

**Formulario de Inscripción para Educación Preescolar en Carolina del Sur**  
Año escolar 2020-21

<b>Datos de la escuela y el distrito</b>			
Escuela:		Distrito escolar:	
<b>Datos del niño/a</b>			
Apellido:		Primer nombre:	Segundo nombre:
Marcar si corresponde		Generación: <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Jr. <input type="checkbox"/> Sr.	Sobrenombre:
Fecha de nacimiento (mm/dd/aa): __/__/__			
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Raza/Etnia federal: ¿El/La estudiante es hispano/a o latino/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cuál es su raza? Marcar las que correspondan.			
<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Amerindia o nativa de Alaska			
<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái u otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca			
Vive con: <input type="checkbox"/> madre y padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> abuelos <input type="checkbox"/> otros (especifique):			
Domicilio residencial:			
Ciudad:			
Condado:		South Carolina	Cód.Postal:
			Teléfono residencial:
Dirección postal (si es diferente al Domicilio residencial):			
Ciudad:		Condado:	South Carolina
			Cód.Postal:
<b>Padres/Tutores <input type="checkbox"/> madre y padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> otro (especifique):</b>			
Apellido de la madre o tutor:		Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
<i>Si es diferente a los datos del niño/a:</i>			
Domicilio residencial:			
Ciudad:		Condado:	South Carolina
			Cód.Postal:
Teléfono residencial:		Teléfono celular:	
Lugar de empleo:		Teléfono diurno:	
Educación de la madre (nivel más alto) <input type="checkbox"/> Inferior al diploma escolar <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diploma de secundaria <input type="checkbox"/>			
Grado asociado o técnico <input type="checkbox"/> Título terciario o universitario <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado			
Email de la madre o tutor:			
Apellido del padre o tutor:		Primer nombre:	Inicial del segundo nombre:
<i>Si es diferente a los datos del niño/a:</i>			
Domicilio residencial:			
Ciudad:		Condado:	South Carolina
			Cód.Postal:
Teléfono residencial:		Teléfono celular:	

Lugar de empleo:	Teléfono diurno:
Email del padre o tutor:	
<b>Datos de contactos en caso de emergencia (que no sean la madre, el padre o tutor ya provistos)</b>	
Nombre del primer contacto:	Teléfono celular:
Parentesco con el niño/la niña:	Teléfono diurno:
Nombre del segundo contacto:	Teléfono celular:
Parentesco con el niño/la niña:	Teléfono diurno:
<b>Previo establecimiento de cuidado infantil/educación *Se adjuntan las definiciones de proveedores y día completo/día parcial</b>	
El año pasado, el cuidado de mi hijo/a estuvo a cargo del siguiente <i>proveedor público</i> (marque uno):	
<input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Prekinder en una escuela pública <input type="checkbox"/> Desconocido	
Mi hijo/a asistió al programa (marque uno) <input type="checkbox"/> día completo <input type="checkbox"/> día parcial	
Nombre del proveedor: _____	
<input type="checkbox"/> El año pasado, el cuidado de mi hijo/a estuvo a cargo <i>proveedor privado</i> (ver ejemplos adjuntos de proveedores)	
Mi hijo/a asistió al programa (marque uno) <input type="checkbox"/> día completo <input type="checkbox"/> día parcial	
Nombre del proveedor: _____	
El año pasado, el cuidado de mi hijo/a estuvo a cargo de un proveedor informal de cuidado infantil (marque uno):	
<input type="checkbox"/> Padre o pariente <input type="checkbox"/> No relativo	
<b>Información sobre la salud de su hijo/a</b>	
¿Su hijo/a pesó menos de 5.5 libras al nacer? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Su hijo/a tiene Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Número de Medicaid: _____	
Mi hijo/a recibe atención médica regular de: <input type="checkbox"/> Centro de salud (Departamento de Salud)	
<input type="checkbox"/> Sala de emergencias <input type="checkbox"/> Médico de familia <input type="checkbox"/> Otro	
Nombre: _____	Teléfono: _____
Indique los problemas de salud, enfermedades y alergias a largo plazo: _____	
Indique los medicamentos recetados para uso continuo a largo plazo: _____	
Indique las adaptaciones especiales que serán necesarias para satisfacer las necesidades de mi hijo/a debidamente mientras esté en la Escuela: _____	

