

**\*CETTE APPLICATION EST DESIGNÉE POUR LES ZONES DE  
NORTH ROCKLAND, NYACK, SOUTH ORANGETOWN  
AND SUFFERN CENTRAL SEULEMENT\*  
APPLICATION DU PREKINDERGARTEN UNIVERSEL (UPK)**

Chers parents/gardiens:

Prékindergarten Universel (UPK) est un programme spécial d'enfance précoce qui a été établi par le Département de L'éducation de l'Etat De New York (NYSED) et contracté par des secteurs scolaires pour fournir une première expérience d'étude pour les enfants des familles éligibles. Des familles éligibles sont définies comme: ceux qui vivent dans un district scolaire contracté et ont des enfants qui auront quatre ans le 1er Décembre 2018. (votre enfant qui était né entre le 1<sup>er</sup> Décembre, 2013 et 1<sup>er</sup> Décembre 2014) Le Prékindergarten Universel accepte maintenant des demandes pour l'année scolaire 2018-2019 (**approbation en suspens de placement au budget de NYS**)

Ces programmes sont dirigés par un professeur qualifié et un aide dans chaque classe. Les enfants de UPK attendent pendant cinq (5) demi-journées, pour 2 heures et ½ chaque jour ; dans l'Etat entier les enfants peuvent attendre ce programme pendant cinq jours (5) par semaine pour une durée de 5 heures par jour pendant. Ces deux programmes sont pour 180 jours par année scolaire, totalement gratuits pour vous.

**INELIGIBILITÉ : Application incomplète Rapport d'immunisation incomplet et / ou élèves qui ne peuvent pas attendre UPK 5 jours par semaine, 2 heures 1/2 ou 5 heures par jour, pour l'année scolaire entière, seront peut-être inéligibles.**

Quand vous retournez l'application complète, inclure svp **des copies suivantes que nous pouvons garder:**

1. Une copie de l'acte de naissance original de votre enfant. (Si l'acte de naissance n'est pas en anglais, nous aurons besoin d'une copie du passeport de votre enfant)
2. Le dossier complet des immunisations signé ou timbré et à jour, et la forme d'évaluation de santé y inclus le nom et l'adresse du médecin. (La forme ci-jointe d'évaluation peut être utilisée ou soumise avec une forme du bureau du médecin.) \*Voyez les conditions requises\* (voir page 14)
3. Preuve de zone résidentielle 2 (Documentation montrant votre nom et adresse. Ex: L'adresse d'expédition sur un relevé bancaire, la facture de service, (bill d'électricité). Les documents inacceptables comme preuve de résidence sont : Les enveloppes écrites à la main, les contrats de propriété et les déclarations d'impôt sur le revenu).
4. Preuve du droit de garde (si l'étudiant ne vit pas avec ses deux parents)
5. Un numéro de téléphone où vous pouvez être contacté entre les 8:30 heure du matin et 5:00 heure PM
6. Des informations importantes sur le criblage de plomb (lead Screening) et l'examen dentaire, sont incluses pour vous dans cette application pour être réviser.
7. Plus de documentation requises ont été ajoutées pour vous sur la page 5.

**IL EST IMPORTANT DE RETOURNER L'APPLICATION COMPLETE DE UPK AU 31, MARS, 2018**

CHILD CARE RESOURCES OF ROCKLAND, INC.  
235 NORTH MAIN STREET, SUITE 11  
SPRING VALLEY, N.Y. 10977  
Fax(845) 425-5312  
ATT: Jenine Valentino email: [jenine@rocklandchildcare.org](mailto:jenine@rocklandchildcare.org)

Si une application est reçue après le 31, Mars, 2018, cette application sera placée sur la liste d'attente du district scolaire, excepté s'il y a encore des espaces disponibles.

**RAPPORT DE LA METHODE POUR LE CHOIX DES ENFANTS**

Child Care Ressources Of Rockland Inc.(CCRR) surveillera le procédé d'enregistrement. CCRR acceptera les applications et vérifiera l'éligibilité. Si plus de demandes sont faites que NYSED a financé, pour un secteur scolaire spécifique et/ou un programme contracté d'enfance précoce, une loterie sera employée pour choisir des enfants pour participer au programme de UPK. **Des enfants seront considérés pour la loterie si l'application, l'acte de naissance, le dossier d'immunisation, la forme d'évaluation de santé et la preuve de résidence ont été déposés dans ce bureau.** Les enfants seront placés selon le choix des parents, si possible. Les parents/gardiens seront avisés du statut de leur enfant par courrier, une fois que des espaces seront remplis. Cette avis sera envoyée aux parents au milieu du mois de May, 2018.

Pour de plus ample informations ou aide avec cette application appeler svp Jenine Valentino a (845) 425-0009 ext 460

Merci pour votre coopération en fournissant les informations nécessaires.

Bien a vous,

Karen Ross

Directeur de Familiale, Communiât et Opérations Services



Child Care Aware® of America Member



JANE BROWN  
Executive Director

235 North Main Street, Spring Valley, NY 10977  
877-425-0009 | 845-425-0009 | fax: 845-425-5312  
childcarerockland.org | info@rocklandchildcare.org

**DO YOU HAVE A CHILD AGED 12 OR UNDER?  
IS YOUR CHILD CURRENTLY IN CARE? • ARE YOU LOOKING FOR CHILD CARE?  
HAVE YOU USED CHILD CARE IN THE PAST?**

**WE WANT TO HEAR FROM YOU! ALL SURVEY PARTICIPANTS WILL BE  
ENTERED TO WIN A \$100 VISA GIFT CARD!**

The information we gather will help Child Care Resource and Referral Agencies across New York State to improve services to families. All responses are confidential and your information is not shared with other organizations. Surveys must be submitted by **March 31, 2018**.

1. Which of the five towns do you reside? ☐ Clarkstown ☐ Haverstraw ☐ Orangetown ☐ Ramapo ☐ Stony Point
2. How did you hear about this survey?  
☐ Email from CCRR ☐ Email other ☐ USPS Mail ☐ Local DSS ☐ Community event  
☐ Child Care Provider ☐ Health care provider ☐ Relative/Friend ☐ Newspaper ☐ Social Media  
☐ CCRR website ☐ CCRR staff ☐ Other \_\_\_\_\_
3. Do you currently have children in child care OR have you had children in child care in the past 12 months?  
☐ Yes ☐ No
4. What is your family composition and employment status?  
☐ Mother, single, working  
☐ Mother, single, not working  
☐ Father, single, working  
☐ Father, single, not working  
☐ 2 parents/guardians, both working  
☐ 2 parents/guardians, 1 working  
☐ 2 parents/guardians, neither working
5. What is your family size? (include you, your spouse and children) \_\_\_\_\_
6. How many children do you have? # in each age group  
☐ Infants (0-17 months) \_\_\_\_\_  
☐ Toddlers (18-35 months) \_\_\_\_\_  
☐ Preschoolers (3-5 years) \_\_\_\_\_  
☐ Kindergarten – 6<sup>th</sup> grade \_\_\_\_\_  
☐ 7<sup>th</sup> grade to 9<sup>th</sup> grade \_\_\_\_\_

