

# INSCRIPCIONES DE PRE-K DEL SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE APPLING

POR FAVOR, ENVÍE POR CORREO LA SOLICITUD COMPLETA CON LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS A LA DIRECCIÓN MENCIONADA A CONTINUACIÓN.

**APPLING COUNTY BOARD OF EDUCATION  
ATTENTION: PRE-K REGISTRATION  
249 BLACKSHEAR HWY  
BAXLEY, GA 31513  
(912) 367-8821**

**El 17 de abril de 2023, las solicitudes de Pre-K se publicarán en el sitio web de la Oficina de Educación del Condado de Appling en <http://appling.k12.ga.us/>. Las copias en papel también estarán disponibles fuera de la Oficina de Educación del Condado de Appling desde el 17 al 28 de abril (en días escolares) entre las horas de 7:30 AM y las 4:30 PM. Después del 28 de abril, las copias estarán disponibles en todas las oficinas escolares y fuera de la oficina de Pre-K en Auburn Street de 8:30 AM a 2:00 PM en los días de clases.**

**Las solicitudes de Pre-K para el Complejo de Primaria del Condado de Appling, la Escuela Primaria Altamaha o la Escuela Primaria del Cuarto Distrito se aceptarán para revisión por orden de llegada con la solicitud completa y los documentos requeridos. Recomendamos encarecidamente usar un sobre de 9 x 12 cuando envíe su solicitud de prekínder. Las solicitudes deben tener matasellos del día 17 de abril de 2023 o posterior. La fecha del matasellos en el sobre determinará el orden en que se procesarán las solicitudes. Las solicitudes incompletas y/o sin los documentos requeridos se pondrán en una lista de espera.**

Para el año escolar de 2023 – 2024, los niños deben tener 4 años en o antes del 1 de septiembre de 2023 para poder participar en el programa de Pre-K. Cuando se llenen los asientos para los sitios designados, las solicitudes se pondrán en una lista de espera hasta que haya más asientos disponibles. **Incluya su correo electrónico y número de teléfono en la solicitud donde se le pueda contactar.** El estado de su solicitud se confirmará por correo electrónico dentro de los catorce días después de que su solicitud sea recibida. Los padres/tutores deben de indicar la escuela de preferencia en la esquina superior derecha de la primera página de la solicitud de Pre-K. **Si desea transportar a su hijo a una escuela fuera de la zona escolar de su domicilio, complete el documento titulado " Formulario Para La Elección Anual De Transferencia Para Los Padres Del Sistema Educativo Del Condado De Appling" incluido en la documentación de solicitud de Pre-K.**

**Los padres/tutores deben enviar por correo copias de los documentos enumerados a continuación con la solicitud de Pre-K completada. Si los padres/tutores no tienen acceso a una fotocopidora, envíe por correo electrónico las imágenes o los archivos adjuntos del documento a [tori.white@appling.k12.ga.us](mailto:tori.white@appling.k12.ga.us).**

- 1. Acta de Nacimiento Certificada**
- 2. Tarjeta de Seguro Social**

**3. Comprobante de Domicilio** (Requerimos una copia de su **factura de agua, gas o electricidad**. Por favor asegúrese de que la factura esté a nombre de los padres/tutores del niño. Si no está en su nombre, adjuntado con la factura, requerimos una carta notariada de la persona que esta nombrado/a en la factura. Tendrán que afirmar que el padre/tutor y el niño viven en la dirección indicada en la factura.)

**SOLO, SI LE CORRESPONDE**

- 4. Copia de su tarjeta de Medicaid, Amerigroup, o Wellcare** (Esto **SOLO** es requerido si su hijo/a recibe una forma de Medicaid)

**Todos los niños ACEPTADOS en el Programa de Pre-K del Condado de Appling recibirán un CORREO ELECTRÓNICO de confirmación de inscripción antes del 10 de julio de 2023.**

Para más información, por favor de enviar un correo electrónico a Cheryl Barlow al [cheryl.barlow@appling.k12.ga.us](mailto:cheryl.barlow@appling.k12.ga.us).

\*\*\*DOCUMENTO REQUERIDO\*\*\*



OFFICE USE ONLY
Address School Zone:
ACEC AES FDES

OFFICE USE ONLY
Received:
Completed:

Parent's Zone of Preference:
Zona de preferencia de los Padres:
ACEC AES FDES

SISTEMA ESCOLAR DEL CONDADO DE APPLING
Solicitud para Pre kínder Aplicación #

Nombre Legal del niño/a Fecha de nacimiento

Nombre al cual el niño responde

Numero de seguro social Negar Sexo Raza

Dirección de hogar Numero de teléfono

Ciudad Código Postal

Dirección de correo

\*\*Dirección de correo electrónico

Todos los miembros del hogar:

Nombre Fecha de nacimiento Relación del niño/a Escuela que atiende
(Si aplica)

Información del programa:

¿Asiste o asistido su hijo/a una guardería o estudios preescolares?

