



DISTRITO ESCOLAR INDEPENDIENTE DE ALEDO  
**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE  
PREKINDERGARTEN**

NOMBRE DEL ESTUDIANTE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO DEL ESTUDIANTE: \_\_\_\_\_ MARQUE UNA: MASCULINO. FEMENINO

*\*PARA CALIFICAR, EL ESTUDIANTE DEBE TENER CUATRO AÑOS DE EDAD AL DÍA 1 DE SEPTIEMBRE O ANTES. SE REQUIERE DOCUMENTACIÓN.*

NOMBRE DEL PADRE/MADRE/TUTOR \_\_\_\_\_

TELÉFONO DE LA CASA \_\_\_\_\_ TELÉFONO CELULAR \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA (SI NO ES LA MISMA QUE LA DIRECCIÓN POSTAL) \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO \_\_\_\_\_

ETNIA: MARQUE UNA:  HISPANA  NATIVO AMERICANO  ASIÁTICO  ISLAS DEL PACÍFICO  AFROAMERICANO  CAUCÁSICO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR \_\_\_\_\_

FECHA DE SOLICITUD \_\_\_\_\_

**CONOCIMIENTO LIMITADO DEL INGLÉS**

*El estudiante no habla ni comprende el idioma inglés. .*

- Encuesta de idioma en el hogar completa.  
 Examen de dominio oral del idioma administrado.

Fecha \_\_\_\_\_ Por \_\_\_\_\_

Resultados \_\_\_\_\_

¿Elegible?  Sí  No ¿Documentación registrada?  Sí  No

**SIN HOGAR**

*El estudiante no tiene hogar según [42USC§11434(a)].*

- El estudiante carece de residencia regular, fija, y/o  
 El estudiante tiene una residencia primaria nocturna que es un refugio que provee alojamiento temporario, es una institución, o un lugar que no está designado o regularmente previsto como un alojamiento regular para personas.

¿Elegible?  Sí  No

Cuestionario de residencia del estudiante registrado?  Sí  No

**MIEMBRO DE LAS FUERZAS ARMADAS**

*Miembro activo, miembro activado, desaparecido o muerto en combate*

¿Elegible?  Sí  No ¿Documentación registrada?  Sí  No

**NIÑO EN CUIDADO TEMPORAL**

*El estudiante es un niño en cuidado temporal o alguna vez ha estado en cuidado temporal bajo la custodia de DFPS.*

¿Elegible?  Sí  No ¿Documentación registrada?  Sí  No

**ELEGIBLE PARA EL STAR OF TEXAS AWARD**

*Policía, bombero, o miembro de un equipo de respuesta médica rápida*

¿Elegible?  Sí  No ¿Documentación registrada?  Sí  No

**ECONÓMICAMENTE DESFAVORECIDO**

*El estudiante es elegible para participar en el Programa Nacional de almuerzo/desayuno escolar.*

- El estudiante es elegible para el Programa Nacional de almuerzo/desayuno escolar.

Tamaño total familiar: \_\_\_\_\_

Ingreso mensual total familiar \$ \_\_\_\_\_

Se deben incluir todos los ingresos familiares:

Ganancias brutas ([antes de las retenciones] sueldos, salarios, propinas, pensión por desempleo, ingresos por trabajo por cuenta propia, etc.)

Subsidios sociales, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, jubilación, seguro social

Cualquier otro ingreso (beneficios por discapacidad, intereses/dividendos, etc.)

**O**

- La familia recibe cupones de alimentos (que no sean Lone Star). Número \_\_\_\_\_

- La familia recibe TANF (ayuda temporaria para familias carenciadas, antes llamado

AFDC). Número \_\_\_\_\_

¿Elegible?  Sí  No ¿Documentación registrada?  Sí  No

ELEGIBILIDAD VERIFICADA POR:

Nombre del administrador del campus: \_\_\_\_\_ Firma del administrador del campus: \_\_\_\_\_

Fecha de verificación: \_\_\_\_\_ ¿Cómo fue notificado? \_\_\_\_\_

PADRE/TUTOR NOTIFICADO POR: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_