

شكرًا لك على اهتمامك بمدارس مدينة مورفريسبورو! المدرجة أدناه هي معلومات مهمة بخصوص برنامج PreK :

- MCS PreK هو برنامج منح ، يتم تمويله بشكل أساسي من قبل مبادرة الدولة VPK أو الصناديق الفيدرالية المصممة لخدمة الأسر والأطفال ذوي الدخل المنخفض أو المعرضين للخطر. أيضًا ، لدينا شراكة مع Mid-Cumberland Head Start ، لذلك نطلب معلومات عن دخل أسرتك وقد نطلب تقييمًا لطفلك.
- يجب أن يكون عمر الأطفال 4 سنوات بحلول 15 أغسطس 2022.
- يجب أن يعيش الأطفال داخل حدود مدينة مورفريسبورو.
- لا تتوفر المواصلات لطلاب الصف.
- ستقع الفصول الدراسية لمرحلة ما قبل المدرسة في العديد من المدارس للعام الدراسي 2022-2023 ، ومع ذلك فإن موقع الفصول الدراسية مؤقت ويعتمد على المساحة المتاحة. لن يتم الانتهاء من تحديد مواقع الفصول الدراسية وساعات البرنامج حتى تبدأ المدرسة في أغسطس.
- سيتم تحديد الأهلية والمواضع المؤقتة بعد الانتهاء من عملية التقديم. سنتلقى خطابًا في 15 يوليو أو قبله لإعلامك بقبول طفلك.
- إذا كانت لديك مخاوف أو أسئلة محددة ، يمكنك إرسال بريد إلكتروني إلى preschool@cityschools.net.

سيتم قبول الطلبات أيام الأربعاء ابتداءً من 6 أبريل في المركز الرئيسي لمدارس مدينة مورفريسبورو - عنوان :

2552 S. Church Street Murfreesboro Tn كما سيكون المترجمون متاحين ذلك اليوم.

يرجى إحضار ما يلي لتقديم الطلب :

- استمارة التقديم مكتملة (الابليكيشن).
- إثبات الدخل - شهر واحد من شيكات الدخل الحالية (4 إذا تم الدفع أسبوعيًا ، 2 إذا كان كل أسبوعين) ، أو W2 2021 ، أو 2021 الإقرار الضريبي Tax return. يمكن أيضًا تقديم أوراق إثبات للمساعدات الحكومية مثل الفود ستامبس SNAP .
- لتسريع طلبك والتأكد من تحديد أهلية طفلك لجميع برامج ال PreK بما في ذلك الشراكة مع Mid-Cumberland Head Start ، يرجى إرسال شيكات الدفع الحالية أو Tax return أو W-2 للعام 2021 .
- إثبات عنوانك. الوثائق الوحيدة التي سيتم قبولها هي نسخة من فاتورة الكهرباء أو المياه أو الغاز أو عقد الإيجار مع اسم الوالد وعنوان الخدمة عليها. يجب أن لا تتعدى تواريخ الفواتير 60 يومًا.
- إذا لم تكن فاتورة المرافق باسم الوالدين يجب إكمال إقرار خطي affidavit .
- نسخة من شهادة الميلاد الرسمية للطفل.

سنحتاج إلى شهادة تطعيم و دليل فحص عام physical من TN إذا تمت الموافقة على طلب طفلك. إذا كان لديك حاليًا شهادة تطعيم لطفلك ، فيرجى تقديم نسخة مع طلبك. إذا لم يكن لديك شهادة تطعيم و دليل فحص عام ، فقد ترغب في تحديد موعد مع طبيب طفلك أو دائرة الصحة لاستكمال شهادة التطعيم و الفيزيكال.

Murfreesboro City Schools
Voluntary Pre-K Program



For Office Use Only
Please Circle One
Income Eligible: Yes / No
If yes, and enrolled, student should be classified as (L) in student information system

2022-2023

Completion of this form **DOES NOT** qualify your child for the Free or Reduced Meal Program. Submission of this application is not a guarantee of acceptance into the VPK program.

Name of Student: _____ Date of Application: _____

SSN of Student: _____ Date of Birth of Student: _____

Name of Applicant: _____ Relationship to Student: _____

Mailing Address: _____

City: _____ State / Zip Code: _____ Language spoken at home: _____

Home Phone #: () _____ Work Phone #: () _____ Cell Phone #: () _____

Parent Email Address: _____

Part A - Family Information
Please list information for all other household members

Section 1

Name(s) of ALL OTHER CHILDREN in the Household	Date of Birth	School	Grade
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Section 2

Name(s) of ALL OTHER ADULTS in the Household	Relationship to Student
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	

Total # of household members: _____

Part B - Program Participation

Please check (√) if Child /Family /Household member provides documentation of participation, in one or more of the following programs, currently or during past school year (*Documentation required-See Part D).

(√)	(√)	(√)	(√)	Case #
Early Head Start	Foster Care	Migrant	Families First (TANF)	
Head Start	Homeless	Food Stamps / EBT		

*If submitting proof of qualifying for any of the above programs, you do **NOT** need to complete Part C.

**Murfreesboro City Schools
Voluntary Pre-K Program**

Part C - Total Household Income

Please list ALL INCOME of all household family members and how often income is received.

Any falsification of information concerning income, residence, birth certificate and/or completion of this application and other forms may be reason for dismissal.

Income Instructions

From the list below, please write the Source of Income Code in the space provided to indicate the source(s) of income for each earning individual in the household. Also, please write the Monthly Payment or Wage Amount. Multiply the Payment or Wage amount by the number months you received the income and then calculate the Amount and the Total Annual Income.

Source of Income Codes							
A.	GROSS work income	D.	Pension(s)	G.	Veteran's Benefits	J.	SSI Disability
B.	Unemployment	E.	Retirement	H.	Child Support	K.	Other - please list ↓
C.	Workman's Comp	F.	Social Security	I.	Alimony		

Name of Adult	Employer (if applicable)	Source of Income Code (See list above)	Monthly Payment or Wage Amount	Multiplied by (X)	How many months did you receive this income in the last year?	Total Amount
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
			\$ -	X		\$ -
Total Annual (Yearly) Income						\$ -

Part D - INCOME VERIFICATION

Please check (✓) all documents submitted as Proof of Income or Program Participation.			
Pay Stub / Verification of pay by employer		Retirement Documentation	Foster Care Reimbursement
W-2 Form		Social Security	SSI Documentation
Income Tax Form 1040A or 1040		Veteran's Benefit Letter	TANF Documentation
Unemployment Compensation		Child Support	AFDC / Public Assistance Payment
Workman's Compensation Documentation		Alimony Documentation	TennCare Verification
Pension Stubs		Other (Specify): →	

I certify that the above information in this application is correct. I further understand that any falsification of information concerning income, residence, birth certificate and/or completion of this application and other forms may be reason for dismissal from Tennessee's Voluntary Pre-K Program.

Printed Name of Applicant: _____ SSN #: _____
 Signature of Applicant: _____ Date: _____

Name and Signature of LEA employee reviewing this application

**I certify that I have examined the above income documentation and verification information.
Completed forms must be maintained in accordance with FERPA.**

Printed Name / Title of LEA employee: _____
 Signature of LEA employee: _____
 Date Reviewed by LEA employee: _____