7. What is your current family income?
- |                                              |                                                  |                                              |
|----------------------------------------------|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No income           | <input type="checkbox"/> Less than \$32,000      | <input type="checkbox"/> \$32,001-\$40,000   |
| <input type="checkbox"/> \$40,001-\$50,000   | <input type="checkbox"/> \$50,001-\$60,000       | <input type="checkbox"/> \$60,001-\$70,000   |
| <input type="checkbox"/> \$70,001-\$80,000   | <input type="checkbox"/> \$80,001-\$90,000       | <input type="checkbox"/> \$90,001-\$100,000  |
| <input type="checkbox"/> \$100,001-\$150,000 | <input type="checkbox"/> \$150,001-\$250,000     | <input type="checkbox"/> \$250,001-\$500,000 |
| <input type="checkbox"/> \$500,001 +         | <input type="checkbox"/> I do not wish to answer |                                              |
8. While your children were in care, did you ever have trouble paying?
- ☐ Always ☐ Often ☐ Sometimes ☐ Rarely ☐ Never
9. In order to pay for care, did you: (check all that apply)
- ☐ Borrow from family ☐ Borrow from friends ☐ Use credit cards ☐ Cut back on work hours
- ☐ Cut back on basic household expenses ☐ Cut back on child care hours
- ☐ Have a friend/relative watch your child/children
- ☐ Use a combination of child care types (examples: child care center and grandmother, or one provider during the week and a different provider on the weekend)
- ☐ None, I can pay
10. Do you receive assistance to pay for child care/child care subsidy?
- ☐ Yes ☐ No
11. If you do receive assistance, do you have trouble paying your parent share fee/co-pay?
- ☐ Yes ☐ No
12. Please indicate the reasons why you chose your specific child care arrangement:
- ☐ Quality ☐ Location – close to home ☐ Location – close to work ☐ Hours
- ☐ Cost ☐ Caregiver is a relative ☐ Children are happy in the program ☐ Small adult/child ratio
- ☐ The program accepts subsidy/assistance ☐ Good learning/educational program
- ☐ Caregiver is trained/educated ☐ Caregiver is knowledgeable ☐ How I was treated at the initial visit
- ☐ Heard good things from other parents ☐ Activities offered for children
- ☐ My other child was enrolled in this program (currently or previously)
- ☐ Provider had experience with special needs children ☐ Program nationally accredited
- ☐ Other \_\_\_\_\_
13. Of the reasons you indicated above, what are the **2 MOST** important?
- ☐ Quality ☐ Location – close to home ☐ Location – close to work ☐ Hour
- ☐ Cost ☐ Caregiver is a relative ☐ Children are happy in the program ☐ Small adult/child ratio
- ☐ The program accepts subsidy/assistance ☐ Good learning/educational program
- ☐ Caregiver is trained/educated ☐ Caregiver is knowledgeable ☐ How I was treated at the initial visit
- ☐ Heard good things from other parents ☐ Activities offered for children
- ☐ My other child was enrolled in this program (currently or previously)
- ☐ Provider had experience with special needs children ☐ Program nationally accredited
- ☐ Other \_\_\_\_\_

The next section of questions are about child care. You only need to complete the sections that apply to your children in care currently or in the past 12 months. Please enter your responses in the appropriate column(s).

14. Where is, or has your child(ren) been cared for in the past 6 months (check all that apply)

|                                                                                            | Infant(s) | Toddler(s) | Preschooler(s) | School Age |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|----------------|------------|
| How many children do you currently have in care or have had in care in the past 12 months? |           |            |                |            |
| If you are currently seeking child care, how long have you been looking?                   |           |            |                |            |
| 0-3 months                                                                                 |           |            |                |            |
| 3-6 months                                                                                 |           |            |                |            |
| Over 6 months                                                                              |           |            |                |            |
| What type of child care are you using/did you use for your child?                          |           |            |                |            |
| Child Care Center                                                                          |           |            |                |            |
| Licensed/Registered Child Care Home                                                        |           |            |                |            |
| Head Start/Early Head Start                                                                |           |            |                |            |
| Nanny/Babysitter in home                                                                   |           |            |                |            |
| Nursery School                                                                             |           |            |                |            |
| Preschool                                                                                  |           |            |                |            |
| Older sibling                                                                              |           |            |                |            |
| Care by parent                                                                             |           |            |                |            |
| Care by friend or relative                                                                 |           |            |                |            |
| Camp                                                                                       |           |            |                |            |
| Before/After School care                                                                   |           |            |                |            |
| Library                                                                                    |           |            |                |            |
| Combination of providers                                                                   |           |            |                |            |
| Other                                                                                      |           |            |                |            |
| What type of care would be your first choice?                                              |           |            |                |            |
| Child Care Center                                                                          |           |            |                |            |
| Licensed/Registered Child Care Home                                                        |           |            |                |            |
| Head Start/Early Head Start                                                                |           |            |                |            |
| Nanny/Babysitter in home                                                                   |           |            |                |            |
| Nursery School                                                                             |           |            |                |            |
| Preschool                                                                                  |           |            |                |            |
| Older sibling                                                                              |           |            |                |            |
| Care by parent                                                                             |           |            |                |            |
| Care by friend or relative                                                                 |           |            |                |            |
| Camp                                                                                       |           |            |                |            |
| Before/After School care                                                                   |           |            |                |            |
| Library                                                                                    |           |            |                |            |
| Combination of providers                                                                   |           |            |                |            |
| Other                                                                                      |           |            |                |            |
| How much do you pay per week for care?                                                     | \$        | \$         | \$             | \$         |
| How many days a week are/is your child in care?                                            |           |            |                |            |
| If you are receiving subsidy/assistance, what is your parent share/co-pay?                 | \$        | \$         | \$             | \$         |
| How satisfied are you with your child care provider?                                       |           |            |                |            |
| Very satisfied                                                                             |           |            |                |            |
| Satisfied                                                                                  |           |            |                |            |
| Neither satisfied or dissatisfied                                                          |           |            |                |            |
| Dissatisfied                                                                               |           |            |                |            |
| Very dissatisfied                                                                          |           |            |                |            |