<b>Rango de ingresos familiares</b>
<b>Cantidad de personas en la familia o grupo familiar:</b>
Rango de ingresos: <input type="checkbox"/> \$0-\$10,000 <input type="checkbox"/> \$10,001-\$20,000 <input type="checkbox"/> \$20,001-\$30,000 <input type="checkbox"/> \$30,001-\$40,000 <input type="checkbox"/> \$40,001-\$50,000 <input type="checkbox"/> \$50,001-\$60,000 <input type="checkbox"/> \$60,000 y superior
<b>Idioma</b>
¿Cuál es la lengua materna del niño/a?
¿Qué idioma se habla principalmente en el hogar?
<b>Servicios de alfabetización familiar</b>
¿Qué miembros de su familia han participado en el Programa de Alfabetización Familiar del distrito escolar, como alfabetización de adultos, educación para adultos (GED, Diploma de secundaria, Inglés como segunda lengua), educación para padres, desarrollo infantil, o alfabetización interactiva para padres y adultos/niños? <input type="checkbox"/> Madre y padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor/Abuelos <input type="checkbox"/> Nadie
¿Su hijo/a alguna vez participó en los Servicios de Alfabetización Familiar del distrito escolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió "Sí", marque la duración: <input type="checkbox"/> 1 Año <input type="checkbox"/> 2 Años <input type="checkbox"/> 3 Años <input type="checkbox"/> 4 años o más
<b>Necesidades especiales de su hijo/a</b>
¿Su hijo/a tiene un Programa Educativo Individual (IEP) o un plan de la Sección 504 en vigencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Discapacidad del estudiante: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Emocional <input type="checkbox"/> Aprendizaje <input type="checkbox"/> Habla <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Otra
<b>Transporte del niño/a</b>
¿Cómo prevé que su hijo/a irá a la escuela? <input type="checkbox"/> Autobús escolar <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Transporte de guardería o centro de día <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> No corresponde ¿Cómo prevé que su hijo/a regresará de la escuela? <input type="checkbox"/> Autobús escolar a su casa <input type="checkbox"/> Autobús escolar a otro lugar <input type="checkbox"/> Auto <input type="checkbox"/> Guardería o centro de día <input type="checkbox"/> Caminando <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> Programa extraescolar en la escuela

**\*La siguiente sección es para uso exclusivo del Distrito**

<b>TODOS LOS NIÑOS PARTICIPANTES EN CERDEP DEBEN SER CODIFICADOS CON UN CÓDIGO DE SERVICIO DEL PROGRAMA CERDEP.</b>		
Ubicación en preescolar: <input type="checkbox"/> Clase de 3 años <input type="checkbox"/> Clase de 4 años <input type="checkbox"/> Clase de 5 años <input type="checkbox"/> Aula de edades múltiples <input type="checkbox"/> Pagado por padres <input type="checkbox"/> 4K pagado por Distrito <input type="checkbox"/> EIA 4K pagado por estado <input type="checkbox"/> CERDEP/CDEP pagado por estado		
Número de identificación del estudiante:		
Fecha de ingreso al programa:	Fecha de egreso del programa:	Razón del egreso:
Método de verificación de ingresos ( <input type="checkbox"/> Medicaid, <input type="checkbox"/> Almuerzo gratis o rebajado, <input type="checkbox"/> Formularios W2, <input type="checkbox"/> Recibos de sueldo, Otra verificación de ingresos documentados):_____		
Comidas: Almuerzo gratis o rebajado <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A si inscripto en el Programa de Almuerzo Comunitario		
Tipo de aula: <input type="checkbox"/> Distrito PDS / jornada escolar completa <input type="checkbox"/> Distrito DSF / media jornada escolar		
¿Recibió servicios de Head Start en algún momento desde su nacimiento hasta los 4 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

DIAL 3 o 4: (Indique cuál) ____ Fecha del examen: _____
Puntajes: Motriz: _____ Conceptual: _____ Lenguaje: _____ Autoayuda: _____ Social: _____
Plan de estudios: <input type="checkbox"/> Big Day in PreK <input type="checkbox"/> Creative Curriculum <input type="checkbox"/> High Scope <input type="checkbox"/> InvestiGator <input type="checkbox"/> Montessori <input type="checkbox"/> World of Wonders
Evaluación de aptitud académica: <input type="checkbox"/> myIGDIs <input type="checkbox"/> PALS- Pre-K <input type="checkbox"/> Teaching Strategies GOLD <input type="checkbox"/> Otra
Medicaid: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Número de Medicaid _____ Activo en Medicaid <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No * Adjunta copia de la tarjeta de Medicaid <input type="checkbox"/>
Migrante/Inmigrante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No País de nacimiento: _____ Identificación estatal N°: _____
¿Participó en <i>Countdown to Kindergarten</i> ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Definiciones de día completo y cuidado diurno parcial

**Día Completo** – Un programa de día completo es aquel en el que los estudiantes asisten durante 6.5 horas o más al día.

