

Distrito Escolar de Filadelfia  
Oficina de Educación Temprana  
Calle Broad Norte # 440, Suite 271  
Filadelfia PA 19130-4015  
215-400-4270

*Imagine Greatness*

Distrito Escolar de Filadelfia  
Oficina de Educación Temprana

Solicitud para el año escolar  
2014-2015

Programa Preescolar  
Bright Futures



## INFORMACIÓN SOBRE BRIGHT FUTURES

- ♥ Es un programa preescolar gratuito, financiado por Pre-K Counts (El Pre-Kindergarten cuenta) de Pensilvania, para niños y familias que cumplen con los requisitos de elegibilidad de Bright Futures:
  - El niño debe haber cumplido al menos 3 años de edad a más tardar el 1ro de septiembre del 2014 y no tener edad elegible para empezar el kindergarten.
  - El niño y su familia deben vivir en Filadelfia, PA.
  - La familia debe cumplir con los actuales requisitos de ingreso de Pre-K Counts de Pensilvania.
  - La Oficina de Educación Temprana debe recibir toda *la Solicitud de Bright Futures* del niño.
- ♥ Días y horas de operación ~ Establecido por el Distrito Escolar de Filadelfia; las horas pueden variar según la ubicación:
  - Septiembre a junio ~ sigue el calendario de kindergarten, para proporcionar 180 días de instrucción
  - 8:30 AM – 3:15 PM, de lunes a jueves
  - 8:30 AM – 12:45 PM, viernes
- ♥ Los niños participan en un currículo bien planificado y de acuerdo con su desarrollo adecuado; además cumple con los Estándares Estatales de Pensilvania para pre-kindergarten. El Currículo Básico define las mejores prácticas de pedagogía, incluye los métodos y materiales que respetan las herencias culturales enriquecedoras y los diferentes estilos de aprendizaje de todos los niños, y abarca actividades que vinculan la escuela y el hogar.
- ♥ Un maestro certificado en Educación Temprana y un asistente del maestro altamente calificado, proporcionan un ambiente adecuado y seguro para el desarrollo de la primera infancia para un máximo de 20 niños por aula.
- ♥ Varias oportunidades para la participación de los padres.
- ♥ Sin costo alguno a las familias, se proporcionan desayuno, almuerzo y merienda a los niños inscritos.
- ♥ No se proporciona transporte en autobús de la escuela antes o después de la jornada escolar.
- ♥ La inscripción para Bright Futures no puede superar el cupo del programa.
- ♥ Los padres o encargados de los niños inscritos reciben un *Manual para Padres de Bright Futures*
  - Se puede revisar el *Manual para Padres de Bright Futures* a [www.philasd.org/earlychild](http://www.philasd.org/earlychild)
- ♥ Bright Futures y Head Start son 2 distintos programas preescolares ofrecidos en el Distrito Escolar de Filadelfia. Los programas de Bright Futures y Head Start tienen diferentes ubicaciones en las que ofrecen sus programas; además, tienen distintos requisitos de ingresos para elegibilidad, distintos procesos de solicitud y de aceptación. Si completa una *Solicitud de Bright Futures*, ésta permanecerá con el programa de *Bright Futures* y no será entregada al programa de Head Start ni a cualquier otro programa preescolar o pre-kindergarten. Para solicitar una solicitud de Head Start, llame a la Oficina de Educación Temprana al 215-400-4270; marque 1 para los programas de pre-kindergarten; luego, marque 2 para el programa de Head Start de pre-kindergarten.



**EL DISTRITO ESCOLAR DE FILADELFIA**  
OFICINA DE EDUCACIÓN TEMPRANA  
CENTRO EDUCATIVO  
CALLE BROAD NORTE #440, 2<sup>do</sup> PISO - PORTAL C  
FILADELFIA, PENNSILVANIA 19130-4015  
TELÉFONO 215-400-5757 FAX 215-400-4275

RENEE QUEEN JACKSON  
*Directora adjunta, Educación Temprana*

MICHELLE LINDER-COATES  
*Directora ejecutiva, Bright Futures*

Estimados padres y encargados:

Gracias por su interés en el programa preescolar Bright Futures del Distrito Escolar de Filadelfia. Esta *solicitud de Bright Futures contiene información sobre el programa*, los formularios de inscripción y una lista de los documentos necesarios.

Para solicitar a Bright Futures:

1. Llene los formularios de inscripción que se encuentran ajunto. El médico de su hijo debe completar el formulario de *Evaluación de Salud del Niño* y su dentista debe completar el formulario de *Examen Dental*.
2. Haga una copia de los siguientes cinco (5) documentos:
  - a. Verificación de la fecha de nacimiento de su hijo
  - b. Tarjeta de seguro médico de su hijo
  - c. Verificación de que la dirección a nombre del padre, madre o encargado corresponde a Filadelfia, PA
  - d. Identificación con foto del padre, madre o encargado
  - e. Verificación del ingreso bruto y beneficios actuales de su familia
3. Haga una copia de los siguientes documentos si aplican a su hijo:
  - a. Acuerdo de custodia
  - b. Documentación de custodia
  - c. Plan de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés), Informe de Evaluación (ER, por sus siglas en inglés), Plan Individualizado de Servicio Familiar (IFSP, por sus siglas en inglés)
4. Presente los formularios de inscripción y las copias de los documentos a la Oficina de Bright Futures del Distrito Escolar de Filadelfia, Calle Broad Norte 440, Suite 170, Filadelfia, PA, 19130, mediante el uso de uno de los métodos mencionados en la penúltima página de esta solicitud.

La Oficina de Educación Temprana selecciona por sorteo a los niños para ingresar al programa preescolar Bright Futures.

- ♥ El sorteo incluye los nombres de los niños cuya solicitud ha sido recibida en la oficina de Bright Futures en o antes del 31 de marzo del 2014 y cuyas familias cumplen con los requisitos de elegibilidad de Bright Futures.
- ♥ El sorteo no incluye los nombres de los niños cuya solicitud ha sido recibida en la oficina de Bright Futures después del 31 de marzo del 2014. Después de que el sorteo haya terminado, los espacios que todavía están disponibles, serán ofrecidos a los niños elegibles.

Por favor, vea la siguiente página para obtener más información sobre Bright Futures. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda:

- ♥ Comuníquese con Sue Maraschiello en el Oficina de Bright Futures, por teléfono al 215-400-5757 o por correo electrónico a [BrightFutures@philasd.org](mailto:BrightFutures@philasd.org)
- ♥ Visítenos en el sitio web a [www.philasd.org/earlychild](http://www.philasd.org/earlychild)

Muchas gracias.

## INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE BRIGHT FUTURES

1. Llenar y presentar una *Solicitud de Bright Futures* no garantiza que su hijo sea aprobado para ingresar al programa preescolar Bright Futures.
2. El programa preescolar Bright Futures, financiado por *Pre-K Counts* de Pensilvania, depende de la aprobación de la asignación de subvenciones para *Pre-K Counts* de Pensilvania en el presupuesto anual del Gobernador. Si es necesario que la Oficina de Educación Temprana haga cambios en el programa Bright Futures, los solicitantes serán notificados por escrito.
3. La Oficina de Educación Temprana selecciona por sorteo a los niños que ingresan al programa preescolar Bright Futures. El sorteo incluye los nombres de todos los niños elegibles cuya solicitud ha sido recibida en la oficina de Bright Futures hasta el 31 de marzo del 2014.
  - a. Los niños son seleccionados al azar y asignados a un Número de Selección.
  - b. El Número de Selección de un niño decide el orden en que se le ofrece una asignación en el programa.
  - c. Los locales y orden de preferencia indicados en el formulario *Local de Bright Futures* del niño decide qué local será elegido para un niño aceptado.
  - d. Si los locales preferidos están llenos a capacidad cuando se llega al Número de Selección de un niño, el nombre del niño es colocado en la lista de espera en orden de Número de Selección para ese local.
  - e. Se enviará por correo postal una notificación del estado de aceptación o lista de espera, dentro de seis (6) semanas después de la selección final del sorteo.
4. Los niños elegibles cuya solicitud ha sido recibida en la oficina de *Bright Futures* después del 31 de marzo del 2014, no serán incluidos en el sorteo.
  - a. Se les asignará un Número de Selección y la solicitud será procesada de acuerdo a la fecha de recibo. Estas últimas solicitudes se usarán para llenar los espacios que queden tras la finalización del proceso del sorteo.
  - b. El Número de Selección de un niño decide el orden en que se le ofrece una colocación en el programa.
  - c. Los locales y orden de preferencia indicados en el *formulario de Local de Bright Futures* del niño decide cual local será elegido para un niño aceptado.
  - d. Si los locales preferidos están llenos a capacidad cuando se llega al Número de Selección de un niño, el nombre del niño es colocado en la lista de espera en orden de Número de Selección para ese local.
  - e. Si los locales preferidos están llenos a capacidad cuando se llega al Número de Selección de un niño, el nombre del niño es colocado en la lista de espera en orden de Número de Selección para ese local.
  - f. Se enviará por correo postal una notificación del estado de aceptación o lista de espera, dentro de ocho (8) semanas desde la fecha en que la solicitud fue procesada.
5. No se ofrecerá a un niño cuya *solicitud* esté incompleta la oportunidad de ser colocado en el programa o tener su nombre incluido en la lista de espera. Para asegurarse que *la solicitud* de su hijo está completa, refiérase a la *Lista de Verificación de la Solicitud*.
6. Antes que su hijo pueda empezar el programa de Bright Futures:
  - a. La oficina de Bright Futures debe tener en archivo, y se los proporcionará a usted, los siguientes formularios para ser completados:
    - i. Un *Formulario de Evaluación Médica del Niño* actual y un *Formulario de Examen Dental* actual o algunos formularios similares que contengan la misma información, completado por un consultorio médico apropiado. El *Formulario de Evaluación Médica del Niño* debe incluir el expediente de vacunaciones actual del niño. Las fechas del examen físico y dental deben ser dentro de los doce (12) meses anteriores al primer día que su hijo está en el programa.
    - ii. Si se vence el formulario de *Evaluación Médica del Niño y/o Examen Dental* que usted está presentando con esta solicitud antes del primer día en que su hijo asista a la escuela, una *Evaluación Médica del Niño y/o Examen Dental* actualizados deben ser presentados antes de que su hijo pueda asistir a la escuela.
    - iii. *Los formularios para el almuerzo o comidas del Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP, por sus siglas en ingles).*
    - iv. Si se necesitan algunos formularios adicionales, usted será notificado.
  - b. Usted y su hijo asistirán a una reunión de orientación y una conferencia individual con el maestro de su hijo. Información acerca del uniforme para los estudiantes de Bright Futures será discutido en este momento.
7. El Distrito Escolar de Filadelfia reserva el derecho a solicitar documentación adicional si es necesario.
8. La solicitud de ingreso a *Bright Futures*, el proceso de selección y locales, y los criterios de elegibilidad y pueden estar sujetos a cambios.

Página 1

**SOLICITUD DE INGRESO AL BRIGHT FUTURES PRE-K COUNTS**



Los padres o encargados deben llenar todas las secciones – **POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE.**

**SECCIÓN 1: EL NIÑO**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  M  F

**SECCIÓN 2: EL ADULTO PRINCIPAL**

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  M  F

Dirección \_\_\_\_\_ # Apto./unidad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

No. de teléfono de contacto \_\_\_\_\_ Idioma principal \_\_\_\_\_

Su parentesco al niño mencionado arriba:

Madre (biológica/adoptiva/madrastra)  Padre (biológico/adoptivo/padrastro)  Tutor

¿Tiene usted ingreso (empleo, autoempleo, manutención de menores, SSI, TANF, desempleo, etc.)?  No  Sí

Si respondió sí, ¿cuán a menudo recibe pago?  Cada semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes

¿Recibe usted beneficios del Departamento de Bienestar Público (DPW)?  No  Sí

Si respondió sí, marque un ✓ junto a cada beneficio de DPW recibido:  (TANF) Asistencia en efectivo  (SNAP)

Cupones de Alimentos  Médico

Si respondió sí, No. del expediente o del caso: **51 /** \_\_\_\_\_

Su **CÓNYUGE/COMPAÑERO(A)/PAREJA** llena esta sección si vive con usted:

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  M  F

No. de teléfono de contacto \_\_\_\_\_ Idioma principal \_\_\_\_\_

Su parentesco al adulto mencionado arriba:  Esposo  Esposa  Compañero(a)  Pareja

Su parentesco al niño mencionado arriba:

Madre (biológica/adoptiva/madrastra)  Padre (biológico/adoptivo/padrastro)  Tutor  No relación

¿Tiene usted ingreso (empleo, autoempleo, manutención de menores, SSI, TANF, desempleo, etc.)?  No  Sí

Si respondió sí, ¿cuán a menudo recibe pago?  Cada semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Una vez al mes

CONTINÚE

**SECCIÓN 3: MIEMBROS DEL HOGAR**

En línea #1, escriba su nombre en letra de molde. En líneas #2 – #9, escriba, en letra de molde, los nombres de todos los otros adultos y niños que residen en el hogar con usted.– incluya el niño para el cual está solicitando ingreso. Indique la fecha de nacimiento de cada persona. Indique el parentesco de cada persona con usted (por ejemplo: cónyuge, pareja, novio, novia, compañero, hija, hijo, hermana, hermano, madre, padre, abuela, abuelo, etc.) Si es necesario, use papel adicional. **Por favor escriba claramente en letra de molde.**

NOMBRE y APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO MES/DÍA/AÑO	¿EL PARENTESCO CON USTED?
1. _____	_____	YO SOY EL PADRE/ENCARGADO
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____
7. _____	_____	_____
8. _____	_____	_____
9. _____	_____	_____

**SECCIÓN 4: INGRESO LABORAL Y NO LABORAL**

Coloque un ✓ junto a cada forma de ingresos laborales o no laborales que usted, su cónyuge/compañero(a)/pareja y todos los miembros familiares más próximos han recibido durante los dos (2) últimos meses:

**Laborales:**  Empleo  Autoempleo

**No laborales:**  Asistencia en efectivo (TANF)  Cupones de alimentos (SNAP)  Seguro Social

Crianza temporal  Crianza por un pariente  SSI

Desempleo  Manutención de menores  Pensión Alimenticia

Comisión  Pensión  Retiro

Compensación al trabajador  Renta de propiedades

Otro \_\_\_\_\_

Ninguno – Se requiere una declaración notariada – Refiérase a las instrucciones de la *Lista de Verificación de la Solicitud*.

