

**Registración del Programa de Desarrollo del Niño-4K
De Carolina del Sur-Año Escolar 2017-2018**

ESCUELA		
Escuela:	Fecha de Hoy:	
Niño(a)		
Apellido:	Primer Nombre:	Segundo Nombre:
Marque si aplica a usted: <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr.		
Fecha de Nacimiento (mes/día/año): __/__/__ Número de Seguro Social (Se Prefiere, Pero es Opcional): _____-____-_____		
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F ¿Pesó su bebé menos de 5.5 libras al nacer? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Raza: <input type="checkbox"/> Moreno/ Afro-Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro_____		
Dirección:		
Ciudad:		
Condado:	Teléfono Residencial:	Carolina del Sur Código:
Dirección postal si es diferente a la residencial:		
Ciudad:	Condado:	Carolina del Sur Código:
PADRES/APODERADOS		
Apellido de la Madre:	Primer Nombre:	Inicial del Segundo Nombre:
<i>Si es diferente a la dirección del estudiante:</i>		
Dirección:		
Ciudad:	Condado:	Carolina del Sur Código:
Teléfono Residencial:		
Lugar de Empleo:	Teléfono Durante el Día:	
Educación de la Madre (Nivel más alto alcanzado) <input type="checkbox"/> Sin Diploma <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de Secundaria <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura/Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado		
<i>Si es diferente a la dirección del estudiante:</i>		
Dirección:		
Ciudad:	Condado:	Carolina del Sur Código:
Teléfono Residencial:		
Lugar de Empleo:	Teléfono Durante el Día:	
Educación del Padre (Nivel más alto alcanzado) <input type="checkbox"/> Sin Diploma <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de Secundaria <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura/Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado		
Información de Contacto de Emergencia		
Nombre del Primer Contacto:	Teléfono Durante el Día:	
Dirección donde podamos localizarlo durante el día:		
Ciudad:	Estado:	Carolina del Sur Código:
Nombre del Segundo Contacto:	Teléfono Durante el Día:	
Dirección donde podamos localizarlo durante el día:		
Ciudad:	Estado:	Carolina del Sur Código:

Cuido Básico del Niño/aCon quien vive él/ella: ambos padres madre padre otro _____Encargados Legales: Ambos Padres madre padre otro(especifique) _____ El año pasado mi hijo(a) atendió una guardería. (*Nombre del Centro:* _____) El año pasado mi hijo(a) atendió un Centro de Head Start. (*Nombre del Centro:* _____) El año pasado mi hijo(a) atendió una guardería privada. (*Nombre del Centro:* _____) El año pasado mi hijo(a) fue cuidado por un familiar. El año pasado mi hijo(a) fue cuidado por alguien que no era familia.**LUGAR DONDE RECIBE SERVICIOS MÉDICOS**Mi hijo(a) recibe servicios médicos de: **C**=Clínica de Servicios Gratis (Departamento de Salud.) **E**=Sala de Emergencia **F**=Médico de Familia **O**=Otro

Nombre: _____ Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR/FAMILIA

Ingreso total de Familia:

 \$0-\$10,000 \$10,001-\$20,000 \$20,001-\$30,000 \$30,001-\$40,000 \$40,001-\$50,000 \$50,001-\$60,000 \$60,000 y por encima**LENGUAJE**¿Cuánto Inglés entiende él/ella? Habla Inglés Habla Poco Inglés No habla Inglés

¿Cuál es el primer idioma de su hijo(a)? _____

¿Si no habla bien el inglés, que idioma aprendió a hablar primero? _____

¿Cuál es el idioma principal en el hogar? _____

SERVICIOS PARA LEER Y ESCRIBIR

¿Quién en su familia ha participado de un programa en el distrito sobre Literatura Para Familias o Educación Para Adultos? (GED, Diploma de Secundaria, ESL), Educación Para Padres, Desarrollo del Niño, o Programa Educativo de Lectura Para Padres y Niños?

 Ambos Padres Madre Padre Apoderados Nadie¿Alguna vez ha participado su hijo(a) en programas para Servicios de Leer y Escribir en el distrito? SI NoSi indicó SI, por cuánto tiempo? Menos de 1 año 1-2 años 2-3 años 3-4 años**NECESIDADES ESPECIALES DE ÉL/ELLA**

Escriba condiciones médicas, algo sobre la salud de él/ella que le preocupe, y/o alergias: _____

Escriba medicamentos que él/ella utiliza con frecuencia y que sean recetadas por un médico: _____

Escriba acomodos especiales que él/ella requiere para poder servirle de mejor manera en la escuela: _____

