Formulario de inscripción a Pre-K Counts de PA 2026-27

(Esta información es confidencial para el programa Pre-K Counts de PA)

Fecha en que se completó el formulario:		/		/		**Últimos 5 dígitos del Número de Seguro Social del Niño (SSN)**		-				
	Mes		**Dia**		**Año**		**#**		**#**	**#**	**#**	**#**

Apellido legal (niño)	**Nombre legal (niño)**	**Inicial del segundo nombre**

Dirección	**Condado**	
Ciudad	**Estado** PA	**Código postal**
Distrito escolar		
Teléfono primario	**Teléfono del trabajo**	**Correo electrónico**

Fecha de nacimiento del niño	**Edad al inicio del programa** ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5	**Sexo** ☐ Masculino ☐ Femenino

Raza *(opcional)*

- ☐ Negro o Afroamericano
- ☐ Asiático
- ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
- ☐ Prefiero no responder
- ☐ Indígena norteamericano/nativo de Alaska
- ☐ Blanco
- ☐ Otra

Origen étnico *(opcional)*

- ☐ Hispano/Latino
- ☐ No Hispano/Latino
- ☐ Prefiero no responder

Idioma principal

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Otro _____ (por favor especifique)

Nombre del padre, la madre o guardián que completa esta solicitud	**Sexo** ☐ Niño ☐ Niña

Relación al niño

- ☐ Padre
- ☐ Madre
- ☐ Guardian
- ☐ Otra _____ (por favor especifique)

(Seleccione uno)

- ☐ Biológico
- ☐ De acogida
- ☐ Adoptivo
- ☐ Otra _____ (por favor especifique)

Función

- ☐ Tutor primario
- ☐ Tutor secundario
- ☐ Tutor legal
- ☐ Otra _____ (por favor especifique)

Indique a continuación los miembros del hogar para determinar el tamaño de la familia *(obligatorio):*

	Relación al niño	***Edad***
1	NIÑO QUE SE INSCRIBE	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Según el estatuto, las reglamentaciones y la guía de PKC, los siguientes miembros del hogar están incluidos en el tamaño de la familia:

- Padre del niño (madre o padre biológico o adoptivo, madrastra o padrastro, cuidador o pareja)
- Hijo biológico, adoptivo, no relacionado, de acogida o hijastro del padre, la madre o el cuidador menor de 18 años y no emancipado.
- Un niño mayor de 18 años, pero menor de 22 años que está inscrito en la escuela secundaria, un programa de desarrollo educativo general o un programa postsecundario que otorga un título, diploma o certificado y que depende totalmente o parcialmente de los ingresos del padre, la madre, el cuidador o la pareja del padre, la madre o el cuidador.
- Otras personas respaldadas por los ingresos de los padres o tutores del niño que se inscribe o participa en el programa. ***Si se cuentan para el tamaño de la familia, los ingreso aplicable de estas personas también deben contarse para fines de elegibilidad.***

Nota: Se ingresa un valor de tamaño familiar de uno (1) con un ingreso de $0 cuando un niño de acogida se inscribe en Pensilvania Pre-K Counts.

TAMAÑO DETERMINADO DE LA FAMILIA =

Situación laboral del padre/madre/guardián

- ☐ Empleado de tiempo completo
- ☐ Empleado a tiempo parcial
- ☐ Desempleado
- ☐ Otro _____

Situación laboral del 2.˚ padre/madre/guardián (si corresponde)

- ☐ Empleado de tiempo completo
- ☐ Empleado a tiempo parcial
- ☐ Desempleado
- ☐ Otro _____

Fuentes de ingresos familiares *(debe marcar todas las opciones que correspondan):*

☐ Empleo	☐ Empleo por cuenta propia	☐ Compensación de desempleo	☐ Compensación del trabajador (Worker's Comp)	☐ Pagos en efectivo de TANF
☐ Seguro Social	☐ SSI	☐ Manutención del menor	☐ Pensión alimenticia	☐ Otra

Criterios de Prioridad para la Inscripción (Debe marcar todos los que correspondan):
Estos indicadores nos ayudan a conocer mejor a su familia y entender qué apoyos pueden ser útiles. Sus respuestas también nos ayudan a determinar la prioridad de inscripción para poder atender primero a las familias con mayor necesidad. La situación de cada familia es única, y toda la información se mantiene confidencial.