Es posible que se le solicite volver a verificar el ingreso bruto de su familia antes del primer día de clases de su hijo en el programa preescolar *Bright Futures*.

**SECCIÓN 5: DECLARACIONES**

Coloque un ✓ junto a cada declaración que es verdad acerca del niño por el cual está solicitando ingreso y los miembros familiares más próximos de él:

- El ingreso familiar es o por debajo de 300% del Índice de Pobreza por el tamaño de mi familia.
- Estamos viviendo en un refugio o vivienda transicional.
- Estamos viviendo con parientes o amigos debido a un incendio, inundación u otra emergencia en mi casa.
- El niño es un hijo de crianza, un niño de cuidado familiar o recibe los servicios de una agencia para niños y jóvenes.
- La madre del niño era menor de 18 años cuando nació el niño.
- La madre o padre del niño no tienen un diploma de escuela secundaria o GED.     Madre     Padre
- El niño está cuidado por uno de los padres sin la ayuda física del otro padre/madre.
- Los padres del niño están divorciados.
- Un abuelo, tía, tío, u otro pariente cuida del niño.
- La madre o padre del niño está actualmente encarcelado     Madre     Padre
- El niño está actualmente matriculado en un programa de Intervención Temprana y tiene un Plan de Educación Individualizada vigente.
- El primer idioma del niño no es inglés.    Primer idioma: \_\_\_\_\_
- El niño ha sido referido a un programa preescolar o pre-kindergarten por un proveedor de salud médico o mental.
- El niño está recibiendo tratamiento de salud mental.
- El padre/madre/encargado del niño es un trabajador migratorio y ha trasladado de un distrito escolar a otro durante los últimos 3 años para buscar empleo en el procesamiento de carne o vegetales o trabajar en viveros.

**SECCIÓN 6: FIRMA**

Lea lo siguiente y firme donde se indica. **Se considerará una solicitud incompleta si faltan las firmas necesarias.**

Yo/Nosotros certifico/certificamos que la información en mi/nuestra solicitud para *Bright Futures Pre-K Counts* es correcta. Yo/Nosotros he/hemos anexado una copia de mi/nuestro ingreso bruto que ha sido recibido por mi/nosotros y todos los miembros familiares más próximos durante los últimos dos (2) meses. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que entrego/entregamos esta información para que mi/nuestra elegibilidad pueda ser determinada por el programa preescolar Bright Futures. Cuando mi/nuestro hijo sea aceptado al programa preescolar Bright Futures, mi/nuestra información será entrada en la base de datos de Pre-K Counts del Estado de Pensilvania. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que los funcionarios del Distrito Escolar de Filadelfia pueden verificar la información en mi/nuestra *Solicitud de Ingreso para Bright Futures Pre-K Counts*, y/o solicitar documentación adicional si es necesario. Falsificación deliberada de mi/nuestra información, puede exponerme/nos a enjuiciamiento bajo las leyes estatales aplicables. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que mi/nuestra *Solicitud de Ingreso a Bright Futures Pre-K Counts* y toda la documentación que verifica los ingresos es confidencial y permanecerá en los archivos del Distrito Escolar de Filadelfia, Oficina de Educación Temprana, Calle Broad Norte 440, Filadelfia, PA.

\_\_\_\_\_  
Firma del adulto principal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge/compañero(a)/pareja (si vive con usted)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## INFORMACIÓN SOBRE CÓMO SE DETERMINA EL TAMAÑO DE LA FAMILIA, CALCULAR EL INGRESO Y EL ÍNDICE DE POBREZA

No necesita devolver esta hoja con la solicitud de su hijo.

El Estado de Pennsylvania ofrece al Distrito Escolar de Filadelfia financiación de “Pre-K Counts” para su programa de preescolar *Bright Futures*. Las pautas de Pre-K Counts declara que para ser aceptado en el programa Bright Futures, un niño y su familia debe presentar una solicitud aprobada y que se les determina elegible. Para ser elegible:

- Un niño debe haber cumplido por lo menos 3 años de edad en o antes del 01 de septiembre del año de inscripción y no tener la edad elegible para kindergarten; y,
- Un niño y su familia debe residir en Filadelfia, PA; y,
- Los ingresos familiares brutos anuales no pueden exceder el actual índice de ingresos de Pre-K Counts de PA para una familia de ese tamaño. Actualmente el ingreso máximo es 300% del índice de pobreza.

**TAMAÑO FAMILIAR:** Contamos el niño por el cual se está solicitando ingreso al Bright Futures, y el número de miembros familiares más próximos de la siguiente lista de personas que viven juntos:

- Los padres del niño ~ el (los) adulto (s) que tiene (n) la responsabilidad legal del niño:
  - Madre biológica o adoptiva
  - Padre biológico o adoptivo
  - Madrastra
  - Padrastro
  - Encargado
  - Cónyuge de la madre biológica o adoptiva
  - Cónyuge del padre biológico o adoptivo
  - Cónyuge de la madrastra
  - Cónyuge del padrastro
  - Cónyuge del encargado
- Un niño biológico, adoptivo, de crianza o hijastro de un padre o madre cuya edad es menor de 18 años y que no se ha emancipado.
- Un niño que no tiene relación familiar, ni es hijo biológico, adoptivo o hijastro de un padre/madre que no es emancipado, y además, tiene la custodia legal – se requiere verificación de la custodia legal de este niño.
- Un niño biológico, adoptivo, que no tiene relación familiar, de crianza o hijastro del padre y/o madre cuyas edades son entre 18-22 años, están matriculados en una escuela secundaria, en un programa general de desarrollo educativo, o en un programa pos secundario que resulte en un título, diploma o certificado, y que parcial o completamente dependientes de los ingresos de los padres del niño – se requiere verificación de la matrícula actual o anticipada en un programa educativo de este individuo.