15. If you have ever been dissatisfied or very dissatisfied with a child care provider, please indicate why (check all that apply):
- |                                                                                                             |                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Child isn't in a good learning environment                                         | <input type="checkbox"/> Provider hours                                     |
| <input type="checkbox"/> Provider/teacher could be more nurturing                                           | <input type="checkbox"/> Other children's behavior towards your child       |
| <input type="checkbox"/> Provider schedule/availability (days of the week)                                  | <input type="checkbox"/> Inconvenient location/long drive                   |
| <input type="checkbox"/> OCFS Violations (active or not yet reported)                                       | <input type="checkbox"/> Do not agree with provider's child care philosophy |
| <input type="checkbox"/> Environment (pets, air quality, safety issues)                                     | <input type="checkbox"/> Child is unhappy                                   |
| <input type="checkbox"/> Provider's business practices (won't provide tax information, documentation, etc.) |                                                                             |
| <input type="checkbox"/> Other _____                                                                        |                                                                             |
16. Have you ever withdrawn your child from a provider/program for any of the following reasons (check all that apply):
- ☐ Cost of care was too high    ☐ Change in your work hours    ☐ Moved out of area of current child care
- ☐ Provider cannot take my infant (or 2<sup>nd</sup> child)    ☐ Provider/Teacher could be more nurturing
- ☐ Frequent staff changes
- ☐ Personal dissatisfaction (doesn't like the person, doesn't like another staff/household member, child isn't happy but nothing is "wrong", etc.)
- ☐ Provider's business practices (won't provide tax information, documentation, etc.)
- ☐ Environment (pets, air quality, safety issues)    ☐ OCFS Violations (active or not yet reported)
- ☐ My child was expelled/asked to leave    ☐ Other \_\_\_\_\_
- ☐ No – I have never withdrawn my child from a provider/program

### Employment Questions

17. Have child care issues ever caused you to (check all that apply):
- ☐ Call out of work    ☐ Feel distracted/unproductive at work    ☐ Leave work early
- ☐ Arrive late    ☐ Cut back work hours    ☐ Quit your job    ☐ Lose your job
- ☐ Change your job within the company (less responsibility)
- ☐ Change jobs to another company    ☐ Receive disciplinary action/be written up
- ☐ No issues    ☐ Other \_\_\_\_\_
18. Does your employer offer (check all that apply)
- ☐ Work from home when child is sick or off from school
- ☐ Dependent Care Assistance (DAP)    ☐ Resources to find child care
- ☐ Child care at work site    ☐ Financial assistance for child care    ☐ Extended maternity/paternity leave
- ☐ Flexible schedule    ☐ Allow you to bring your child to work
- ☐ Other \_\_\_\_\_
19. If your employer offered any of the options in question 18, which 2 would be the most helpful?
- ☐ Work from home when child is sick or off from school
- ☐ Dependent Care Assistance (DAP)    ☐ Resources to find child care
- ☐ Child care at work site    ☐ Financial assistance for child care    ☐ Extended maternity/paternity leave
- ☐ Flexible schedule    ☐ Allow you to bring your child to work
- ☐ Other \_\_\_\_\_
20. Have child care issues impacted your job (check all that apply):
- ☐ Child care not always reliable    ☐ Not always able to pay    ☐ Worried child isn't safe
- ☐ Worried child isn't receiving best care    ☐ Did not have someone to watch child    ☐ No impact
- ☐ Other \_\_\_\_\_

21. Do you think an increase in the minimum wage will (check all that apply):

- ☐ Affect your ability to pay for care   ☐ Increase the cost of care  
☐ Reduce the availability of child care providers   ☐ No impact  
☐ Other \_\_\_\_\_

22. Do you plan to/would you utilize Paid Family Leave?

- ☐ Mother only   ☐ Father only   ☐ Both parents/guardians   ☐ One parent/guardian only  
☐ Neither parent/guardian   ☐ Not sure

23. Are you aware of Child Care Resources of Rockland's services for children and families?

- ☐ Yes   ☐ No, but I have heard about them   ☐ No, I have never heard about them

**All survey participants will be entered to win a \$100 Visa Gift Card. You must complete the contact information below to be eligible. Your contact information will be kept confidential.**

Email address \_\_\_\_\_

Phone number (with area code) \_\_\_\_\_

First and Last Name (Optional) \_\_\_\_\_

**Would you be interested in any of the following?**

- ☐ Yes, send me the results of this survey  
☐ Yes, I would like to join your email list  
☐ No, I am not interested

**THANK YOU FOR RETURNING  
THIS SURVEY**

**Fax: 845-425-5312**

**Mail: CCRR, 235 N. Main Street, Suite 11,  
Spring Valley, NY 10977**

**Email: [info@rocklandchildcare.org](mailto:info@rocklandchildcare.org)**

**Or take survey on-line at**

**[www.childcarerockland.org](http://www.childcarerockland.org)**



**JANE BROWN**  
Executive Director

# Child Care Resources of Rockland Parenting Education & Engagement Survey 2018

Thank you for taking the time to fill out this survey. Your responses will help us better understand and meet your needs and preferences. It should take you about 5 – 10 minutes to complete. Please complete and return no later than **March 31, 2018**

1. Home Zip Code \_\_\_\_\_
2. I am a parent of a child in the following age group(s):
  - ☐ Infants ( 6 weeks -18 months)
  - ☐ Toddlers ( 18 months – 3 years)
  - ☐ Preschool ( 3 – 5 years)
  - ☐ Younger School Age (5 – 8 years)
  - ☐ Older School Age ( 8 – 12 years)
3. My primary language is:
  - ☐ English
  - ☐ Spanish
  - ☐ French
  - ☐ Creole
  - ☐ Yiddish
  - ☐ Other (please specify) \_\_\_\_\_
4. During the past 2 years, where have you received parent education? (check all that apply)
  - ☐ Child Care Resources of Rockland
  - ☐ Public Library
  - ☐ Family Resource Center
  - ☐ EPIC
  - ☐ School District
  - ☐ On line
  - ☐ Mental Health Association
  - ☐ Early Childhood Direction Center
  - ☐ I have not attended parent education classes
  - ☐ Other (please list) \_\_\_\_\_
5. If you did not receive Parent Education at Child Care Resources of Rockland please let us know why.
  - ☐ Not in a convenient location
  - ☐ The times and dates are not convenient
  - ☐ Topics were not interesting/relevant
  - ☐ Transportation difficulties
  - ☐ Unaware of the parent education CCRR provides
  - ☐ Lack of Child Care
  - ☐ Other (please specify): \_\_\_\_\_
6. What days are most convenient for you to attend parent/grandparent education sessions? Please check all that apply:
  - ☐ Monday ☐ Tuesday
  - ☐ Wednesday ☐ Thursday
7. What times are most convenient for you to attend parent/grandparent education sessions? Please check all that apply:
  - ☐ 9:30-11am ☐ 12-1:30pm
  - ☐ 1-2:30pm ☐ 2-3:30pm
  - ☐ 4-5:30pm ☐ 5:30-7pm
  - ☐ 6-7:30pm ☐ 6:30-8pm
  - ☐ 7-8:30pm
8. How do you receive information about upcoming parent/grandparent education opportunities held by Child Care Resources of Rockland?
  - ☐ Training calendar
  - ☐ Email
  - ☐ Website
  - ☐ Facebook
  - ☐ Mail
  - ☐ I do not receive information about upcoming trainings
  - ☐ Other (please specify): \_\_\_\_\_
9. Parent/Grandparent education offered by Child Care Resources of Rockland is currently free. Would you be willing to pay for this service?
  - ☐ Yes
  - ☐ No