Si No ¿Sí indica que si, en que programa?

Favor de marcar todos los servicios que la familia o su hijo/a recibe:

Medicaid TANF Comida del la escuela gratis o bajo precio Estampillas para comida Amerigroup/Wellcare

¿Cómo llegara su hijo(a) a la escuela y como se regresara de la escuela?

Por la mañana: Padres OR Bus # En la tarde: Padres OR Bus #

DOCUMENTS REQUIRED (Office Use Only) (Office Use Only)

Table with columns: Documentation, Date Received, Pending, Documentation, Date Received, Pending. Lists required forms like Registration Form, Immunization & EEDN, etc.



**\*\*\*DOCUMENTO REQUERIDO\*\*\***

MANTENIMIENTO DEL NIÑO(A)

ARREGLOS DE VIVIENDA DEL NIÑO(A): ( )AMBOS PADRES ( )MADRE ( ) PADRE ( ) OTROS ARREGLOS

GUARDIÁN LEGAL DEL NIÑO(A): ( )AMBOS PADRES ( )MADRE ( ) PADRE ( ) OTROS ARREGLOS

ADEMAS DE LOS FIRMANTES DE ESTE ACUERDO, LAS SIGUIENTES PERSONAS PUEDEN RECOGER A MI NIÑO(A) :

NOMBRE

DIRECCIÓN

RELACIÓN

NOMBRE DEL MÉDICO O DE LA CLÍNICA DEL NIÑO(A) (PROVEEDOR PRIMARIO DE SERVICIOS DE SALUD DEL NIÑO(A)):

FECHA DE LA ÚLTIMA REVISIÓN MÉDICA:

TELÉFONO: ( )

MI NIÑO(A) TIENE LA(S) SIGUIENTE(S) NECESIDAD(ES) ESPECIAL(ES):

MI NIÑO PUEDE NECESITAR LO(S) SIGUIENTE(S) AJUSTES ESPECIALES PARA SATISFACER SUS NECESIDADES EFECTIVAMENTE MIENTRAS ASISTE A ESTE CENTRO:

MI NIÑO(A) ESTÁ TOMANDO MEDICAMENTO(S) RECETADO(S) A LARGO PLAZO Y PARA USO CONTINUO Y/O TIENE LAS SIGUIENTE ALERGIAS, ENFERMEDADES, O PROBLEMAS DE SALUD:

Verifico que la antedicha información es correcta y cierta. Concedo por este medio el permiso para que la información proveída en esta forma de inscripción sea distribuída a los proveedores de Pre-K, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por los proveedores de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, a colegios/universidades.

FIRMA (PADRE/GUARDIÁN): \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

Autorización de Fotografía/Videograbación

Autorizo por este medio al proveedor de Pre-K especificado abajo, al Departamento de Cuidado y Aprendizaje Tempranos (DECAL), y a ciertas agencias o entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL, incluyendo pero no limitándose al Departamento de Educación del Estado de Georgia, y colegios/universidades, a grabar la participación de mi niño(a), \_\_\_\_\_, por medio de la fotografía y/o la videograbación, en relación a las actividades diarias de Pre-K, para propósitos de medios de comunicación, informes y para la determinación del progreso de mi niño(a) y del programa. Autorizo a DECAL y a sus contratistas para exhibir o distribuir tales fotografía(s) y/o videograbacione(s) en su totalidad o en parte, sin restricciones o limitaciones, para cualquier propósito educativo o promocional que DECAL juzgue apropiado. Tal fotografía(s) y/o videograbacion(es) pueden, por ejemplo, aparecer en los materiales impresos o visuales para el sitio web de DECAL. El suscrito, en conjunto y separadamente, absuelve, libera, y exonera al proveedor de Pre-K y a DECAL, y a otras entidades contratadas por el proveedor de Pre-K o DECAL de cualesquiera acciones, acuerdos, demandas, controversias, enjuiciamientos, responsabilidades y procesos, ya sea que se presentan en equidad o en derecho, con respecto a la participación y apariencia del susodicho niño(a). Esta autorización seguirá en efecto sobre todos los sucesores en interés y los representantes personales de los interesados, hasta donde la ley permita.