**CÁLCULO DE INGRESOS:** Para determinar los ingresos brutos anuales de una familia, el método de conversión apropiado se aplica a los documentos de ingreso presentados:

Frecuencia del ingreso	Método de conversión
Semanal	Multiplicar por 4.3; y luego multiplicar por 12
Cada 2 semanas	Dividir por 2; multiplicar por 4.3; y luego multiplicar por 12
Quincenal (dos veces al mes)	Multiplicar por 2; luego, multiplicar por 12
Mensual	Multiplicar por 12

La guía para los **ÍNDICES DE POBREZA** es publicada cada enero en el *Registro Federal* por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés), y está disponible en [www.hhs.gov](http://www.hhs.gov) o <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.shtml>  
 Abajo se presenta un ejemplo de la guía de los Índices de Pobreza del 2013. (**FUENTE:** *Registro Federal*, Vol. 78, No. 16, 24 de enero del 2013, pp. 5182-5183):

Tamaño de la familia	HHS Índice de pobreza para los 48 estados contiguos y DC	300% del índice de pobreza– Ingreso máximo actual para ser elegible para Bright Futures
1	\$11,490	\$34,470
2	\$15,510	\$46,530
3	\$19,530	\$58,590
4	\$23,550	\$70,650
5	\$27,570	\$82,710
6	\$31,590	\$94,770

Los padres o encargados deben completar TODAS LAS SECCIONES – POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE EN LETRA DE MOLDE.

**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL NIÑO**

Nombre \_\_\_\_\_  M  F  
Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Idioma principal \_\_\_\_\_  Diestro  Zurdo  
Dirección \_\_\_\_\_ # Apto./Unidad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Padecimientos médicos y/o alergias (Apunte todos) \_\_\_\_\_  
Medicamentos diarios (Apunte todos) \_\_\_\_\_  
Alergias alimenticias/restricciones (Apunte todos) \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LOS PADRES O ENCARGADOS**

**LA MADRE O ENCARGADA**

Nombre \_\_\_\_\_  Madre  Encargada  
Dirección (Si es diferente de la del niño) \_\_\_\_\_ # Apto./Unidad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Números telefónicos: De día \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ De casa \_\_\_\_\_  
Idioma principal \_\_\_\_\_ Otro(s) idioma(s) hablado(s): \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Si tiene empleo, ¿qué tipo de trabajo hace? \_\_\_\_\_  
Si está estudiando, ¿qué estudia? \_\_\_\_\_

**EL PADRE O ENCARGADO**

Nombre \_\_\_\_\_  Padre  Encargado  
Dirección (Si es diferente de la del niño) \_\_\_\_\_ # Apto./Unidad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Números telefónicos: De día \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ De casa \_\_\_\_\_  
Idioma principal \_\_\_\_\_ Otro(s) idioma(s) hablado(s): \_\_\_\_\_  
Correo electrónico \_\_\_\_\_  
Si tiene empleo, ¿qué tipo de trabajo hace? \_\_\_\_\_  
Si está estudiando, ¿qué estudia? \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 3: INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE EL NIÑO**

Accidentes o enfermedades graves (Apunte todos) \_\_\_\_\_

Cirugías recientes (Apunte todas) \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo un historial de convulsiones?  No  Sí

Si la respuesta es sí, Tipo: \_\_\_\_\_ Reacción: \_\_\_\_\_ Duración: \_\_\_\_\_

¿Ha asistido su hijo a un programa preescolar o guardería infantil?  No  Sí

Si la respuesta es sí, Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Por favor, comparta con nosotros cualquier inquietud educativa que tenga en cuanto a su hijo \_\_\_\_\_

¿Ha habido cambios importantes en la vida de su hijo en los últimos 6 meses?: \_\_\_\_\_

¿Tiene su hijo dificultad en expresar lo que quiere?  No  Sí

¿Tiene usted dificultad en entender el lenguaje de su hijo?  No  Sí Si la respuesta es sí, explique ¿cómo se comunica con su hijo? \_\_\_\_\_

¿Ha sido referido su hijo para una evaluación de desarrollo?  No  Sí

¿Ha sido evaluado su hijo para los servicios de Intervención Temprana?  No  Sí

¿Está recibiendo su hijo servicios de Intervención Temprana?  No  Sí  Todavía no, pero es elegible para servicios

Si la respuesta es sí o todavía no, coloque un ✓ junto a cada servicio que su hijo recibe/recibirá:

Terapia del habla  Instrucción especial  Terapia ocupacional  Terapia física

Otro (Apunte todo) \_\_\_\_\_

Por favor comparta con nosotros cualquier inquietud del desarrollo que tenga en cuanto a su hijo \_\_\_\_\_

¿Ya ha presentado usted o piensa presentar una solicitud de Head Start del Distrito Escolar?  No  Sí

**SECCIÓN 4: FIRMA**

Lea lo siguiente y firme donde se indica. **Se considerará una solicitud incompleta si faltan las firmas necesarias.**

La información que he(mos) proveído en ambas páginas de la Solicitud de esta hoja es correcta a mi/nuestro mejor saber y entender. Cuando mi/nuestro hijo sea aceptado al programa preescolar Bright Futures, yo/nosotros entiendo/entendemos que este formulario será entregado al maestro de mi/nuestro hijo.

\_\_\_\_\_  
Firma del adulto principal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del cónyuge/Compañero(a)/pareja (si vive con usted)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## INQUIETUDES MÉDICAS DEL NIÑO

④

Los padres o encargados deben completar esta hoja; se compartirá esta información con el personal de salud y pedagogía de su hijo.

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Cuando su hijo tiene una alergia o padecimiento médico, su médico le puede recetar alguna medicina. Si la medicina recetada debe ser administrada durante las horas de clases preescolares, la división de Servicios de Salud Preescolar, con el permiso escrito de usted, adiestrará al personal del salón de clase preescolar de su hijo para poder administrarle la medicina. Se concede el permiso escrito a través del formulario *MED-1: Request for Administration of Medication* (Pedido de Administración de Medicina) del Distrito Escolar de Filadelfia. Usted y el médico de su hijo deben completar un formulario *MED-1*, disponible de los Servicios de Salud Preescolar, para cada medicina que ser administrada durante las horas de clases. Es necesario tener un *MED-1* completo con el fin de mantener un abastecimiento de la medicina de su hijo en el centro preescolar para que el personal preescolar pueda administrar esta medicina a su hijo.