Please add any additional comments:

235 N. Main St., Suite 11  
Spring Valley, NY 10977  
Phone: 877-425-0009 | 845-425-0009  
Fax: 845-425-5312  
www.childcarerockland.org  
info@rocklandchildcare.org  
Office Hours: M-F 8:30-5:00



Child Care Aware® of America Member

10. If Yes, how much would you be willing to pay per session?

- ☐ \$5  
☐ \$10  
☐ \$15

11. Would you be interested in attending our Early Childhood and School Age Conference held on the 1st Saturday in November if there was a track especially for parents/grandparents?

- ☐ Yes  
☐ No

12. Training topic areas: Please check off your top 2 parent education preferences in each of the following general areas:

- ☐ Addressing Children's Behavioral Issues  
☐ Developing Children's Language and Literacy Skills  
☐ Promoting Positive Child Care Provider and Parent Relationships  
☐ Age Appropriate Activities  
☐ Ensuring Children's Safety  
☐ Children's Social and Emotional Development  
☐ Recognizing and Choosing High Quality Child Care  
☐ Child Development Milestones  
☐ When I Have Concerns About my Child  
☐ How to Help Your Child Around Meltdowns  
☐ How to Help Your Child Stop Hitting and Pushing  
☐ Understanding Your Child's Challenging Behavior  
☐ Giving Clear Directions So You Only Have to Give Them Once  
☐ Helping Your Child to Stop Whining  
☐ When Your Child is Fearful  
☐ Using Positive Language to Improve Your Child's Behavior  
☐ Helping Your Child Understand and Label Emotions  
☐ Other: \_\_\_\_\_

13. Are there any topics not listed that you would like to see offered? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. I would be interested in speaking to policy-makers, media and others to educate them about child care issues.

- ☐ Yes  
☐ No

(If Yes please fill out contact information below.)

15. I would be willing to assist in advocacy efforts in the following ways:

- ☐ Write letters  
☐ Make phone calls  
☐ Attend meetings with elected officials  
☐ Attend an advocacy workshop

16. I would like more information about parent education opportunities offered by CCRR.

- ☐ Yes  
☐ No

Please fill out the information below:

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Thank you for taking the time to tell us about your parent education needs!

Return by mail to:

Child Care Resources of Rockland, Inc.  
235 North Main Street, Suite 11  
Spring Valley, NY 10977

OR

Return by Fax to: 845-425-5312

OR

Return by scan to Email:

[info@rocklandchildcare.org](mailto:info@rocklandchildcare.org)



For UPK Early Childhood  
Program Use Only

Date Received: \_\_\_\_\_

- ☐ Birth Certificate
  - ☐ Immunizations
  - ☐ Proof of Residency
  - ☐ Health Appraisal Form
  - ☐ Vision Screening
  - ☐ Hearing Screening
  - ☐ BMI
  - ☐ Home Language Questionnaire
- Enrollment Date: \_\_\_\_\_

## PROGRAMME MATERNEL UNIVERSEL L'APPLICATION DE 2018-2019

S'IL VOUS PLAÎT **CERCLER** LE DISTRICT  
SCOLAIRE OU VOUS RESEDEZ

For CCRR Use Only

- Date Received: \_\_\_\_\_
- ☐ Birth Certificate
  - ☐ Immunizations
  - ☐ Proof of Residency
  - ☐ Health Appraisal Form
  - ☐ Vision Screening
  - ☐ Hearing Screening
  - ☐ BMI
  - ☐ Home Language Questionnaire
  - ☐ Parent Survey
- Enrollment Date: \_\_\_\_\_

**NORTH ROCKLAND NYACK SOUTH ORANGETOWN SUFFERN CENTRAL**

**A noter: Les résidents du district scolaire de EAST RAMAPO CENTRAL auront a appeler le # (845) 577-6158**

Prénom De l'enfant \_\_\_\_\_ Nom de L'enfant \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_ Garçon ☐ Fille ☐

Quelle langue parlez vous à la maison? \_\_\_\_\_

Cet enfant est-il Espagnol, Latino ou d'origine Espagnol? ☐ Oui, Espagnol ☐ Non, pas Espagnol

Race ☐ Noir ☐ Indien Americain/Natif D'Alaska ☐ Blanc ☐ Oriental ☐ Hawaïen/Ile Pasifique /  
L'enfant a-t-il une evaluation educative ? ☐ Oui ☐ Non

Parent/Gardien ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre(S'il vous plait expliquer) \_\_\_\_\_

Prénom De La Mère \_\_\_\_\_ Nom De La Mère \_\_\_\_\_

Prénom du Père \_\_\_\_\_ Nom du Père \_\_\_\_\_

Qí habite l'étudiant couramment? (S'il vous plait marquer une boî'e)

☐ Dans un refuge ☐ un hotel/motel ☐ Dans une voiture, park, aurobus, train ☐ Avile une autre familleo u personne a cause de  
perte de logement ou a cause de quelque difficulté economiques ☐ Autre situation de logement temporaire(S'il vous plait expliquer):  
\_\_\_\_\_ ☐ Logement permanent

Adresse De La Maison: Rue \_\_\_\_\_ Apt.# \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_ Etat \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Téléphone De La Mère \_\_\_\_\_ # De Cell \_\_\_\_\_ # De Travail \_\_\_\_\_

Téléphone Du Père \_\_\_\_\_ # De Cell \_\_\_\_\_ # De Travail \_\_\_\_\_

Email De La Mère \_\_\_\_\_

Email Du Père \_\_\_\_\_

Frère/Soeur

Nom: \_\_\_\_\_ Date de N \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ Date de N \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_ Date de N \_\_\_\_\_ Nom: \_\_\_\_\_ Date de N \_\_\_\_\_

J'ai complete l'application et soumis les documents requis. J'ai reçu des informations sur le criblage de plomb (lead screening) et  
dentaire and developmental (Brigance) screenings avec cette application. Je comprend que mon application ne sera consideree pour  
etre celectioner, si les documentations suivantes n'ont pas ete soumises:

- ☐ L'Acte de Naissance
- ☐ Questionnaire en Langue Domestique
- ☐ La forme D'evaluation de Sante
- ☐ Le Dossier de Vaccination
- ☐ Evaluation D'éducation des Parents
- ☐ La preuve de Residence

Signature du Signature of Parent/Gardien \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

