produção |
| <input type="radio"/> Governo federal, estadual ou local | <input type="radio"/> Indústria alimentícia | <input type="radio"/> Emprego na Gestão |
| <input type="radio"/> Serviços comerciais e financeiros | <input type="radio"/> Jurídico | <input type="radio"/> Cuidador que permanece em casa |
| <input type="radio"/> Serviços de transporte | <input type="radio"/> Sem fins lucrativos | <input type="radio"/> Atualmente desempregado |
| <input type="radio"/> Aposentado | <input type="radio"/> Serviços sociais e comunitários | <input type="radio"/> Trabalho não remunerado |
| | <input type="radio"/> Limpeza e manutenção | <input type="radio"/> Outro: _____ |

Informações sobre o Serviço

O PHLpreK é composto por apenas 5,5 horas de instruções em 180 dias durante o ano letivo. Informações coletadas nesta seção serão usadas para identificar quais serviços adicionais as famílias no sistema PHLpreK podem precisar. Preencha todos os itens da seção.

Atendimento recebido: (Marque um) Meio período (5,5 horas) Período integral (mais de 5,5 horas)

Atendimento anual recebido: (Marque um) Ano letivo (180 dias) Ano integral (260 dias)

Se **período integral** ou **ano integral** forem selecionados acima, indique qual fonte de recursos suplementares é usada para cobrir o custo do tempo extra além daquele oferecido pelo PHLpreK:

- Subsídio para Trabalhos de Cuidados Infantis (CCW) Pagamento particular
- Outra, favor especificar: _____

Informações sobre as Preferências de Prestador

**As informações coletadas nesta seção serão usadas para identificar as prioridades das famílias no sistema PHLpreK e serão usadas para tomar decisões sobre a localização dos lugares do PHLpreK. Preencha todos os itens da seção.*

Quantas **horas por dia** você gostaria que seu filho frequentasse o PHLpreK? _____

Caso esteja tentando matricular seu filho além das 5,5 horas que o PHLpreK oferece gratuitamente, quanto você pretende gastar com os cuidados (**por mês**)? _____

Você está tentando matricular um irmão/irmã de seu filho em um programa para bebês/crianças pequenas?
 Sim Não

Você está tentando matricular um irmão/irmã de seu filho em um programa para idade escolar?
 Sim Não

Como você planeja levar seu filho para o programa de pré-escola? (**Marque todos que se aplicam**)

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> Dirigir ou pedir que alguém me leve | <input type="radio"/> Trem regional |
| <input type="radio"/> Ônibus e/ou bonde | <input type="radio"/> A pé |
| <input type="radio"/> Linha Market Frankford/Linha Broad Street | <input type="radio"/> Outra, favor descrever: _____ |

Quanto minutos você planeja gastar levando seu filho para o programa de pré-escola? (**Marque um**)

- 1-15 minutos 16-30 minutos 31-45 minutos Mais de 45 minutos

Se a distância/conveniência foi um fator ao escolher este local, qual fator foi mais importante?
(**Marque um**) Perto de casa Perto do trabalho/escola

Você diria que quais são suas **TRÊS PRINCIPAIS** prioridades ao escolher um programa de pré-escola pra seu filho?
(**Marque três** da lista abaixo)

- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> Preço | <input type="radio"/> Serviço de cuidados infantis fornecido |
| <input type="radio"/> Preparação da escola/programa de ensino acadêmico | <input type="radio"/> Irmãos já matriculados no centro |
| <input type="radio"/> Ambiente seguro | <input type="radio"/> Localização |
| <input type="radio"/> Programa de encaminhamento a uma escola elementar | <input type="radio"/> Horário de funcionamento |
| <input type="radio"/> Refeições fornecidas | <input type="radio"/> Disponibilidade/Sem lista de espera |
| <input type="radio"/> Classificação de qualidade Keystone STARS | <input type="radio"/> Bilinguismo |
| <input type="radio"/> Espaço para brincadeiras ao ar livre | <input type="radio"/> Cuidados especiais |
| <input type="radio"/> Referência pessoal/boca a boca | <input type="radio"/> Outros serviços sociais oferecidos |
| | <input type="radio"/> Outra, favor descrever: _____ |

Como você ficou sabendo do programa PHLpreK? (**Marque todas que se aplicam**)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="radio"/> Anúncio no SEPTA | <input type="radio"/> Mala direta sobre cuidados infantis | <input type="radio"/> Reportagem |
| <input type="radio"/> Líder comunitário | <input type="radio"/> Distrito escolar | <input type="radio"/> Provedor de cuidados infantis |
| <input type="radio"/> Site do PHLpreK | <input type="radio"/> Anúncio no rádio | <input type="radio"/> Outro: _____ |
| <input type="radio"/> Amigo/familiar | <input type="radio"/> Mídias sociais (<i>Facebook, Instagram, Twitter etc....</i>) | |
| <input type="radio"/> Anúncio no jornal | | |
| <input type="radio"/> Consultório médico | | |

Atestado de elegibilidade

Eu, como prestador do PHLpreK, atesto que esta criança reside na Filadélfia, terá 3 ou 4 anos de idade até o dia 1° de setembro de 2022 (e não terá idade para entrada no jardim de infância até 1° de setembro de 2022), e foi indicado para o ELRC para determinar a elegibilidade em outros serviços. Confirmando que toda a documentação de verificação (data de nascimento e residência) fica arquivada na localização.

Nome do funcionário (em letra de forma)	Cargo	Data
---	-------	------

Assinatura do funcionário	Nome do programa PHLpreK
---------------------------	--------------------------

Ao assinar este formulário, o pai/responsável das crianças do PHLpreK concorda em notificar seu provedor PHLpreK em até 15 dias caso a família se mude para algum local fora dos limites do município da Filadélfia.

Caso a família se mude da Filadélfia, ela **perde a elegibilidade** para o programa PHLpreK.

Favor **rubricar aqui** caso você, como pai/responsável PHLpreK, concorde em receber mensagens de texto da equipe PHLpreK: _____ Número do telefone onde você concorda em receber mensagens de texto: _____

ASSINATURA DO PAI/RESPONSÁVEL

DATA