	Factor de riesgo	**Definición**
☐	Programa de educación individualizada (Individualized Education Program, IEP) en edad preescolar	**Mi hijo recibe servicios de Intervención Temprana (EI)** (Ejemplo: tiene un IEP o recibe terapias como habla, ocupacional o física.)
☐	Estudiante migrante (no inmigrante) estacional	**Nuestra familia se mudó recientemente por trabajo agricultura o de pescar**
☐	Estudiante del idioma inglés	**En casa hablamos un idioma diferente al inglés o el primer idioma de mi niño no es ingles**
☐	Sin hogar	**Actualmente no tenemos una vivienda estable** (Por ejemplo: vivimos con otras personas, en un refugio, motel, automóvil o en una vivienda insegura.)
☐	Niño o parte de la familia en el sistema de bienestar infantil	**Mi hijo está en cuidado de otros o recibimos servicios de Children and Youth**
☐	Estructura familiar o de vida del niño	**Nuestra familia se define como un niño con un solo padre, de padres divorciados, o con familiares como guardianes**
☐	Niño que recibe apoyo conductual	**Un profesional de salud o salud mental refirió a mi hijo/a para recibir servicios de salud mental o mi hijo/a actualmente recibe estos servicios**
☐	Padre/madre adolescente	**Los padres del niño tenian menos de 18 años cuando nació**
☐	Padre/madre encarcelado	**Uno o ambos padres están actualmente encarcelados**
☐	Nivel de educación del tutor	**Uno o ambos padres no completaron la escuela secundaria**
☐	Recibe o es elegible para la siguiente asistencia pública: TANF, SSI, SNAP	**Nuestra familia recibe o califica para SNAP, TANF o SSI**
☐	Niño inscrito en el Programa de plazas contratadas para bebés y niños pequeños (CSP)	**Mi hijo participa en un programa de Contracted Slots y está listo para transicionar a Pre-K Counts**
☐	El niño vive en un área geográfica de extrema pobreza	**Vivimos en una comunidad con altos niveles de pobreza**

☐	Inquietudes sobre el desarrollo físico o la afección médica existente del niño (en la actualidad no recibe servicios de EI) Inquietudes sobre el desarrollo del habla o del lenguaje del niño (en la actualidad no recibe servicios de IE) Inquietudes sobre el desarrollo social, emocional o conductual del niño (en la actualidad no recibe servicios de IE)	**Tengo preocupaciones sobre el desarrollo de mi hijo.**

Garantías de la familia

Al firmar a continuación, reconozco y acepto lo siguiente:

☐ Comprendo que la elegibilidad de mi hijo para el programa Pre-K Counts de Pensilvania (PA PKC) está sujeta a un límite de participación de dos años. Mi hijo debe tener al menos tres años de edad antes de la fecha de corte para el kindergarten establecida por el distrito escolar donde vivimos para garantizar el cumplimiento con la recepción de solo dos años de la programación de PKC.

☐ Comprendo que, una vez que mi hijo alcance la edad requerida para inscribirse en el kindergarten en el distrito escolar público donde vivimos, ya no será elegible para el financiamiento de PA PKC.

☐ Comprendo que la inscripción de mi hijo depende del cumplimiento de los criterios de elegibilidad, incluida la verificación de ingresos y la prioridad en función de los factores de riesgo.

☐ Comprendo que el programa Pre-K Counts (PKC) de PA es un programa educativo con requisitos de asistencia. Acepto garantizar la asistencia regular de mi hijo y notificar al programa en caso de ausencias. El horario del programa Pre-K Counts de PA en cual me inscribo es el siguiente:

_____

☐ Comprendo que la parte del día correspondiente a PKC es laica (no religiosa) y no se incluirá instrucción religiosa durante ese período. El horario del programa Pre-K Counts de PA en cual me inscribo es el siguiente:

_____

☐ Entiendo que, una vez confirmada la fecha de inscripción del niño en PA Pre-K Counts puede ser compartido con otros programas financiados por OCDEL, como el ELRC o Intervención Temprana, para la coordinación de financiamiento y servicios.

Certificación del padre/madre/tutor

Según mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud y la documentación de ingresos asociada es precisa. Entiendo que se me puede pedir que verifique o presente pruebas de la información suministrada.

Certifico que toda la información proporcionada es precisa. Comprendo que la elegibilidad está sujeta a verificación y que proporcionar información falsa puede dar lugar a la descalificación.