1st Choix \_\_\_\_\_ 2<sup>nd</sup> Choix \_\_\_\_\_ 3<sup>rd</sup> Choix \_\_\_\_\_



STATE EDUCATION DEPARTMENT / THE UNIVERSITY OF THE STATE OF NEW YORK / ALBANY, NY 12234  
Office of P-12

Lissette Colon-Collins, Assistant Commissioner  
Office of Bilingual Education and World Languages

55 Hanson Place, Room 594  
Brooklyn, New York 11217  
Tel: (718) 722-2445 / Fax: (718) 722-2459

89 Washington Avenue, Room 528EB  
Albany, New York 12234  
(518) 474-8775 / Fax: (518) 474-7948

### Questionnaire sur la langue parlée à la maison (QLM)

À tous les parents ou tuteurs :  
Pour offrir la meilleure éducation possible à votre enfant, nous avons besoin de savoir dans quelle mesure votre enfant comprend, parle, lit et écrit l'anglais et quels sont ses acquis et antécédents scolaires ou personnels. Nous vous prions de remplir les sections ci-dessous intitulées *Bagage linguistique et Scolarité*. Votre aide à mieux servir votre enfant, en répondant à ces questions, est très appréciée. Merci.

| Prière d'écrire lisiblement.                                 |               |                                   |
|--------------------------------------------------------------|---------------|-----------------------------------|
| NOM DE L'ELEVE :                                             |               |                                   |
| Prénom                                                       | Second prénom | Nom de famille                    |
| DATE DE NAISSANCE :                                          |               | SEXE                              |
|                                                              |               | <input type="checkbox"/> Masculin |
|                                                              |               | <input type="checkbox"/> Féminin  |
| PARENT OU PERSONNE EXERÇANT DES RESPONSABILITÉS PARENTALES : |               |                                   |
|                                                              |               |                                   |
| Nom de famille                                               |               | Prénom                            |
|                                                              |               | Rapport ou relation à l'élève     |

CODE DE LA LANGUE PARLEE A LA MAISON

| Bagage linguistique<br>(Prière de cocher toutes les cases qui s'appliquent.)      |                                                            |                                                                                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Quelle(s) langue(s) parle-t-on à la maison ou résidence de l'élève ?           | <input type="checkbox"/> Anglais                           | <input type="checkbox"/> Autre <small>préciser</small>                                                 |
| 2. Quelle est la première langue apprise de votre enfant ?                        | <input type="checkbox"/> Anglais                           | <input type="checkbox"/> Autre <small>préciser</small>                                                 |
| 3. Dans quelle langue chacun des parents ou tuteurs s'exprime-t-ils à la maison ? | <input type="checkbox"/> Mère <small>préciser</small>      | <input type="checkbox"/> Père <small>préciser</small>                                                  |
|                                                                                   | <input type="checkbox"/> Tuteur(s) <small>préciser</small> |                                                                                                        |
| 4. Quelle(s) langue(s) votre enfant comprend-il ?                                 | <input type="checkbox"/> Anglais                           | <input type="checkbox"/> Autre <small>préciser</small>                                                 |
| 5. Quelle(s) langue(s) votre enfant parle-t-il ?                                  | <input type="checkbox"/> Anglais                           | <input type="checkbox"/> Autre <small>préciser</small> <input type="checkbox"/> Ne la (les) parle pas. |
| 6. Quelle(s) langue(s) votre enfant lit-il ?                                      | <input type="checkbox"/> Anglais                           | <input type="checkbox"/> Autre <small>préciser</small> <input type="checkbox"/> Ne la (les) lit pas.   |
| 7. Quelle(s) langue(s) votre enfant écrit-il ?                                    | <input type="checkbox"/> Anglais                           | <input type="checkbox"/> Autre <small>préciser</small> <input type="checkbox"/> Ne l' (les) écrit pas. |

| SECTION RÉSERVÉE AU DISTRICT DANS LEQUEL L'ENFANT EST INSCRIT |                                                      |
|---------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| SCHOOL DISTRICT INFORMATION:                                  | STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM: |
| <input type="text"/>                                          | <input type="text"/>                                 |
| District Name (Number) & School                               | Address                                              |

French

## Questionnaire sur la langue parlée à la maison (QLM) — Page deux

| Scolarité                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 8. Inscrire le nombre total d'années pendant lesquelles votre enfant a fréquenté l'école : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |
| 9. Croyez-vous que votre enfant pourrait avoir des difficultés ou un trouble quelconque susceptibles de nuire à sa capacité de comprendre, de parler, de lire ou d'écrire l'anglais ou une autre langue ? Si oui, prière de les décrire.<br><div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start;"> <div style="width: 30%;"> <b>Oui*</b> <input type="checkbox"/> <b>Non</b> <input type="checkbox"/> <b>Pas certain(e)</b> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 65%;"> <b>*Si oui, prière d'expliquer :</b> _____ </div> </div> |  |
| Selon vous, quel est le degré de gravité de ses difficultés ? <input type="checkbox"/> Faible <input type="checkbox"/> Moyen <input type="checkbox"/> Élevé                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |
| 10a. Votre enfant a-t-il par le passé été <u>envoyé pour consultation</u> afin de subir une évaluation pour déterminer s'il a des besoins éducatifs spéciaux ou s'il a besoin d'être aidé par une pédagogie spécifique ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui* <i>*Prière de répondre à la question 10b ci-dessous.</i>                                                                                                                                                                                                                                  |  |
| 10b. <i>*S'il a été envoyé pour consultation, votre enfant a-t-il reçu par le passé des services éducatifs spéciaux?</i><br><input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui – Préciser le genre de service reçu : _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| Quel âge avait votre enfant lorsqu'il a reçu ces services ? <i>(Prière de cocher toutes les cases qui s'appliquent.)</i><br><input type="checkbox"/> Naissance à 3 ans (Intervention précoce) <input type="checkbox"/> 3 à 5 ans (Éducation spéciale) <input type="checkbox"/> 6 ans ou plus (Éducation spéciale)                                                                                                                                                                                                                                                             |  |
| 10c. Votre enfant suit-il un programme d'enseignement individualisé (IEP) ? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
| 11. Pensez-vous à autre chose que l'école devrait savoir au sujet de votre enfant ? <i>(par ex. un talent particulier, un souci de santé, etc.)</i><br><div style="border: 1px solid black; height: 30px; margin-top: 5px;"></div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |
| 12. Dans quelle(s) langue(s) préféreriez-vous recevoir l'information de l'école ? _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |

Signature du parent ou de la personne exerçant des responsabilités parentales \_\_\_\_\_

Rapport ou relation à l'élève ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre \_\_\_\_\_