**Por favor cuéntenos de su hijo ~ marque una casilla y complete como sea necesario:**

- En este momento, mi hijo no tiene alergia o una condición médica que requiere medicamento.
- En este momento, mi hijo sí tiene alergia o una condición médica que requiere medicamento.  
*Un representante de Servicios de Salud Preescolar puede comunicarse con usted para obtener más información.*

1. Diagnóstico, alergia o tipo de condición médica: \_\_\_\_\_

- No requiere que la medicina sea administrada durante las horas de clases preescolares
- Requiere que la medicina sea administrada **DIARIAMENTE** durante las horas de clases preescolares.  
Nombre de la medicina, dosis y veces que se administra \_\_\_\_\_
- Requiere que la medicina sea administrada **CUANDO SE NECESITA** durante las horas de clases preescolares.  
Nombre de la medicina y dosis \_\_\_\_\_

2. Diagnóstico, alergia o tipo de condición médica: \_\_\_\_\_

- No requiere que la medicina sea administrada durante las horas de clases preescolares
- Requiere que la medicina sea administrada **DIARIAMENTE** durante las horas de clases preescolares.  
Nombre de la medicina, dosis y veces que se administra \_\_\_\_\_
- Requiere que la medicina sea administrada **CUANDO SE NECESITA** durante las horas de clases preescolares.  
Nombre de la medicina y dosis \_\_\_\_\_

La información en este formulario es cierta a mi mejor saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad de informar inmediatamente al maestro de mi hijo o a los Servicios de Salud Preescolar si hay algún cambio a la información indicada arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma del adulto principal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Devuelva esta hoja con la solicitud de su hijo.

⑤

## HISTORIAL MÉDICO DEL NIÑO

Los padres o encargados deben completar esta hoja; se compartirá esta información con el personal de salud y pedagogía de su hijo.

Marque **SÍ** o **NO** al lado de cada pregunta. En todas las respuestas **SÍ**, por favor explique en la columna de **COMENTARIOS**.

MI HIJO:	NO	SÍ	COMENTARIOS
Usa pañales			
Usa pañales calzón			
Usa lentes			
Tiene un ojo vago (ambliopía), mirada bizca (estrábica), ojos torcidos (tropía), otras condiciones de la vista			
Tiene tubos en los oídos, pérdida auditiva, usa audífonos, historia de infecciones u otras condiciones del oído			
Tiene resfríos, dolores de garganta, episodios de tos excesivos, o ronca mucho			
Tiene historia de asma o bronquitis			
Tiene un soplo cardíaco, soplo cardíaco resuelto, fiebre reumática u otras condiciones cardíacas			
Tiene historia de anemia, anemia falciforme, nivel elevado de plomo			
Tiene deficiencia de deshidrogenasa de glucosa-6-fosfato (G6PD), hemofilia, u otras condiciones relacionadas con la sangre			
Tiene o tuvo hernia umbilical o inguinal			
Tiene reflujo ácido, dolor de estómago, diarrea, estreñimiento			
Tiene una sonda gástrica			
Tiene dificultad al orinar, infección urinaria o enfermedad renal			
Tiene diabetes (Si es así, por favor, indique si es Tipo I o Tipo II)			
Tiene sarpullido, eczema, urticaria, furúnculos			
Tiene neuropatía, tics musculares, espina bífida, distrofia muscular, parálisis cerebral			
Lleva aparatos para las piernas			
Usa bastón, andador o silla de ruedas			
Tiene o tuvo polio, varicela, sarampión, paperas, escarlatina, tos ferina			
Se mareo en viajes de carro			

La información en este formulario es cierta a mi mejor saber y entender. Entiendo que es mi responsabilidad de informar inmediatamente al maestro de mi hijo o a los Servicios de Salud Preescolar si hay algún cambio a la información indicada arriba.

\_\_\_\_\_  
Firma del adulto principal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Devuelva esta hoja con la solicitud de su hijo.

## **POLÍTICA Y CONSENTIMIENTO para la ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

⑥

Los padres o encargados deben completar esta hoja; se compartirá esta información con el personal de nutrición, salud y pedagogía de su hijo. Si tiene alguna pregunta acerca de esta información, por favor hable con un representante de los Servicios de Salud de Educación Temprana.

**Se llevará esta hoja cuando su hijo necesite atención médica de emergencia.**

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

### **CUANDO SU HIJO ESTÁ ENFERMO O TIENE UNA LESIÓN MENOR**

Cuando su hijo está enfermo, necesita una vigilancia especial, o tiene una enfermedad contagiosa, él no puede asistir al preescolar. Usted es responsable de encontrar a alguna persona que lo cuide en esos momentos. Usted es responsable de recoger a su hijo antes de la hora de salida normal si él se siente enfermo, o sufre una lesión de poca importancia mientras se encuentra en el preescolar, la cual no es lo suficientemente grave como para justificar un transporte de emergencia médica. Se requerirá una nota del médico antes de que su hijo pueda regresar al preescolar, en alguno de los siguientes casos: una visita a la sala de emergencia, ciertos casos de enfermedad (contagiosa, grave, que requiere de una larga ausencia o cirugía, etc.) o ciertos casos de lesión (que necesitan cuidado médico, yeso o aparato ortopédico, limitación de actividades, etc.) Si tiene alguna duda, favor de obtener una nota del doctor cada vez que su hijo tenga una atención médica. Por favor, póngase en contacto con los Servicios de Salud de Educación Temprana si su hijo necesita seguro médico.

### **POLÍTICA para ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

En caso de que su niño se ponga gravemente enfermo o esté lesionado mientras está en la escuela preescolar y requiera atención médica inmediata, su hijo será acompañado por un miembro de personal del Distrito Escolar de Filadelfia a la sala de emergencia del hospital más cercano, en un vehículo de emergencia médica. Haremos lo posible para notificarle inmediatamente. Bajo la Ley de Servicios Médicos y Acta de Menores, el tratamiento inmediato de emergencia se iniciará en el hospital. Sin embargo, es esencial que tanto la Oficina de Educación Preescolar como el hospital puedan localizarlo lo antes posible para recibir su consentimiento, ya sea por escrito o verbalmente para poder proporcionar un tratamiento íntegro a su hijo. Por favor, asegúrese de mantener informado al maestro de Bright Futures de su hijo sobre cómo comunicarse con usted en todo momento. Usted es responsable para los gastos del tratamiento médico.

### **CONSENTIMIENTO para ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA**

Mi firma abajo indica que entiendo la información anterior y doy mi consentimiento para:

1. Que mi hijo reciba primeros auxilios por el personal del salón preescolar en casos de menor importancia.
2. Que mi hijo reciba una atención de emergencia médica y/o dental cuando sea necesaria para preservar su vida o para evitar el deterioro de su salud, cuando no haya tiempo para obtener mi consentimiento personal para el cuidado de tales. Entiendo que el personal se comunicará conmigo tan pronto como sea posible, y que asumiré la responsabilidad de dar permiso para una atención ininterrumpida.

\_\_\_\_\_  
Firma del adulto principal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Devuelva esta hoja con la solicitud de su hijo.

7

## RESTRICCIONES DIETÉTICAS DEL NIÑO

Los padres o encargados deben completar esta hoja; se compartirá esta información con el personal de nutrición, salud y pedagogía de su hijo.