El Nombre/la Dirección del Proveedor de Pre-K : \_\_\_\_\_

Firma (Padre/Guardián) : \_\_\_\_\_

Fecha : \_\_\_\_\_



# Appling County Board of Education

Scarlett M. Copeland  
Superintendent  
Scarlett.Copeland@appling.k12.ga.us



249 Blackshear Highway  
Baxley, Georgia 31513  
Phone (912) 367-8600  
Fax (912) 367-1011

## PROGRAMA DEL PRE KINDER DEL CONDADO DE APPLING

### FORMULARIO DE RECONOCIMIENTO PARA LAS INMUNIZACIONES Y EVALUACIONES DE OJO, OIDO, DENTAL Y NUTRICION (EEDN)

En el comienzo de cada año escolar, el Programa del Pre Kínder del Condado de Appling es **requerido** que **cada** estudiante tenga su **Certificado de Inmunizaciones/Vacunas del DHR (Formulario 3231) y un Certificado de las Evaluaciones de Ojo, Oído, Dental, y Nutrición (Formulario 3300)** para su registro permanente. Esto asegura que todos los estudiantes de Pre Kínder no tengan limitaciones físicas que podrán limitar su éxito en la escuela. Si no se prestar la documentación para el registro permanente, su estudiante podrá ser removido del programa. **Usted podrá tener las inmunizaciones/vacunas y evaluaciones completadas por el pediatra de su hijo/a O por nuestro departamento de salud local. Las Inmunizaciones/Vacunas podrán ser administradas durante el verano, con que el Formulario 3231 este marcado como “completo para la escuela” y entregado durante las primeras semanas de la escuela.**

Si usted elige el Departamento de Salud del Condado de Appling para completar las evaluaciones de su hijo/a, el costo será \$7.50 por cada evaluación o \$25.00 por los cuatro, al menos que estén cubiertos por seguridad. **Por favor hagan una cita comenzando la próxima semana.** Si elige tener su pediatra completar los formularios, el costo será a la discreción de su doctor.

**Adicionalmente, por favor complete y firme el siguiente formulario.** Si tiene alguna pregunta acerca de esta información, por favor llame al 912-367-8821. Le agradecemos con avance su cooperación en este asunto.

#### Opción #1

\_\_\_\_\_ Elijo que el Departamento de Salud del Condado de Appling complete las inmunizaciones y las evaluaciones de detección de mi hijo, el costo será de \$7.50 por evaluación, \$25.00 por las cuatro evaluaciones, y los costos de vacunación pueden variar dependiendo del seguro. **Soy responsable de hacer las citas de mi hijo. El formulario 3231 y el formulario 3300 deberán completarse y entregarse en las primeras semanas de clases.**

#### Opción #2

\_\_\_\_\_ Elijo que la oficina del pediatra de mi hijo complete las inmunizaciones y las evaluaciones de EEDN de mi hijo. **Entiendo que el costo será a la discreción del doctor y soy responsable de hacer las citas de mi hijo. El formulario 3231 y el Formulario 3300 deberán completarse y entregarse en las primeras semanas de clases.**

Aplicación # \_\_\_\_\_

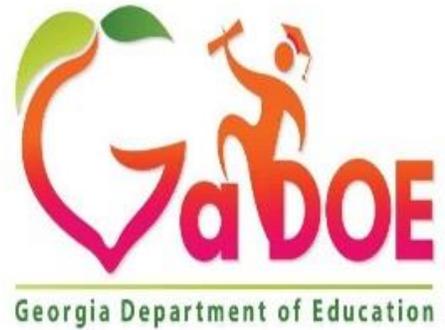
Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Georgia Department of Education

ESOL & Title III Unit

Encuesta obligatoria en el idioma nativo



Estimado padre o tutor:

Para proporcionarle a su hijo la mejor educación posible, debemos determinar qué tan bien habla y entiende el inglés. Esta encuesta ayuda al personal de la escuela a determinar si su hijo puede ser un candidato para recibir apoyo adicional en inglés. La calificación final para el apoyo idiomático está basada en los resultados de una prueba en inglés.

Gracias.

**Nombre del estudiante (información obligatoria):**

---

**Antecedentes idiomáticos (preguntas obligatorias):**

1. ¿Qué idioma su hijo entiende y habla mejor?

---

2. ¿Qué idioma su hijo habla con mayor frecuencia en el hogar?