Mois \_\_\_\_\_ Jour \_\_\_\_\_ Année \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

| OFFICIAL ENTRY ONLY - NAME/POSITION OF PERSONNEL ADMINISTERING HLQ                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NAME: _____                                                                                                                                                                                         | POSITION: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| IF AN INTERPRETER IS PROVIDED, LIST NAME, POSITION AND CREDENTIALS:                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL REVIEWING HLQ AND CONDUCTING INDIVIDUAL INTERVIEW                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| NAME: _____                                                                                                                                                                                         | POSITION: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| ORAL INTERVIEW NECESSARY: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>MO. _____</span> <span>DAY _____</span> <span>YR. _____</span> </div>  | <b>OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW:</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL<br/> <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT<br/> <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM </div> <div style="width: 5%;"></div> </div>                           |
| NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| NAME: _____                                                                                                                                                                                         | POSITION: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <b>DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION:</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-around; margin-top: 5px;"> <span>MO. _____</span> <span>DAY _____</span> <span>YR. _____</span> </div> | <b>PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL:</b><br><div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 5px;"> <div style="width: 45%;"> <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING </div> <div style="width: 5%;"></div> </div> |
| FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |

## UNIVERSAL PRE-KINDERGARTEN (UPK) HEALTH APPRAISAL

**Child's Name** \_\_\_\_\_

**DATE of Exam:** \_\_\_\_\_

Male or Female \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

### TO BE COMPLETED BY HEALTH CARE PROVIDER

#### REQUIRED INFORMATION FOR ADMISSION

- ☐ This child is fit for child care and preschool activities.
- ☐ A complete and up-to-date immunization record is attached (the child may not attend UPK until all age appropriate immunizations have been administered or an appointment has been scheduled by the doctor)
- ☐ Proof of appointment to receive missing vaccinations is attached.
- ☐ Allergies or conditions: \_\_\_\_\_
- ☐ A special care plan is attached addressing chronic conditions, asthma, allergies, diabetes 1 or 2, hyperlipidemia, hypertension, etc.

**\*Please note: Not all UPK programs administer medication.**

|                                                                                                                                                                                            |                                                                                                     |                                                                                                      |   |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|--|
| Body Mass Index: _____                                                                                                                                                                     | Vision - without glasses/contact lenses                                                             | R                                                                                                    | L |  |
| Weight Status Category (BMI Percentile):                                                                                                                                                   | Vision - with glasses/contact lenses                                                                | R                                                                                                    | L |  |
| <input type="checkbox"/> less than 5 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 5 <sup>th</sup> through 49 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 50 <sup>th</sup> through 84 <sup>th</sup>    | Vision - Near Point                                                                                 | R                                                                                                    | L |  |
| <input type="checkbox"/> 85 <sup>th</sup> through 94 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 95 <sup>th</sup> through 98 <sup>th</sup> <input type="checkbox"/> 99 <sup>th</sup> and higher | Hearing <input type="checkbox"/> Pass 20 db sc both ears or:                                        | R                                                                                                    | L |  |
|                                                                                                                                                                                            | Vision <input type="checkbox"/> Subjectively Normal<br><input type="checkbox"/> Unable to cooperate | Hearing <input type="checkbox"/> Subjectively Normal<br><input type="checkbox"/> Unable to cooperate |   |  |

Health Care Provider Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**DATE OF EXAM** \_\_\_\_\_

Stamp: \_\_\_\_\_

**I am opting out of including my child's BMI information in the NYS Obesity**

**Report** Yes ☐ No ☐

#### **RECOMMENDED INFORMATION FOR PERMANENT SCHOOL RECORDS**

Height: \_\_\_\_\_ Weight: \_\_\_\_\_ Blood Pressure: \_\_\_\_\_ ☐ Normal ☐ Condition

Sickle Cell Screen ☐ Positive ☐ Negative Date: \_\_\_\_\_ ☐ Not done

PPD: ☐ Positive ☐ Negative Date: \_\_\_\_\_ ☐ Not done

Lead Level \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ ☐ Not done

Dental ☐ Referred to Dental ☐ Dental Certificate Attached

## Notes de santé pour les parents de l'universel Pré-jardin d'enfants

### CONDITIONS

**Immunisations :** L'application de votre enfant ne sera pas écrite dans la loterie sans la preuve des immunisations suivantes :

**3 DTap, 3 heptite B, 3 Hib, 1 MMR, 1 Varicella, 4 Pneumococcal**

(<http://www.health.ny.gov/publications/2370.pdf>)

(<http://www.health.state.ny.us/publications/2370.pdf>)

Les immunisations gratuites sont disponibles au département de la Santé du comté de Rockland à Pomona au centre de santé de Robert Yeager, Building A 2ème étage Dans le secteur rotunda. Pour un rendez-vous appeler (845) 364-2519. La clinique voit des enfants sous l'âge de 5 ans le 2ème mercredi de chaque mois.

Il y a seulement trois exceptions pour la preuve des immunisations : 1) preuve d'un rendez-vous pour recevoir une documentation 2) une lettre d'exemption religieuse ou 3) documentation par un fournisseur de santé d'une exemption médicale.

### RECOMMENDATIONS

#### Lead Screening

Les enfants peuvent contracter l'empoisonnement du plomb dans la peinture d'une vieille maison, la terre contaminée, des jouets importés, des assiettes en céramique, et des eaux coulant des robinets anciens. Les symptômes peuvent se présenter comme une simple maladie mais le danger est énorme, et peuvent causer la réduction de l'IQ, retard de croissance, problème d'ouïe, problème de conduite et d'attention et rein. Demander à votre Docteur de faire l'examen de plomb pour votre enfant. .

**Evaluation de Santé/Rapport Médical :** Vous pouvez utiliser la forme fournie dans cette application ou des autres, cependant, toute l'information requise doivent être complets comme montrés. Assurez vous que votre docteur inclut les criblages de vision et d'audition ; BMI et BMI%. Si un essai de PPD n'est pas fait, demandez au docteur d'écrire <<non indiqué>> ou un autre commentaire. Dans certaines catégories, la catégorie BMI% de statut de poids est rapportée au Département de La Santé de NY. Aucun non n'est envoyé, cependant vous pouvez choisir d'avoir l'information de votre enfant exclue de ce rapport. Dans ce cas-ci, marquez svp la boîte appropriée sur la forme d'évaluation de santé

#### Examen Dentaire

**L'Académie Américaine de Dentisterie Pédiatrique** recommande une consultation dentaire au moins deux fois par an pour la plupart des enfants. Quelques enfants ont besoin de plus de visites à cause des risques de cavité, due par un rare développement ou manque d'hygiène. Votre Dentiste Pédiatrique fournit une évaluation continue de changement sur la santé, dentaire de votre enfant. Par exemple, votre enfant peut avoir besoin de plus de fluorure un changement de diète, ou des supports pour une denture saine. Un dentiste vous donnera un certificat dentaire pour donner au district scolaire que vous pouvez aussi donner à Child Care Resources of Rockland si nécessaire. Voici la liste des facultés dentaires à prix bas dans la comté de Rockland donnée par : Le Département de l'Education de New York Student Support Services Team :

|                                             |                |
|---------------------------------------------|----------------|
| Community Medical & Dental, Monsey :        | (845) 352-6800 |
| Community Medical & Dental, Spring Valley : | (845) 426-5800 |
| Refuah Health Center, Spring Valley         | (845) 354-9300 |
| Hudson River Healthcare, Spring Valley..... | (845) 573-9860 |
| Hudson River Healthcare, Haverstraw.....    | (845) 429-4499 |

## **Le programme d'étude créateur pour le Précoce**

Le mot programme d'études est souvent défini comme « plan pour apprendre ».

