

# Cuestionario Preescolar de Entrada de Child Find



MONTGOMERY COUNTY PUBLIC SCHOOLS  
Office of Special Education, Child Find  
English Manor Center, 4511 Bestor Drive, Room 146, Rockville, Maryland 20853  
Teléfono 240-740-2170, Intake 301-947-6080, Fax 301-871-0957

**Formulario 335-49A de MCPS  
Febrero 2019**

## INSTRUCCIONES

Para ser elegible para pruebas preliminares, evaluación y servicios, el niño/a debe estar matriculado/a en Montgomery County Public Schools (MCPS), conforme a la **Política JEA del Consejo de Educación del Condado de Montgomery, Domicilio, Matrícula e Inscripción**, y se debe proveer evidencia de nacimiento del niño/a (es decir, certificado de nacimiento, pasaporte/visa, certificado médico, certificado de bautismo o de la iglesia, certificado del hospital, declaración jurada de los padres o registro de nacimiento) y comprobante de domicilio, conforme al **Reglamento JEA-RB de MCPS, Inscripción de Estudiantes**, (factura actual de impuestos a la propiedad, contrato de alquiler actual (si el contrato tiene más de un (1) año de vigencia, contrato y una factura actual de servicios públicos tales como agua, electricidad, luz) o el **Formulario 335-74 de MCPS, Declaración de Vivienda Compartida**). Para un niño/a que no reside en el condado y que asiste a un programa preescolar en el Condado de Montgomery, el padre/madre/guardián debe proveer verificación de la inscripción con el membrete del programa preescolar.

## INFORMACIÓN DEL ALUMNO/A

**Debe coincidir con el certificado de nacimiento u otra evidencia de nacimiento**

Apellido Legal \_\_\_\_\_ Nombre Legal \_\_\_\_\_ Segundo Nombre Legal \_\_\_\_\_

Domicilio del Alumno/a: \_\_\_\_\_

¿Es elegible para Asistencia Médica?  Sí  No Fecha de Nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexo  Masculino  Femenino

¿Nació el alumno/a fuera de los Estados Unidos?  Sí  No **Si la respuesta es Sí:** ¿Cuántos meses asistió el alumno/a a la escuela en los Estados Unidos? \_\_\_\_\_

Idioma/s que se habla/n en el hogar \_\_\_\_\_

## ADULTO/S RESPONSABLE/S DEL ALUMNO/A\*

Nombre del adulto responsable del alumno/a que reside en el domicilio actual: \_\_\_\_\_

Relación/Parentesco:  Madre  Padre  Guardián

Otro (Por favor, especifique) \_\_\_\_\_

Teléfono #1 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono #2 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\*Identidad legal de la persona/s adulta/s responsable/s y comprobante de relación con el alumno/a verificada (por favor, especifique) \_\_\_\_\_

Nombre del adulto responsable del alumno/a que reside en el domicilio actual: \_\_\_\_\_

Relación/Parentesco:  Madre  Padre  Guardián

Otro (Por favor, especifique) \_\_\_\_\_

Teléfono #1 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_ Teléfono #2 \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

\*Identidad legal de la persona/s adulta/s responsable/s y comprobante de relación con el alumno/a verificada (por favor, especifique) \_\_\_\_\_

## CUESTIONARIO PARA LOS PADRES

¿Cuáles son las metas que se abordan en el Programa Educativo Individualizado (Individualized Education Program-IEP) de su hijo/a?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor adjunte los apuntes de cualquier evaluación.

Marque aquí si adjunta los apuntes de una evaluación o evaluaciones

El niño/a asiste a:  Programa Preescolar  PreK/Head Start en MCPS  Guardería Infantil  Cuidado Infantil en Domicilio Privado  Hogar  Otro \_\_\_\_\_

Nombre del programa preescolar/guardería infantil: \_\_\_\_\_

Dirección del programa preescolar/guardería infantil: \_\_\_\_\_

Si el programa preescolar/guardería infantil tiene inquietudes, por favor explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Este formulario se guardará en una carpeta confidencial y el acceso al informe/s será otorgado al personal de MCPS según sea necesario su conocimiento. Se mantendrá un registro que documente el nombre de cada persona y la razón de revisión. El padre/madre/madre/guardián o guardianes y los alumnos/as elegibles pueden solicitar/autorizar divulgación a otra agencia/profesional.**

Firma del Padre/Madre/Guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## FOR OFFICE USE ONLY (SÓLO PARA USO DE LA OFICINA)

Date of Call: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ MCPS ID# \_\_\_\_\_ Date Call Returned/Scheduled \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

By Whom \_\_\_\_\_ CA \_\_\_\_\_ Clinic Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Location \_\_\_\_\_ Time \_\_\_\_\_

Home School \_\_\_\_\_ Cluster \_\_\_\_\_