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

El Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP) diariamente ofrece a su hijo un desayuno, almuerzo y merienda nutritivos mientras está inscrito en el preescolar. El menú mensual, que se encuentra publicado en cada local, indica los alimentos y bebidas que son ofrecidas a su hijo en cada comida. Usted puede solicitar que ciertas comidas, debido a razones religiosas o médicas, no sean ofrecidas a su hijo en el preescolar. Con el fin de asegurar que su hijo está recibiendo una dieta adecuada, sana y nutritiva de acuerdo a su edad, la solicitud de restricciones alimenticias que usted presente deberá ser verificada a través de una carta de su médico o líder religioso. Un representante de nutrición de Educación Temprana discutirá una sustitución permitida con usted. No se permite que los niños traigan alimentos y/o bebidas a la escuela salvo en casos de alergias alimenticias extremas. Por favor, sepa que nunca se ofrecerán a los niños comidas que contengan carne de cerdo o nueces.

Si su hijo sufre de alergias a los alimentos que requiere la administración de un **EPI-PEN, Benadryl u otro medicamento**, por favor avise inmediatamente a los Servicios de Salud de Educación Temprana para que podamos comenzar el proceso necesario y brindar capacitación al personal de preescolar.

**Por favor queremos conocer las necesidades de su hijo ~ marque una casilla y complete como sea necesario:**

En este momento, mi hijo no tiene alguna restricción alimenticia.

En este momento, mi hijo tiene una restricción alimenticia:

***Se requiere una carta del médico o líder religioso que verifique cada restricción alimenticia.***

1. Nombre del alimento restringido: \_\_\_\_\_

Motivo de la restricción:  Religioso  Médico

2. Nombre del alimento restringido: \_\_\_\_\_

Motivo de la restricción:  Religioso  Médico

La información en este formulario es cierta a mi mejor saber y entender. Yo informaré al maestro de mi hijo si parte de esta información cambia.

\_\_\_\_\_  
Firma del adulto principal

\_\_\_\_\_  
Fecha

Lea las siguientes declaraciones y firme donde se indica. **Se considerará una solicitud incompleta si faltan las firmas necesarias.**

Mi/Nuestra firma(s) abajo indica(n) que:

1. La información que yo/nosotros he/hemos proporcionado en todos los formularios de la *Solicitud de Bright Futures* de mi/nuestro hijo es precisa y completa. Yo/hemos he/hemos firmado todos los formularios de la solicitud en los lugares indicados y he/hemos incluido todos los documentos exigidos.
2. Durante el tiempo en que mi/nuestro hijo está matriculado en el programa preescolar Bright Futures:
  - a. Él asistirá a la escuela todos los días escolares si su salud le permite;
  - b. Yo/Nosotros cumpliré/cumpliremos con todas las políticas del programa tales como figuran en el *Manual para los Padres de Bright Futures* y me atenderé/nos atenderemos a los horarios de llegada y salida;
  - c. Yo/Nosotros mantendré/mantendremos actualizada la información de mi/nuestro hijo;
  - d. Yo/Nosotros siempre garantizaré/garantizaremos que el maestro de mi/nuestro hijo tenga mi/nuestro número de teléfono actual, dentro del área local de Filadelfia de llamadas, con el fin de poder contactarme/nos si será necesario;
  - e. Mi/Nuestro hijo podrá usar el baño con un mínimo de ayuda.
3. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que:
  - a. Llenando y presentando una *Solicitud de Bright Futures* no garantiza que mi/nuestro hijo sea aceptado al programa preescolar de Bright Futures.
  - b. El programa preescolar de Bright Futures, un programa gratuito para niños y familias elegibles y financiado por Pre-K Counts de Pensilvania, depende de la aprobación de la asignación de subvenciones para Pre-K Counts de Pensilvania en el presupuesto anual de Gobernador. Si es necesario que la Oficina de Educación Temprana haga cambios en el programa de Bright Futures, yo/nosotros seré/seremos notificados por escrito.
  - c. Mi/Nuestro hijo no será aceptado al programa ni tener su nombre colocado en la lista de espera si su *solicitud* no es completa.
  - d. Antes que mi/nuestro hijo pueda empezar al programa Bright Futures:
    - i. Yo/Nosotros entiendo/entendemos que la Oficina de Bright Futures debe tener en archivo, y que me/nos proporcionarán los siguientes formularios para mi/nuestro hijo:
      1. Un *Formulario de Evaluación Médica* y un *Formulario de Examen Dental* actual o algunos formularios similares que contengan la misma información, completado por un consultorio médico apropiado. El *Formulario de Evaluación Médica del Niño* debe incluir el expediente actual de vacunaciones de mi/nuestro hijo. Además, yo/nosotros entiendo/entendemos que las fechas del examen médico y dental de mi/nuestro hijo deben ser dentro de los doce (12) meses anteriores al primer día en que mi/nuestro hijo está en el programa.
      2. Si se vence el formulario de *Evaluación Médica del Niño* y/o *Examen Dental* que yo/nosotros está/estamos presentando con esta solicitud antes del primer día en que mi/nuestro hijo asista a la escuela, yo/nosotros entiendo/entendemos que una *Evaluación Médica del Niño* y/o *Examen Dental* actualizados deberán ser presentados antes de que mi/nuestro hijo pueda asistir a la escuela.
      3. Los formularios completados para el almuerzo o comidas del *Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos (CACFP)*.
    - ii. Yo/Nosotros seré/seremos notificados si es necesario presentar otros formularios adicionales.
    - iii. Yo/Nosotros y mi/nuestro hijo asistiremos una reunión de orientación con su maestro y recibiré/recibiremos un *Manual para los Padres de Bright Futures*.

- e. Los formularios y documentos presentados con la *Solicitud de Bright Futures* de mi/nuestro hijo permanecerán con el programa preescolar de Bright Futures y no serán entregados a ningún otro programa preescolar o pre-kindergarten.
- f. Las regulaciones de Bright Futures declaran que un niño y familia deben cumplir con los requisitos de elegibilidad de Bright Futures antes de ser aceptado al programa preescolar Bright Futures.
- g. La documentación de ingresos que he/hemos presentado es confidencial y permanecerá en los archivos del Distrito Escolar de Filadelfia, Oficina de Educación Temprana, Calle Broad Norte 440, Filadelfia, PA.
- h. El Distrito Escolar de Filadelfia no proporcionará a los estudiantes de Bright Futures transporte en autobús escolar antes o después de la escuela.
- i. Si fallo/fallamos a avisar a Sue Maraschiello de la Oficina de Bright Futures de un cambio de mi/nuestra dirección, correo(s) electrónico(s) y/o número(s) de teléfono, se afectará negativamente la aceptación y oportunidad de inscripción de mi/nuestro hijo.
- j. Si mi número de teléfono es fuera del área de llamadas de Filadelfia, es posible que el personal de Bright Futures no me pueda contactar.
- k. El Distrito Escolar de Filadelfia reserve el derecho a solicitar documentos adicionales si es necesario.
- l. Los formularios de la solicitud, el proceso de solicitar ingreso, los criterios de elegibilidad, el proceso de selección y los locales pueden ser sujetos a cambios.