Les Règlements d'Education de l'Etat de New York demandent que le Programme d'Etudes utilisé dans la salle de classe de l'Ecole Maternelle Universelle soit aligné avec les Modèles d'Etude Préscolaires. Dans l'Etat de New York les Modèles d'Etude du Pré-k ont été approuvés par le Conseil de Régent à leur P-12 réunion de Comité d'Education le 10 Janvier, 2011. Ces Modèles adressent les points suivants : les Approches pour Apprendre, le Développement Physique et Sanitaire, le Développement Social et Emotif, les Communications, le Langage et la Littérature, l'Analogie et la Science Universelle. Ces Modèles sont disponibles sur le Web adresse suivant : <http://www.p12.nysed.gov/ciai//pdfdocs/nyslsprek.pdf>

Le Programme Inventif pour Préscolaire a été choisi par tous les districts scolaire de la Région de Rockland pour être utiliser par le Programme de l'Ecole Maternelle parce qu'il est directement aligné avec les Modèles d'Etude Préscolaire de l'Etat de New York et parce qu'il accentue la pratique développemental appropriée. Ce Programme d'Etude a été publié par les Stratégies d'Enseignement ([www.TeachingStrategies.com](http://www.TeachingStrategies.com)) et a été écrit par Diane Trister Dodge, Laura Colker et Cate Heroman. Ces trois professionnels d'éducation enfantine sont bien connus étant des orateurs, des auteurs, des éducateurs et innovateurs d'éducation maternelle. Le programme d'études créateur est basé sur la recherche classique dans le développement d'enfant qui s'est accumulé au cours des 75 dernières années. Il est basé sur la recherche récente et les théories principales qui soutiennent le concept de la pratique appropriée de développement, qui signifie d'enseignement des manières qui match la manière qu'ils développent et apprennent. Il est également basé sur des informations courantes sur l'étude, le cerveau et l'élasticité.

Ce que nous savons dans le domaine au sujet de la façon dont les enfants de quatre ans développent et apprennent nous dit mieux qu'ils ont besoin beaucoup de corps entier, mains dessus, des expériences réelles à expérimenter, explorer et poursuivre leurs propres intérêts. Ils ont besoin d'occasions suffisantes de développer l'indépendance, des qualifications de résolution des problèmes de prise de décision et, expression créatrice et résolution de conflit. Le concept de la pratique appropriée du développement nous indique que les enfants sont les plus réceptifs à, et acquiert mieux des qualifications de promptitude d'universitaire quand elles sont incluses chez l'enfant naturellement cherché après des expériences de jeu. Le programme d'études guide des professeurs en structurant ces expériences et l'environnement de telle manière que maximize les secteurs de l'intérêt de l'enfant et les niveaux de compétence. Les professeurs sont impliqués dans un processus continuel d'observer, de guider et d'évaluer un enfant apprenant de sorte qu'ils puissent projeter plus efficacement.

*Le programme d'études créateur* pour le précoce est un guide pour que les professeurs les soutiennent en projetant ces types d'expériences d'étude pour leurs étudiants. Il aide des professeurs à comprendre les différences individuelles dans le genre, le tempérament, des intérêts, des modèles d'étude, les milieux culturels, les besoins spéciaux ou si un enfant apprend l'anglais comme deuxième langue. Le programme d'études identifie également que la recherche et les résultats les plus récents indiquent un équilibre des expériences dirigées de professeur et enfant-initier l'instruction d'étude est le meilleur.

## **Brigance Screening**

Dans l'état de New-York des enfants sont requis d'être interviewés au premier point d'entrée dans la zone scolaire. Ceci s'est typiquement produit quand les enfants entrent le jardin d'enfants. Un

criblage sera exigé de votre enfant actuellement parce qu'ils entrent dans la zone scolaire à quatre ans d'âge par le programme de Pré-Jardin d'enfants. Si votre enfant est choisi pour de Pré-Jardin, un criblage de développement diagnostiqué sera administré à votre enfant à leur emplacement de Pré-Jardin avant le 1er décembre de l'année scolaire 2018/2019 selon la partie 117 des règlements d'éducation de l'état de New-York. L'outil diagnostique de criblage employé par toutes les zones scolaires est le *Brigance Early Childhood Screen III*. Cet outil nationalement normalisé peut être administré en approximativement 15 minutes. Il couvre un large prélèvement des qualifications d'un enfant dans les secteurs principaux de développement tels que la langue, l'instruction, les maths et les qualifications physiques. L'information rassemblée durant le Brigance aide les professeurs et les directeurs de programme à répondre aux exigences de criblage, plan pour individualiser et grouper l'instruction et initier les références pour future évaluation si nécessaire.

### Liste De Programme Maternel Universel

**\*S'il vous plait lisez la page entièrement pour des informations importantes\***

Votre enfant est il enrôlé dans un programme enfantin? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

Si oui, quel est le nom du programme? \_\_\_\_\_

(Si votre enfant a été sélectionné pour participer au Programme Maternel Universel nous ferons tous nos efforts pour le/la garder dans son programme courant basant sur la disponibilité, si ce programme fait partie du UPK Programme Maternel Universel)

Tous les candidats du Pré-Kindergarten éligibles, sélectionnés sont autorisés à inscrire leurs enfants à n'importe de ces programmes, sans restriction de district scolaire, selon la disponibilité et l'autorisation du district scolaire. Pour simplifier, une liste, des programmes ont été dessinées alphabétiquement par village participant au programme

**S'il vous plait numéroter avec 1, 2, et 3 pour montrer votre 1<sup>ER</sup>, 2<sup>ND</sup>, ou 3eme choix du programme maternel que vous voulez que votre enfant attende pour le Programme Universel de Pré-Kindergarten.**

**Nous RECOMMANDONS FORTEMENT que les parents entrent en contact avec des différents emplacements pour s'informer au sujet des programmes et de leur période d'opération et visiter le programme de UPK avant d'en choisir**

**Les enfants ne seront pas déplacés pour un autre programme après le 1er. Octobre 2018 excepter pour des circonstances extrêmes**

**Child Care Ressources of Rockland, Inc. peut seulement placer votre enfant dans un programme MAIS PAS dans une salle de classe. L'attribution de salle de classe et la période d'opération sont faites à la discrétion de chaque programme. A noter que les périodes d'opération peuvent variées. S'il vous plait encercler la période que vous être intéressé à attendre. Les programmes offrant un jour prolonge pour plus d'argent seront notes par un\* signe.**



**CONDITIONS REQUISES POUR ETRE ELIGIBLE POUR LE PROGRAMME DE UPK**  
**JOURNEE ENTIERE ETAT ENTIER**

☐ Je ne veux pas appliquer pour la journée entière.