---

3. ¿Qué idioma usan con mayor frecuencia los adultos del hogar cuando hablan con el niño?

---

**Idioma para la comunicación con la escuela:**

4. ¿En qué idioma prefiere recibir la información escolar?

---

---

**Firma del padre/tutor/otro**

---

**Fecha**

**Complete este formulario si desea que su hijo/a vaya a una escuela fuera de la zona escolar de su domicilio.**

# Appling County Board of Education

**Scarlett Miles Copeland**  
**Superintendent**  
Scarlett.copeland@appling.k12.ga.us



**249 Blackshear Highway**  
**Baxley, Georgia 31513**  
Phone (912) 367-8600  
Fax (912) 367-1011

## Formulario Para La Elección Anual De Transferencia Para Los Padres Del Sistema Educativo Del Condado De Appling

Bajo la Ley 2009, ley estatal (O.C.G.A. 20-2-2131), los padres de familia o tutores legales pueden pedir la transferencia de sus hijos a otra escuela pública en el mismo distrito escolar si es que tienen espacio disponible en los salones de clases. Si usted gustaría esta clase de transferencia de escuela por favor denos los siguientes datos:

Padre de Familia o Tutor Legal: Por favor rellene este formulario y la envía con la solicitud de su hijo/a junto con los documentos requeridos la dirección:

**Appling County Board of Education**  
**Attention: Pre-K Registration**  
**249 Blackshear Highway**  
**Baxley, GA 31513**

Si tiene alguna pregunta por favor de contactar a Cheryl Barlow a [chery.barlow@appling.k12.ga.us](mailto:chery.barlow@appling.k12.ga.us) o llame al 912-367-8821.

### **Información del estudiante:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Grado para este año escolar: Pre-K Año Escolar: 2023 – 2024

Nombre del Estudiante: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY): \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Nombre del padre o tutor con custodia que solicita la transferencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### **Solicitud de Los Padres Para La Declaración de Transferencia de La Escuela**

Yo, \_\_\_\_\_, gustaría la transferencia de mi hijo(a), \_\_\_\_\_ para que  
Nombre de Padre Nombre de Estudiante

se matricule en la escuela \_\_\_\_\_ . Si se aprueba, entiendo que transportación a y de la  
Escuela Preferida

escuela será mi responsabilidad y será por mi propio costo. Entiendo completamente que mi hijo solo puede recibir una transferencia permisiva a una selección de escuelas si hay espacio disponible en el momento en que esta solicitud es aprobado por el sistema escolar local.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre de Familia o Tutor Legal

\_\_\_\_\_  
Fecha



**Por favor de rellenar este formulario si su hijo/a no tiene número de seguro social.**



## Programa de Pre-K de Georgia Número de seguro social del estudiante Formulario de información

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

El Departamento de Cuidado y Aprendizaje Temprano de Georgia (DECAL) solicita a las familias que proporcionen números de Seguro Social para los niños que asisten a Pre-K. DECAL utiliza los números de seguro social para asegurarse que la información de inscripción sea precisa, para ayudar a prevenir informes fraudulentos de asistencia de los estudiantes y para obtener un identificador único de 10 dígitos (GTID) para su hijo del Departamento de Educación de Georgia. Este número GTID se asociará con su hijo durante el resto de sus años escolares en lugar de su número de seguro social. DECAL no utiliza los números de seguro social para ningún otro propósito. Los Números de Seguro Social no se comparten con ningún otro proveedor o tercero y, por razones de seguridad, están encriptados en nuestra base de datos.

Si bien no se requiere un número de seguro social para asistir al programa de Pre-K de Georgia, es beneficioso para usted y su hijo proporcionar esta información. Si no se proporciona un número de seguro social para un niño, DECAL requiere que especifique una razón a continuación para explicar por qué no se proporciona la información.

Yo, \_\_\_\_\_, como padre / tutor legal de \_\_\_\_\_,

No puedo / no estoy dispuesto en este momento a proporcionar a DECAL un Número de Seguro Social porque:

- Necesito ayuda para obtener un SSN.
- Necesito ayuda para reemplazar un SSN perdido.
- Estoy esperando un SSN de reemplazo y lo proporcionaré cuando llegue.
- Me olvidé de traer el SSN y lo proporcionaré dentro de los 30 días.
- Elijo no proporcionar el SSN porque \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre / Tutor

**Programas de Pre-K: Guarde este formulario en el archivo del estudiante en lugar de la copia de la tarjeta SS**

Georgia's Pre-K Program Operating Guidelines Appendix B – revised 6/2020