

**CAMBIO DE DOMICILIO**

<b>CUESTIONARIO PREESCOLAR DE CHILD FIND</b> <b>No. DE TELÉFONO: (240) 740-2170</b> <b>No. PARA ADMISIONES: (301) 947-6080</b> <b>No. DE FAX: (301) 871-0957</b>	<b>CHILD FIND OFFICE</b> <b>English Manor School</b> <b>4511 Bestor Drive, Room 146</b> <b>Rockville, Maryland 20853</b>	<b>FOR OFFICE USE ONLY</b> MCPS ID# _____
Para ser elegible para pruebas exploratorias, evaluación y servicios, el/la niño/a y el padre/madre/guardián deben ser: residentes de buena fe del Condado de Montgomery y proporcionar una copia del certificado de nacimiento del niño y comprobante de Residencia del Condado de Montgomery (ver carta de presentación) o para un niño no residente que asiste a un programa preescolar aprobado por MSDE en el Condado de Montgomery, el padre/madre/guardián debe proporcionar verificación de la inscripción en membrete del programa preescolar.		<b>Date Call Returned &amp; Requested Documents</b> _____ <b>By Whom</b> _____ <b>Clinic Date</b> _____ <b>Location</b> _____ <b>Time</b> _____ <b>Home School</b> _____ <b>Cluster</b> _____
<b>Para completar el proceso preescolar para los niños que son elegibles para kindergarten el próximo año, este cuestionario se debe recibir en la oficina de Child Find antes del 24 de marzo del año en que su hijo será elegible para el kindergarten. Después del 24 de marzo, comuníquese con su escuela elemental local para completar el proceso de evaluación diagnóstica.</b>		<b>DOCUMENTS RECEIVED</b> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Parent ID <input type="checkbox"/> PreK <input type="checkbox"/> New Student Form <input type="checkbox"/> Tax Bill <input type="checkbox"/> Lease <input type="checkbox"/> Shared Housing <input type="checkbox"/> Utility Bills <input type="checkbox"/>
<b>Nombre del niño/a:</b> _____ <b>Fecha de nacimiento:</b> _____		
<b>Género:</b> _____ <b>Raza:</b> _____ <b>Idioma(s) que se habla(n) en casa:</b> _____		
<b>Nombre del pariente (madre/padre):</b> _____		
<b>Dirección:</b> _____ <b>Teléfono:</b> _____		
<b>Lugar de Nacimiento:</b> _____ <b>Fecha de entrada en USA:</b> _____		

¿Cuáles metas se abordan en el IEP de su hijo/a? \_\_\_\_\_

¿Ha sido su hijo/a referido alguna vez a Montgomery Infants and Toddlers Program? **SÍ**  Mes \_\_\_\_\_ **Año** \_\_\_\_\_ **NO**

¿Cómo fue referido/a a Child Find? **FAMILIAR**  **VOLANTE**  **AMIGO/A**  **DOCTOR**  **MAESTRO/A**  **OTRO**  \_\_\_\_\_

¿Han evaluado a su hijo/a alguna vez? **NO**  **SÍ**  (adjunte los informes) Fechas de la evaluación: \_\_\_\_\_ Lugar de la evaluación: \_\_\_\_\_

Razón: \_\_\_\_\_

El/la Niño/a Asiste a: **PREESCOLAR**  **Pre-K/Head Start de MCPS**  **GUARDERÍA INFANTIL**  **PROGRAMA DE CUIDADO INFANTIL FAMILIAR**  **EN CASA**

Nombre y Dirección del Preescolar o Guardería: \_\_\_\_\_

Si el Preescolar o Guardería tienen inquietudes, por favor explicar: \_\_\_\_\_

**Entiendo que esta información se mantendrá confidencial y se utilizará para ayudar a determinar si mi hijo/a tiene una discapacidad educativa. También entiendo que esta información se compartirá sólo con aquellas personas o agencias que estarán involucradas en la provisión de servicios y/o información que he solicitado.**

**Firma del Padre/Madre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Parentesco con el/la Estudiante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_