



## Sumner County Schools PreKindergarten 2018-2019 Application Aplicación

Return applications (Devolver el aplicación) to Millersville Elementary, JW Wiseman Elementary, Vena Stuart Elementary, or Sumner County Board of Education

Please check the program for which you are applying: / Escoja el programa por el cual está aplicando:

**Gallatin**  
(Age 4 by 8/15/18)

**Millersville**  
(Age 4 by 8/15/18)

**Portland**  
(Age 4 by 8/15/18)

PreK (10 months a year, with no fee) /  
Pre-escolar (10 meses, gratis)

Applicant (Child) Last Name: / Apellido del Niño/a    Applicant (Child) First Name: / Nombre del Niño/a    Applicant (Child) Middle Name: / Segundo Nombre del Niño

Mailing Address / Domicilio:

City / Ciudad:

State / Estado & Zip Code / Código Postal:

Phone Contact #1: (Circle: Home, Cell, Work, or Message)  
Contacto telefónico #: ( Marque: casa, celular, trabajo o mensaje)

Email Address (Dirección de Correo Electrónico):

**Family Status:**

**Child Custody:**

La Familia consiste de uno o dos padres, o tutor.

Custodia del Niño/a

One Parent Household (1 padre)

Mother / Madre

Two Parent Household(2 padres)

Father / Padre

Guardian Household (Custodio)

Joint / Ambos

Foster Household (Adoptivo)

Other / Otro

Total household income/ Ingreso total del hogar

Annual, monthly, twice per month, every two weeks, weekly?  
/ annual, mensual, dos veces al mes, cada dos semana,  
semanalmente

**FAMILY INFORMATION / INFORMACION DE LA FAMILIA**

Adults in the Household: Please list only the adults in the household who meet the following guidelines: / Adultos en la casa. Solamente anote los que:  
Financially supports and are related by blood, marriage, adoption, or guardianship of the applicant.

Apoyen económicamente el niño que esta aplicando para este programa, y que tiene parentesco con el niño por sangre, casamiento o adopcion.

\*Race/Sex in no way affect enrollment or selection for program / \* Raza/Sexo no afectan la selección.

Please List Parent(s) / Guardian(s)Currently in Household / Favor de anotar los padres/tutores en casa.	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Relationship to Applicant Relación al Niño	In Household/ En la casa?	*Sex/ Sexo	*Race/Raza	Primary Lang/ Primer Idioma	Disabled? ¿Discapacitado?		Employed? ¿Trabaja?	
							Y	N	Y	N
							Y	N	Y	N
							Y	N	Y	N
							Y	N	Y	N
							Y	N	Y	N
Children in Household (Applicant First) / Niños en la casa (primero el solicitante)	Date of Birth Fecha de Nacimiento	Relationship to Applicant Relación al solicitante	In Household/ En la casa?	*Sex/ Sexo	*Race/Raza	Primary Lang/ Primer Idioma	Disabled? ¿Discapacitado?		Child on WIC? ¿Recibe WIC?	
							Y	N	Y	N
							Y	N	Y	N
							Y	N	Y	N
							Y	N	Y	N

If there are additional adults or children in household, please attach additional information. / Si hay mas adultos o niños en la casa favor de agregarlos.

Will your child need to ride a PreK bus between home and school? / ¿Necesitará su hijo montar un autobús PreK entre el hogar y la escuela?

Y N

**FAMILY SERVICES INFORMATION    INFORMACION SOBRE SERVICIOS PARA LA FAMILIA**

Are you enrolled in: Participa usted en estos programas:	School Escuela	Y    N	Families First: Familias Primero:	Y    N	
---	-------------------	--------	--------------------------------------	--------	--

Does the primary caregiver have a diagnosed disability? Y N If yes, please describe:  
El padre/tutor principal del niño tiene una discapacidad diagnosticada? S N Si tiene, descríballo por favor:

Primary caregivers of this child: If employed, where do you work? / Personas encargadas del cuidado de este niño, si trabajan, ¿dónde trabajan?