**Día Parcial** – Un programa de día parcial es aquel en el que los estudiantes asisten por menos de 6.5 horas al día.

## Definiciones de proveedores de cuidado infantil (públicos)

**Head Start** – Un programa del Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S., que brinda servicios integrales de educación preescolar, salud, nutrición y participación de los padres, para niños de ingresos bajos y sus familias. Localice su Head Start local: <https://www.benefits.gov/benefits/benefit-details/1938>

**Programa de preescolar una escuela pública** – un programa apropiado para el desarrollo financiado por el estado, el distrito o el gobierno federal para niños de 4 años en una escuela pública que se adhiere a las mejores prácticas, utilizando un plan de estudios y una evaluación basados en investigaciones que deben cumplir con el distrito y/o pautas federales.

**Desconocido** – No necesita explicación

## Ejemplos de proveedores privados de cuidado infantil<sup>1</sup>

**Centros militares de cuidado infantil** – Centros de cuidado infantil en la base que ofrecen servicios de jornada completa, parcial o por hora a las familias de los militares y que deben estar registrados en el DSS. Localice los centros militares de cuidado infantil locales: <http://www.militaryonesource.mil/-/military-child-care-programs>

**Centros religiosos registrados** – Centros de cuidado infantil para 13 niños o más, que están patrocinados por una organización religiosa y deben estar registrados en el DSS. Localice a sus proveedores locales registrados: <http://www.scchildcare.org/>

**Hogar familiar registrado** – Un hogar familiar que brinda atención a 6 niños como máximo al mismo tiempo en la residencia del proveedor de cuidado infantil, el cual tiene registro o licencia para cuidar regularmente a los niños de más de una familia sin parentesco (más de cuatro horas diarias o más de dos días a la semana). Localice a los proveedores locales en viviendas familiares registradas: <http://www.scchildcare.org/>

**Hogar de cuidado infantil grupal (Group Home) registrado** – Los *Group Homes* brindan atención a un grupo de 7 a 12 niños en el hogar del proveedor de cuidado infantil. Una sola persona puede cuidar a 8 niños como máximo sin ayuda adicional. Para mayor información, consulte: <http://www.scchildcare.org/providers/become-licensed/licensing-requirements/licensed-group-child-care-home.aspx>

**Proveedor exento** – Un proveedor de cuidado infantil que funciona menos de 4 horas diarias o menos de 2 días a la semana o que cuida a los niños de una sola familia sin parentesco. DSS Child Care Licensing no realiza inspecciones y se hacen controles sólo cuando se ofrecen como voluntarios para ABC Quality. Para mayor información, consulte: <http://scchildcare.org/providers/become-licensed/licensing-exemptions.aspx>

**First Steps (CERDEP/CDEP)** – Un programa educativo privado, adecuado al desarrollo psicomotor, subvencionado por el estado y basado en los ingresos, que adhiere a las mejores prácticas educativas, utilizando un currículo fundamentado en investigaciones y evaluaciones que deben cumplir con las reglamentaciones de DSS y SCDE. Funciona en un centro privado de cuidado infantil registrado. Póngase en contacto con su First Steps local: <https://scfirststeps.org/who-we-are/local-partnerships/>

---

<sup>1</sup> En el formulario de registro, no tiene que proporcionar el tipo específico de cuidado infantil privado; Estos ejemplos se enumeran como referencia.

## **Definiciones de cuidado infantil informal**

**Pariente cuidado infantil informal:** cuidado no regulado o con licencia proporcionado por la familia que no está sujeto a regulaciones o pautas formales

**No familiar cuidado infantil informal:** cuidado no regulado o con licencia proporcionado por otro cuidador (no familiar) que no está sujeto a regulaciones o pautas formales.

**SC Child Development Education Project**  
**Proyecto de Educación para Desarrollo Infantil de SC**  
**Formulario de consentimiento de madre/padre/tutor (CERDEP solamente)**

Certifico que la información que he proporcionado en este formulario de inscripción es verdadera y correcta. Por la presente doy autorización para que esta información se distribuya al programa *Child Early Reading and Development Education Program* (CERDEP) y otros organismos estatales, entre los que se incluye el Comité de Supervisión Educativa de Carolina del Sur (EOC).