---

Nombre del niño

---

Fecha de nacimiento

---

Firma del adulto principal

---

Fecha

---

Firma del cónyuge/compañero(a)/pareja (si vive con usted)

---

Fecha

**FORMULARIO DE PREFERENCIAS DE LOCALES DE BRIGHT FUTURES**



Por favor, en orden de preferencia, seleccione 1 o 2 locales de Bright Futures donde usted desea que su hijo asista. Si no selecciona ninguno de los locales, se asumirá que el único local que le interese será el que queda más cercano a su casa.

Usted debe poder transportar a su hijo a y del local que seleccionó, además de cumplir con los horarios de llegada y salida del local para los estudiantes de Bright Futures (Los horarios de llegada y salida pueden variar conforme al local).

**UBICACIONES DE BRIGHT FUTURES**

En orden de código postal

VECINDARIO DE FILADELFIA	CÓDIGO POSTAL	SECCIÓN de la CIUDAD	NOMBRE DEL LOCAL	DIRECCIÓN DEL LOCAL	PREFERENCIA 1 <sup>era</sup> , 2 <sup>da</sup>
Somerton	19116	Noreste	Loesche Elementary School	595 Tomlinson Rd.	
Olney	19120	Norte	Lowell Elementary School	450 W. Nedro Ave.	
Roxborough	19128	Noroeste	Shawmont Elementary School	535 Shawmont Ave.	
Fairmount	19130	Centro de la Ciudad	Bache-Martin Elementary School	2201 Brown St.	
Allegheny West	19132	Central-norte	Dr. Ethel Allen Promise Academy	3200 W. Lehigh Ave.	
Holmesburg	19136	Noreste	Lincoln High School	3201 Ryan Ave.	
Mayfair	19136	Norte	Forrest Elementary School	7300 Cottage St.	
Fairmount Park	19139	Osete	Haverford Center	4601 Haverford Ave.	
Tioga	19140	Central-norte	Cleveland Mastery Charter	3701 N. 19 <sup>th</sup> St.	
Hunting Park	19140	Central-este	McClure Elementary School	600 W. Hunting Park Ave.	
Feltonville	19140	Central-este	Edison High School	151 W. Luzerne St.	
Cobbs Creek	19143	Suroeste	Anderson Elementary School	1034 S. 60 <sup>th</sup> St.	
Germantown	19144	Noroeste	Wister Elementary School	67 E. Brighthurst St.	
Graduate Hospital	19146	Sur	E. M. Stanton Elementary School	1700 Christian St.	
Bella Vista	19147	Sur	Nebinger Elementary School	601 Carpenter St.	
Mt. Airy	19150	Noroeste	F. S. Edmonds Elementary School	8025 Thouron Ave.	
Rhawnhurst	19152	Noreste	Rhawnhurst Elementary School	7809 Castor Ave.	
Morrell Park	19154	Noreste	FitzPatrick Elementary School	4101 Chalfont Dr.	

La información sobre las ubicaciones fue actualizada a partir del primero de diciembre del 2013 y puede ser sujeto a cambios.

Solamente se ofrecerá a los niños cuyas solicitudes de *Bright Futures* son completas la oportunidad de ingresar al programa o figurar su nombre en la lista de espera. Para asegurarse de que la solicitud de su hijo sea completa, por favor lea estas dos páginas detenidamente con el fin de garantizar que haya incluido todo lo requerido. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al 215-400-5757.

### FORMULARIOS PARA PRESENTAR CON LA SOLICITUD DE SU HIJO

La persona apropiada debe llenar completamente y firmar donde se indica los siguientes once (11) formularios que están incluidos.

#### # DEL

#### FORMULARIO NOMBRE DEL FORMULARIO

- ① Solicitud para Bright Futures Pre-K Counts – completado por los padres o encargados
- ② Solicitud para Ingreso del Niño a la Escuela – completado por los padres o encargados
- ③ Información del Niño y los Padres– completado por los padres o encargados
- ④ Inquietudes Médicas del Niño– completado por los padres o encargados
- ⑤ Historial Médico del Niño – completado por los padres o encargados
- ⑥ Política y Consentimiento para Atención Médica de Emergencia– completado por los padres o encargados
- ⑦ Restricciones Dietéticas del Niño– completado por los padres o encargados
- ⑧ Evaluación de Salud del Niño – completado por el médico del niño – Se debe incluir un expediente actualizado de vacunaciones; la fecha del examen médico del niño debe ser dentro de los 12 meses anteriores de la fecha de presentación de la solicitud del niño.
- ⑨ Informe de Examen Dental Privado– completado por el dentista del niño– la fecha del examen dental del niño debe ser dentro de los 12 meses anteriores de la fecha de presentación de la solicitud del niño.
- ⑩ Certificación y Firma – completado por los padres o encargados
- Formulario de Preferencia de Local de Bright Futures– completado por los padres o encargados

### DOCUMENTOS PARA PRESENTAR CON LA SOLICITUD DE SU HIJO

Se debe presentar los siguientes cinco (5) documentos – sólo copias salvo donde se indique lo contrario:

1. **Verificación de la fecha de nacimiento de su hijo** ~ aceptaremos el acta oficial de nacimiento, de bautismo u otro certificado religioso, pasaporte o carta de colocación en crianza temporal.
2. **Tarjeta de seguro médico de su hijo.**
3. **Verificación válida y vigente de que la dirección a nombre de los padres o encargados corresponde a Filadelfia, PA.** ~ aceptaremos una factura actual de gas, luz o agua, copia de la escritura, hipoteca, contrato de alquiler o arrendamiento, tarjeta de inscripción de votante o factura de impuestos sobre propiedad.
4. **Identificación con foto de los padres o encargados** ~ aceptaremos una licencia de conductor válida, licencia del no-conductor, identificación del empleo, o pasaporte.
5. **Verificación del ingreso bruto y beneficios de su familia.** ~ aceptaremos documentos apropiados que corresponden a la fuente de ingresos laborales y no laborales que han sido recibidos en los últimos dos (2) meses por usted, su cónyuge, compañero o pareja y todos los miembros de su familia inmediata. Los documentos adecuados incluyen, pero no se limitan a: talones de pago; una impresión de computadora de ingresos brutos; la Declaración de Impuestos Federales más reciente y completa (se debe incluir su firma manuscrita y la fecha); carta de la otorgación de beneficios; una impresión de computadora completa del Departamento del Bienestar Público (DPW) en la cual aparece todos los miembros de su familia y todos los beneficios mensuales recibidos (Asistencia en Efectivo, Cupones de Alimentos, y/o Asistencia Médica); declaración jurada de un tribunal; contrato de alquiler o arrendamiento (Si usted es arrendador), etc.