Estatus de Incapacidad del Estudiante: Ninguno Emocional Aprendizaje Problemas del Habla Físico Otro¿Tiene su hijo(a) un Plan Educativo Individualizado (PEI/IEP)? Sí No¿Cómo anticipa que su hijo(a) vaya y venga de la escuela? Daycare/Guardería Autobús Carro Caminando

**Aquí debajo es sólo para el uso del Distrito/Statu Use Olí
(Section Below is for District / State Use Only)**

ALL CHILDREN PARTICIPATING IN A CDEP CLASSROOM MUST BE CODED WITH A CDEP PROGRAM SERVICE CODE

Early Childhood Placement: 3 yr Class 4 yr Class 5 yr Class Multi-Age Classroom

Student Identification Number: _____

Program Entry Date: _____ Program Exit Date: _____ Reason for exit: _____

Income Verification Method (Medicaid, Free or Reduced Lunch, W2 forms, Pay Stubs, Other Income Verification Documented): _____

Meals: Free or Reduced Lunch Yes No N/A if District enrolled in Community Lunch Program

Classroom Type:

- DSF** District / School Based Full-Day
- DSH** District / School Based Half-Day
- HSF** Head Start Full-Day
- HSH** Head Start Half-Day
- OH** Other Half-Day

Was child served by Head Start any time from birth to age 4? Yes No

First Steps Funded 4K (CDEP in private child care center) : No Yes Info not available

DIAL 3 or 4: (Indicate which) ____ Screening Date: _____

Scores: Language: _____ Concepts: _____ Motor: _____ Self-Help: _____ Social: _____

Classroom Curriculum: High Scope Montessori Creative Curriculum Opening the World of Learning Other _____

Readiness Assessment: myIGDIs PALS- Pre-K Teaching Strategies GOLD Other

Medicaid: Yes No Medicaid number _____ Medicaid Active Yes No

* Copy of Medicaid Card attached

Migrant/Immigrant: Yes No Birth County: _____ State Id #: _____

ALL CHILDREN PARTICIPATING IN A CDEP CLASSROOM MUST BE CODED WITH A CDEP PROGRAM SERVICE CODE

**PROYECTO PILOTO EDUCATIVO SOBRE EL DESARROLLO DEL NIÑO EN SC
CONSENTIMIENTO Y VERIFICACIÓN PARA EL PADRE/APODERADO**

Verifico que la información que he proveído en éste formulario es cierto y está correcto. Doy permiso para que la información aquí provista sea distribuída al **Proyecto Educativo Sobre El Desarrollo Del Niño (CDEP)** y a otras agencias estatales, el cual incluyen, pero no está limitado al Comité Educativo de Carolina del Sur (EOC).

Entiendo que proveyendo todos los datos en este formulario no garantiza lugar en el programa para mi niño(a). Si mi niño(a) es admitido en el programa de CDEP, estaré de acuerdo con que él/ella atienda a la escuela 6.5 horas al día, por cinco días a la semana, y por el calendario escolar de 180 días al año. Entiendo además que el no cumplir con el requerimiento de asistencia, puede resultar en la suspensión permanentemente del programa. Entiendo también que no puedo registrar a mi hijo(a) en el programa sin los documentos apropiados y necesarios mostrando su edad y su elegibilidad. Se incluye por lo tanto con esta registración una copia de los documentos necesarios.

Entiendo que la información sobre mi hijo(a), _____, y sobre la escuela será usada en un estudio y un proyecto comprensivo, de muchos años para determinar la relación entre el estudiante, la escuela, y el éxito del estudiante en la escuela. La evaluación puede incluir asesoramientos individuales de los niños durante las edades de 4 y 5 años en Kindergarten, y puede incluir otros datos educativos.

Todos los datos tomados son sujetos a las provisiones del Acta de La Ley de los Derechos y Privacidad Educativas de la Familia (FERPA), como también las leyes y regulaciones de Carolina del Sur, protegiendo la privacidad y confidencialidad de las personas. El análisis de los datos tomados será llevado a cabo sólo por individuos aprobados por el EOC. Nombres individuales de niños no se usarán.

Firma del Padre/Apoderado

Fecha

PERMISO PARA GRABAR Y TOMAR FOTOS

El programa de CDEP ocasionalmente tomará fotos y hará grabaciones en video de los niños. Estas fotos o videos podrán aparecer en materiales impresos como folletos, videos de entrenamiento para maestros, y para el vínculo electrónico del Departamento de Educación de Carolina del Sur.

Por favor marque en los siguientes espacios:

- Autorizo la reproducción de fotos, videos, negativos, y/o copias de negativos de mi hijo(a) para el uso del programa de CDEP.
- No autorizo la reproducción de fotos, videos, negativos, y/o copias de negativos de mi hijo(a) para el uso del programa de CDEP.

Firma del Padre/Apoderado

Fecha