Entiendo que completar este formulario no garantiza la colocación de mi hijo/a en el Programa CERDEP. En el caso de que mi hijo/a sea ubicado/a en dicho programa, acepto que asistirá a clase durante 6 horas y media por día, cinco días a la semana, durante el año escolar de 180 días. Entiendo que el incumplimiento de este requisito de asistencia podría dar lugar a que mi hijo/a deba abandonar el programa. Además, entiendo que no puedo inscribir a mi hijo/a en el programa sin la documentación apropiada sobre su edad y elegibilidad, y por lo tanto, adjunto copias de la documentación necesaria a este formulario de inscripción.

Entiendo que la información sobre mi hijo/a, \_\_\_\_\_, y sobre la escuela se utilizará en un proyecto longitudinal y exhaustivo de investigación y evaluación de varios años para determinar la relación entre el estudiante y sus datos escolares y el éxito académico del estudiante. La evaluación puede incluir evaluaciones individuales durante el preescolar de 4 años y el kínder de 5 años y otros datos educativos básicos de carácter anónimo. Todos los datos recopilados están sujetos a las disposiciones de la Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia (FERPA), así como a los estatutos y normativas de Carolina del Sur que protegen la privacidad y confidencialidad individual. El análisis de los datos recopilados será realizado únicamente por personas aprobadas por EOC. Los nombres propios de los estudiantes no serán utilizados.

Firma de madre/padre/tutor: \_\_\_\_\_

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

## **Programa Educativo de Lectura y Desarrollo en la Primera Infancia de South Carolina Opciones adicionales 4K**

South Carolina cuenta con una asociación entre proveedores privados y públicos de 4K en todo el estado. El dominio privado de esta asociación es la Oficina de First Steps to School Readiness. First Steps brinda servicios a niños de cuatro años de edad en 46 condados de South Carolina.

La Oficina de Aprendizaje y Alfabetización en la Primera Infancia del Departamento de Educación de South Carolina cree que los niños merecen tener la oportunidad de participar en kindergarten a los cuatro años de edad. Tenga en cuenta que, en un esfuerzo por garantizar que la mayor cantidad posible de alumnos asista a 4K en South Carolina, su información de contacto se puede compartir con otros proveedores locales de 4K en un entorno no público. Si su hijo/a no ingresa en el Programa Educativo de Lectura y Desarrollo en la Primera Infancia (CERDEP) 4K en su distrito escolar público local, debe entender que su información de contacto será compartida con la Oficina First Steps to School Readiness y que tal vez se comuniquen con usted para ofrecerle oportunidades para que su hijo/a asista al programa 4K en un entorno escolar no público.

No obstante, si no desea que su información de contacto sea compartida con la Oficina de First Steps, marque la casilla que está a continuación.

No deseo que mi información de contacto sea compartida con la Oficina de First Steps.



**Tabla de Elegibilidad según los Ingresos Familiares  
2020-21 (To be released January 20-24, 2020)**

Los estudiantes elegibles para el Programa CERDEP deben presentar comprobante de elegibilidad para Medicaid o de ingresos familiares documentados que sean iguales o inferiores al 185% de la definición del índice de pobreza a nivel federal, promulgada anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Cantidad de personas en la familia o grupo familiar	100% del índice de pobreza a nivel federal	185% del índice de pobreza a nivel federal
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

## Lista de verificación de la documentación requerida por CERDEP en 2020-21

Marque en caso afirmativo	Documentación que deben presentar los estudiantes:
<input type="checkbox"/>	Comprobante de elegibilidad para residencia
<input type="checkbox"/>	Comprobante de elegibilidad por la edad
<input type="checkbox"/>	Comprobante de ingresos familiares o Medicaid
<input type="checkbox"/>	Formulario de inscripción en CERDEP
<input type="checkbox"/>	Formulario de vacunación de DHEC
<input type="checkbox"/>	Formulario #2900 de DSS: Registro general y declaración de salud para admisión
<input type="checkbox"/>	Formulario #2930 de DSS: Autorización para intervención, terapia y actividades extracurriculares
<input type="checkbox"/>	Cuestionario para padres DIAL3 o DIAL-4
<input type="checkbox"/>	Puntajes de DIAL3 o DIAL-4
<input type="checkbox"/>	Lista de verificación de CDEP sobre orientación para padres/familias, con firmas
<input type="checkbox"/>	Formulario sobre documentación de informes trimestrales a los padres
<input type="checkbox"/>	Datos evaluativos de evaluaciones seleccionadas del distrito y fecha de realización
<input type="checkbox"/>	Política sobre disciplina, firmada y con fecha
<input type="checkbox"/>	Acuerdo entre padres y docentes (última página del manual para padres/tutores de CERDEP)

Los formularios de DSS están a su disposición [aquí](#).