Los ingresos de que se debe informar incluyen, pero no se limitan a, los ingresos brutos (el monto antes de restar los impuestos) de todas las fuentes de ingresos que aplican:

Empleo	Autoempleo	Desempleo	SSI
Incapacidad	Seguro Social	Compensación al trabajador	Retiro
Pensión	Comisión/Propinas	Crizana temporal o por pariente	Pensión Alimenticia
Manutención de menores	Renta (si es arrendador)	Asistencia en efectivo (TANF)	Cupones de alimentos (SNAP)

### **SE REQUIERE UNA DELCLARACIÓN NOTARIADA DE INGRESOS (ORIGINAL SOLAMENTE) CUANDO:**

- Usted y/o su cónyuge, compañero(a) o pareja no reciben su pago a través de un cheque imprimido por computadora en que aparece su nombre, nombre del empleador, ingreso bruto, impuestos pagados e ingreso neto. La declaración notariada, completada por su supervisor o el dueño de la empresa, debe incluir: la fecha, el nombre, dirección y teléfono de la empresa, el puesto que usted ocupa, el número de horas que trabaja cada semana o la programación de su horario por los últimos ocho (8) semanas, su ingreso bruto por cada período de pago, la firma, título y teléfono de contacto de la persona que preparó esta declaración.
- Usted, su cónyuge, compañero(a) o pareja no recibe(n) ningún ingreso laboral o no laboral, y su familia no recibe apoyo financiero de otra persona. La declaración notariada, completada por usted, debe incluir: la fecha, su(s) nombre(s), nombre(s) de su(s) hijo(s), fechas de nacimiento de su(s) hijo(s), su firma y una explicación de cómo y de qué forma usted, su cónyuge, compañero(a) y/o pareja mantienen a su familia. La declaración notariada debe ir acompañada de una verificación actual y completa de sus ingresos.
- Usted, su cónyuge, compañero(a) y/o pareja no recibe(n) ningún ingreso laboral y o no laboral y su familia recibe apoyo financiero de otra persona. La declaración notariada, completada por esta otra persona, debe incluir: la fecha, nombre(s) de la persona, su relación con usted, nombre(s) de usted y su(s) hijo(s), las fechas de nacimiento de su(s)hijo(s), y una explicación de cómo esta persona mantiene a usted y a su familia.
- Usted, su cónyuge, compañero(a) y/o pareja y miembros familiares inmediatos recibe(n) un laboral o no laboral y su familia también recibe el apoyo financiero de otra persona. La declaración notariada, completada por esta otra persona, debe incluir: la fecha, nombre(s) de la persona, su relación con usted, nombre(s) de usted y su(s) hijo(s), fechas de nacimiento de su(s)hijo(s), y una explicación de cómo esta persona mantiene a usted y a su familia.

### **DOCUMENTOS PARA PRESENTAR CON LA SOLICITUD DE SU HIJO, si se aplican**

Se debe presentar copias actuales de estos documentos si aplican a su hijo:

1. Acuerdo de custodia.
2. Documentación de custodia, si el niño no es su hijo biológico.
3. Plan de Educación Individualizada (IEP), Informe de Evaluación (ER), Plan Individualizado de Servicio Familiar (IFSP) si su hijo recibe actualmente los servicios de Intervención Temprana o ha sido evaluado para, pero todavía no está recibiendo los servicios de Intervención Temprana de Child Link, Elwyn, Elwyn SEEDS u otro proveedor de Intervención Temprana.

Muchas gracias por completar esta *solicitud para Bright Futures*. Por favor, recuerde que las solicitudes incompletas no serán procesadas para ingreso al programa preescolar Bright Futures. Revise la Lista de Verificación de Solicitud de *Bright Futures* para asegurarse de que tiene todos los formularios llenos y que está incluyendo todos los documentos que requiere para que la solicitud de su hijo esté completa. Antes de presentar la *Solicitud de Bright Futures* de su hijo, se recomienda que haga una copia completa de los formularios de solicitud para su referencia.

Presente la *Solicitud de Bright Futures* de su hijo a través de uno de los siguientes métodos:

**Por correo:**

School District of Philadelphia  
440 N. Broad Street ~ Suite 170  
Bright Futures ~ Sue Maraschiello  
Philadelphia, PA 19130-4015

**En persona:**

Distrito Escolar de Filadelfia  
Calle Broad Norte # 440 ~ Suite 170  
Filadelfia, PA 19130  
Entregue la solicitud de su hijo directamente a  
Sue Maraschiello, o colóquela en el buzón de *Bright Futures*  
(**Bright Futures Drop Box**) ubicado en el vestíbulo de  
entrada de la calle Broad.

**Facsímile:**

215-400-4275, Atención: Bright Futures

**Sin embargo, usted también debe enviar por correo o entregar en persona la *solicitud* original de su hijo a la dirección antes mencionada arriba. No se considerará completa una solicitud enviada por fax hasta que los formularios y copias de los documentos hayan sido recibidos en la oficina de Bright Futures**

Por favor, avise a la oficina de *Bright Futures* de cualquier cambio de teléfono, domicilio y/o dirección de correo electrónico que tenga. Sería muy desafortunado que su hijo perdiera la oportunidad de inscribirse debido a un número de teléfono fuera de servicio, una dirección de correo electrónico inactiva o si nuestro correo enviado a usted, nos está devuelto.

Muchas gracias. Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda, por favor comuníquese con Sue Maraschiello en la Oficina de Bright Futures:

Teléfono:	215-400-5757
Fax:	215-400-4275, Attention: Bright Futures
Correo electrónico:	BrightFutures@philasd.org



---

De acuerdo con las leyes de derechos civiles federales y estatales y los requisitos regulatorios que aplican, usted tiene derecho a solicitar a los servicios con el Distrito Escolar de Filadelfia y ser referido a los servicios en otros centros sin tener en cuenta su raza, color, origen nacional, género, orientación sexual, discapacidad, edad, religión, linaje, membresía en un sindicato o cualquier otra categoría protegida por la ley. Tiene derecho a presentar una denuncia de discriminación si usted cree que ha sido víctima de discriminación basada en su raza, color, origen nacional, género, orientación sexual, discapacidad, edad, religión, linaje, membresía en un sindicato o cualquier otra categoría protegida por la ley. Se puede presentar una denuncia de discriminación con cualquiera de lo siguiente:

Bureau of Equal Opportunity  
Southeast Regional Office  
801 Market St. ~ Suite 5034  
Philadelphia, PA 19107

Commonwealth of Pennsylvania  
Human Relations Commission  
110 N. 8<sup>th</sup> St.  
Philadelphia, PA 19107

Office of Civil Rights  
U. S. Department of Health and Human Services ~ Region III  
150 S. Independence Mall West  
Suite 436, Public Ledger Building  
Philadelphia, PA 19106