Is your family currently in need of emergency assistance or in a crisis situation? Y N If yes, please describe in detail below so we may help you.  
¿Está su familia actualmente en una situación de crisis, o necesita ayuda de emergencia? Favor de describir la situación para que podamos ayudarle.

**MEDICAL INFORMATION    INFORMACION MEDICA**

Does this child have a diagnosed disability? Y N Suspected Y N ¿Tiene su hijo/a una discapacidad diagnosticada? S N ¿Sospechada? S N	What type? & IEP/IFSP Date / ¿De qué tipo? & Fecha
---	--

Please list any other information you would like us to know as we consider your application / Favor de escribir cualquier otra información que quisiera compartir con nosotros mientras consideramos su aplicación:

**REQUIRED DOCUMENTS    DOCUMENTOS REQUERIDOS**

Applications are incomplete without documentation and will not be accepted. Please attach the following to your application:  
You can drop your application off at the school, at which time we can make copies of your documentation for you.

Sin documentación, su aplicación queda incompleta y no será aceptada. Favor de agregar lo siguiente para completar su aplicación. Revise bien que haya entregado todos los requisitos. Puede enviar esta aplicación por correo, o traerla a la escuela a la misma dirección, donde podemos hacer las copias de sus documentos y devolverle los originales..

- \_\_\_\_\_ Proof of Income for all adults listed on this application. Examples are check stubs; letters from government agencies such as the Social Security Administration, Department of Human Services, etc.; W-2s or Signed Income Tax Forms from 2017; a child support statement or court document; a signed letter from an employer; etc. (PLEASE NOTE: We must have your Gross Income, not Net Income. We can not accept statements from bank accounts.) Comprobante de INGRESOS de cada adulto anotado en esta aplicación. Ej. talon del cheque; cartas de agencias del gobierno como Seguro Social, Departamento de Servicios Humanos, etc.; los formularios firmados de los impuestos del 2017, o formulario W-2; un documento de la corte o del apoyo del niño, o una carta firmada de su jefe, etc. NOTA: Debe ser su sueldo total (Gross) antes de deducciones. No aceptamos estados bancarios.
- \_\_\_\_\_ A copy of the applicant's Immunization Record (Shot Record) Una copia del carnet de vacunas o inmunizaciones.
- \_\_\_\_\_ A copy of the applicant's Birth Certificate (either certified or hospital copy) Una copia certificada del Acta de Nacimiento o una copia del hospital.
- \_\_\_\_\_ Copy of IEP or IFSP, if your child has a disability or a copy of a referral letter, if you are being referred from a doctor or agency. Si su hijo tiene una discapacidad, necesitamos una copia de la carta de referencia de un doctor o agencia, o una copia de IEP o IFSP.
- \_\_\_\_\_ Families First Recipients: Provide a copy of your Award Letter or child care certificate. Si usted recibe dinero de Familias Primero, necesitamos una copia de la Carta de Aprobación o certificado de guardería.
- \_\_\_\_\_ Primary caregiver with diagnosed disability: Provide documentation from primary medical/ mental health provider or SSI documentaion.

I certify that the information given is true to the best of my knowledge. I further understand that falsification of information could result in the dismissal of my child from this program. I am attaching the required documents to this application. Certifico que la información dada es verdadera y justa. También comprendo que falsificación de información podría resultar en la despedida de mi hijo del programa. Adjunto encontrará los documentos requeridos.

Parent Signature: Firma de los Padres:		Date: Fecha:	
---	--	-----------------	--

**Parent:** Please tell us where you got your application. \_\_\_Padres, favor de decirnos dónde encontraron esta aplicación.

For more information or if you have questions, please call: (615) 451-5236 or email  
susan.breitling@sumnerschools.org  
This application may also be mailed to  
Susan Breitling, PreK Coordinator  
695 East Main Street, Gallatin, TN 37066

**School Staff: Please collect, date, and hold for Susan Breitling, PreK Coordinator.**

**Application Processed by: (Staff Name) \_\_\_\_\_ on (Date) \_\_\_\_\_ School Location: \_\_\_\_\_**