

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		Día		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 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
------------------------------	---	--

Raza (opcional)	
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano/nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
Origen étnico (opcional)	Idioma principal
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Inglés
<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Otro _____
	(por favor especifique)

Nombre del padre, la madre o guardián que completa esta solicitud	Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña
---	---

Relación al niño	(Seleccione uno)
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Biológico
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> De acogida
<input type="checkbox"/> Guardian	<input type="checkbox"/> Adoptivo
<input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Otra _____
(por favor especifique)	(por favor especifique)

Función
<input type="checkbox"/> Tutor primario
<input type="checkbox"/> Tutor secundario
<input type="checkbox"/> Tutor legal
<input type="checkbox"/> 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 ingresos aplicables 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.º 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

Crterios de Prioridad para la Inscripci3n (Debe marcar todos los que correspondan):

Estos indicadores nos ayudan a conocer mejor a su familia y entender qu3 apoyos pueden ser 3tiles. Sus respuestas tambi3n nos ayudan a determinar la prioridad de inscripci3n para poder atender primero a las familias con mayor necesidad. La situaci3n de cada familia es 3nica, y toda la informaci3n se mantiene confidencial.

	Factor de riesgo	Definici3n
<input type="checkbox"/>	Programa de educaci3n individualizada (Individualized Education Program, IEP) en edad preescolar	Mi hijo recibe servicios de Intervenci3n Temprana (EI) (Ejemplo: tiene un IEP o recibe terapias como habla, ocupacional o f3sica.)
<input type="checkbox"/>	Estudiante migrante (no inmigrante) estacional	Nuestra familia se mud3 recientemente por trabajo agricultura o de pescar
<input type="checkbox"/>	Estudiante del idioma ingl3s	En casa hablamos un idioma diferente al ingl3s o el primer idioma de mi ni3o no es ingl3s
<input type="checkbox"/>	Sin hogar	Actualmente no tenemos una vivienda estable (Por ejemplo: vivimos con otras personas, en un refugio, motel, autom3vil o en una vivienda insegura.)
<input type="checkbox"/>	Ni3o o parte de la familia en el sistema de bienestar infantil	Mi hijo est3 en cuidado de otros o recibimos servicios de Children and Youth
<input type="checkbox"/>	Estructura familiar o de vida del ni3o	Nuestra familia se define como un ni3o con un solo padre, de padres divorciados, o con familiares como guardianes
<input type="checkbox"/>	Ni3o que recibe apoyo conductual	Un profesional de salud o salud mental refiri3 a mi hijo/a para recibir servicios de salud mental o mi hijo/a actualmente recibe estos servicios
<input type="checkbox"/>	Padre/madre adolescente	Los padres del ni3o tenian menos de 18 a3os cuando naci3
<input type="checkbox"/>	Padre/madre encarcelado	Uno o ambos padres est3n actualmente encarcelados
<input type="checkbox"/>	Nivel de educaci3n del tutor	Uno o ambos padres no completaron la escuela secundaria
<input type="checkbox"/>	Recibe o es elegible para la siguiente asistencia p3blica: TANF, SSI, SNAP	Nuestra familia recibe o califica para SNAP, TANF o SSI
<input type="checkbox"/>	Ni3o inscrito en el Programa de plazas contratadas para beb3s y ni3os peque3os (CSP)	Mi hijo participa en un programa de Contracted Slots y est3 listo para transicionar a Pre-K Counts

<input type="checkbox"/>	El niño vive en un área geográfica de extrema pobreza	Vivimos en una comunidad con altos niveles de pobreza
<input type="checkbox"/>	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)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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 _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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

	<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Text <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/> Letter	<input type="checkbox"/> Application status <input type="checkbox"/> Waitlist update <input type="checkbox"/> Slot availability <input type="checkbox"/> Other: _____	
	<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Text <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/> Letter	<input type="checkbox"/> Application status <input type="checkbox"/> Waitlist update <input type="checkbox"/> Slot availability <input type="checkbox"/> Other: _____	
	<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Text <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/> Letter	<input type="checkbox"/> Application status <input type="checkbox"/> Waitlist update <input type="checkbox"/> Slot availability <input type="checkbox"/> Other: _____	
	<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Text <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/> Letter	<input type="checkbox"/> Application status <input type="checkbox"/> Waitlist update <input type="checkbox"/> Slot availability <input type="checkbox"/> Other: _____	

Family was informed of waitlist status and next steps

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