_____ _____

Padre/madre/tutor legal (Firma) **Fecha**

_____

Nombre del padre/la madre/el tutor legal (en letra de imprenta)

La familia y el administrador del programa completarán esta parte juntos

Para las familias elegibles para Head Start (100 % del FPL o menos) ☐ **Marque si no corresponde**

Se me ha informado sobre la elegibilidad de mi familia para Head Start y se me ha entregado lo siguiente:

☐ Información de contacto para la siguiente ubicación de Head Start

_____

☐ Solicitud o asistencia para conectar con el programa

☐ Folleto o sitio web con información sobre Head Start

☐ Comprendo que mi firma a continuación indica que me han informado sobre mis opciones para Head Start y que puedo elegir inscribirme en el programa Pre-K Counts o Head Start, si soy elegible para ambos.

_____ _____

Padre/madre/tutor legal (Firma) Fecha

FOR OFFICE USE ONLY

Income Verification

2026 Federal Poverty Level Guidelines Based On Annual Income

Family Size	100% (Head Start Eligible)	300% (Pre-K Counts Eligible)
1	$15,960	$47,880
2	$21,640	$64,920
3	$27,320	$81,960
4	$33,000	$99,000
5	$38,680	$116,040
6	$44,360	$133,080
7	$50,040	$150,120
8	$55,720	$167,160
Each Additional	+$5,680 for each additional family member	+$17,040 for each additional family member

Pay Frequency Calculation Guide:

Weekly	Multiply gross weekly income by 52
Bi-Weekly	Multiply gross income by 26
Semi-Monthly	Multiply gross income by 24
Monthly	Multiply gross income by 12

INCOME CALCULATION GRID

Name	Income Source	Pay Frequency	Gross Amount	Annualized Amount
1.				
2.				
3.				
4.				
		Total Annual Income:		**$_____**

Actual Annual Verified Gross Household (Family) Income: $ _____

*Attach copies of documents used to verify income prior to enrollment

Family Size (per PKC guidelines): _____

☐ Family income is at or below 300% of federal poverty level relative to family size (required risk factor). Consider all sources of income. Must be verified prior to enrollment.

_____ _____

Staff Verifying Income and Risk Factors Signature **Date**

Dual Enrollment Verification (Complete once eligibility and enrollment is confirmed)

This section helps process the PA PKC Verification Form, which documents a child's enrollment in the PA PKC Program and is submitted to the ELRC. Additionally, it ensures families seeking wraparound services receive referrals to the local ELRC and accurate notification of the PKC enrollment start date.

Is this child currently receiving CCW subsidy (at any program)?	☐ Yes ☐ No
Is the family interested in receiving ELRC contact information to determine eligibility for CCW wrap around care (at any program)? Referral for ELRC #_____ Contact email or Phone number shared with family _____	☐ Yes ☐ No
Has the PA PKC program submitted a Verification Form to/communicated with the appropriate ELRC to confirm PKC enrollment with Child Care Works (CCW) and received confirmation back? **Use the PA PKC and CCW dual enrollment contacts list on the PKC portal for this information**	☐ Yes ☐ No

Enrollment Outcomes: This section documents outreach, communication, and waitlist activity related to a child's application.

☐ Child enrolled – Date: _____ ☐ Child placed on waitlist – Date: _____

☐ Family declined placement – Date: _____ ☐ Unable to contact family after documented attempts

Documented Family Communication

Date	Communication Method	Purpose of Contact	Staff Initials

	☐ Phone ☐ Text ☐ Email ☐ In Person ☐ Letter	☐ Application status ☐ Waitlist update ☐ Slot availability ☐ Other: _____	
	☐ Phone ☐ Text ☐ Email ☐ In Person ☐ Letter	☐ Application status ☐ Waitlist update ☐ Slot availability ☐ Other: _____	
	☐ Phone ☐ Text ☐ Email ☐ In Person ☐ Letter	☐ Application status ☐ Waitlist update ☐ Slot availability ☐ Other: _____	
	☐ Phone ☐ Text ☐ Email ☐ In Person ☐ Letter	☐ Application status ☐ Waitlist update ☐ Slot availability ☐ Other: _____	

☐ **Family was informed of waitlist status and next steps**

☐ **Family was informed they will be contacted when a slot becomes available**