Haga clic [aquí](#) para obtener información adicional sobre licencias.

Marque en caso afirmativo	Documentación de DSS que deben presentar los docentes y el personal:
<input type="checkbox"/>	Verificación de antecedentes: Formulario #2924 de DSS – Verificación en el Registro Central con resultado “ <i>clear</i> ” (aprobado; autorizado)
<input type="checkbox"/>	Verificación de antecedentes: autorizado por SLED y FBI (después de presentar la tarjeta con huella digital y el formulario #2647 de DSS)
<input type="checkbox"/>	Verificación de antecedentes: Declaración de cumplimiento, Formulario #2925 de DSS, legalizado.
<input type="checkbox"/>	Información básica: Nombre, empleo, fecha de nacimiento, horas/días que trabaja
<input type="checkbox"/>	Información básica: Política sobre disciplina firmada
<input type="checkbox"/>	Información sobre experiencia y capacitación: Documentación sobre educación y experiencia- consulte las normativas de DSS para mayor información
<input type="checkbox"/>	Información sobre experiencia y capacitación: Documentación sobre capacitación anual obligatoria – imprima la transcripción de <a href="http://www.sc-cccd.net">www.sc-cccd.net</a>
<input type="checkbox"/>	Información sobre experiencia y capacitación: Certificación en CPR/Primeros auxilios, en vigencia, según sea necesario.
<input type="checkbox"/>	Información médica: Declaración médica, Formulario #2901 de DSS, vence cada 4 años.
<input type="checkbox"/>	Información médica: Resultados de la prueba de tuberculosis, indicando que no tiene TB
<input type="checkbox"/>	Información médica: Examen de salud, Formulario #2926 de DSS, vence cada 4 años

**Formulario sobre Documentación  
Trimestral de CERDEP a los padres o la familia**

Las escuelas deben informar a los padres/tutores al menos trimestralmente sobre el progreso de sus hijos.

Es sumamente recomendable que se realice una orientación al CDEP (por ejemplo: Noche de regreso a clases, visitas a domicilio, etc.) como el primero de estos contactos trimestrales para completar la Lista de Verificación de Orientación para Padres.

1. Firma de madre/padre: \_\_\_\_\_

Firma del docente: \_\_\_\_\_

Fecha de la reunión: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

**Dos** de los contactos trimestrales deben incluir **reuniones documentadas de padres y maestros** durante el año escolar que brinden información, incluso sobre el progreso de los estudiantes, tal como figura en el instrumento de evaluación. Las reuniones pueden realizarse en la escuela o como una visita a domicilio. Por favor, firme abajo para documentar que cada Reunión de Padres y Docentes se llevó a cabo.

2. Firma de madre/padre: \_\_\_\_\_

Firma del docente: \_\_\_\_\_

Fecha de la reunión: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

3. Firma de madre/padre: \_\_\_\_\_

Firma del docente: \_\_\_\_\_

Fecha de la reunión: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

4. El informe evaluativo final de los niños se debe presentar al final del año escolar. Dicho informe puede ser enviado a casa o revisado en una reunión o una visita a domicilio.

Fecha de la evaluación final o informe sumario: \_\_\_\_\_

**CERDEP 2020-21  
Lista de Verificación de Orientación para Padres**

Marque en caso afirmativo	Presentación de temas del Manual para padres/tutores
<input type="checkbox"/>	Requisitos de elegibilidad e inscripción de CERDEP
<input type="checkbox"/>	Política sobre asistencia
<input type="checkbox"/>	Horas de clase y horario
<input type="checkbox"/>	Atención extendida o servicios de apoyo
<input type="checkbox"/>	Transporte
<input type="checkbox"/>	Sistema de gestión de la conducta
<input type="checkbox"/>	Plan de estudios y evaluaciones
<input type="checkbox"/>	Políticas y registros de salud
<input type="checkbox"/>	Participación de familiares y talleres, reuniones con docentes, comunicación, acuerdo entre padres/tutores y docentes
<input type="checkbox"/>	Visita a la escuela/el aula

Firma de madre/padre/tutor: \_\_\_\_\_

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