**\*\*Pas nécessaire de remplir cette application**

☐ Je veux appliquer pour la journée entière

Répondez aux questions suivantes si vous voulez appliquer pour la journée entière

Quelle langue(s) parlez-vous à la maison ? \_\_\_\_\_

Quelle langue(s) parlez-vous le plus à l'enfant ? \_\_\_\_\_

Quelle langue (s) que l'enfant comprend mieux ? \_\_\_\_\_

**EXPERIENCE D'ENFANCE**

☐ Oui mon enfant était enrôlé dans un programme maternel pour au moins une année

Nom du programme \_\_\_\_\_

☐ Mon enfant a peu d'expérience de nursery programme (moins qu'un an)

☐ Non, mon enfant n'a jamais attend aucun programme maternel.

**SALAIRE D'ELIGIBILITE**

Nombre de personnes dans la famille \_\_\_\_\_ Revenu annuel \_\_\_\_\_

Soumettez pour vérification :

**\*\*\*\*Guide de Salaire Eligible ci inclus a la page suivante\*\*\*\***

☐ Certificat du NYS Bureau «D'Assistance et d'incapacité Temporaire » (TANF) ou du programme de Distribution d'Aliments au Territoire Indien (FDPIR)

**OU**

☐ Copie de votre Impôt Sur le Revenu pour l'année 2017 .(Tax Return) et

☐ 4 reçus de paiement de votre salaire.

**OU**

☐ Preuve de revenue de votre incapacité et/ou d'assurance de chômeur si c'en est le cas. Si vous n'aviez pas déposé une déclaration d'impôt (Income Tax) ou vous ne pouvez pas fournir une preuve de votre salaire, présentez les suivants :

☐ Une lettre venant de votre employeur attestant les jours, les heures de travail et le salaire reçu, ou

☐ Ecrivez une lettre attestant votre condition de chômage.

## ELIGIBILITY CRITERIA FOR STATEWIDE FULL DAY PREKINDERGARTEN

☐ I Do Not Want To Apply For Full Day

**\*\*No need to fill out this form if not applying\*\***

☐ I Do Want To Apply for Full Day

**Answer the following questions if you are applying for full day:**

What language(s) is spoken in your home? \_\_\_\_\_

What language is spoken most of the time to the child? \_\_\_\_\_

What language(s) does the child understand? \_\_\_\_\_

### EARLY CHILDHOOD EXPERIENCE

☐ Yes my child has attended a child care or nursery program for at least a year.

Name of program \_\_\_\_\_

☐ My child has had limited child care or nursery experience. (less than 1 year attendance)

☐ No, my child has not attended any child care or nursery program.

### INCOME ELIGIBILITY

Family Size \_\_\_\_\_

Annual Income \_\_\_\_\_

**Submit for Income Verification:**

**\*\*\*\*Income Eligibility Guidelines Provided on the Next Page\*\*\*\***

☐ Certification Letter from the NYS Office of Temporary and Disability Assistance(TANF) or the Food Distribution Program on Indian Reservation (FDPIR)

**OR**

☐ Copy of 2017 Federal Income Tax Return (top page ONLY showing adjusted gross income); and

☐ 4 weeks Pay Stubs

**OR**

☐ Proof of Disability Income and/or Unemployment Insurance if applicable

**\* If you have not filed a Federal Tax Return and do not have proof of income, please submit the following:**

☐ Letter from employer stating length of employment days, hours and salary, or

☐ Letter from you indicating unemployment status

**2017-2018 INCOME ELIGIBILITY GUIDELINES  
FOR FREE AND REDUCED PRICE MEALS OR FREE MILK**

| Free Eligibility Scale      |           |          |                 |                 |          | Reduced Price Eligibility Scale |           |          |                 |                 |          |
|-----------------------------|-----------|----------|-----------------|-----------------|----------|---------------------------------|-----------|----------|-----------------|-----------------|----------|
| Free Lunch, Breakfast, Milk |           |          |                 |                 |          | Reduced Price Lunch, Breakfast  |           |          |                 |                 |          |
| Household Size              | Annual    | Monthly  | Twice per Month | Every Two Weeks | Weekly   | Household Size                  | Annual    | Monthly  | Twice per Month | Every Two Weeks | Weekly   |
| 1                           | \$ 15,678 | \$ 1,307 | \$ 654          | \$ 603          | \$ 302   | 1                               | \$ 22,311 | \$ 1,860 | \$ 930          | \$ 859          | \$ 430   |
| 2                           | \$ 21,112 | \$ 1,760 | \$ 880          | \$ 812          | \$ 406   | 2                               | \$ 30,044 | \$ 2,504 | \$ 1,252        | \$ 1,156        | \$ 578   |
| 3                           | \$ 26,546 | \$ 2,213 | \$ 1,107        | \$ 1,021        | \$ 511   | 3                               | \$ 37,777 | \$ 3,149 | \$ 1,575        | \$ 1,453        | \$ 727   |
| 4                           | \$ 31,980 | \$ 2,665 | \$ 1,333        | \$ 1,230        | \$ 615   | 4                               | \$ 45,510 | \$ 3,793 | \$ 1,897        | \$ 1,751        | \$ 876   |
| 5                           | \$ 37,414 | \$ 3,118 | \$ 1,559        | \$ 1,439        | \$ 720   | 5                               | \$ 53,243 | \$ 4,437 | \$ 2,219        | \$ 2,048        | \$ 1,024 |
| 6                           | \$ 42,848 | \$ 3,571 | \$ 1,786        | \$ 1,648        | \$ 824   | 6                               | \$ 60,976 | \$ 5,082 | \$ 2,541        | \$ 2,346        | \$ 1,173 |
| 7                           | \$ 48,282 | \$ 4,024 | \$ 2,012        | \$ 1,857        | \$ 929   | 7                               | \$ 68,709 | \$ 5,726 | \$ 2,863        | \$ 2,643        | \$ 1,322 |
| 8                           | \$ 53,716 | \$ 4,477 | \$ 2,239        | \$ 2,066        | \$ 1,033 | 8                               | \$ 76,442 | \$ 6,371 | \$ 3,186        | \$ 2,941        | \$ 1,471 |
| Each Add'l person add       | \$ 5,434  | \$ 453   | \$ 227          | \$ 209          | \$ 105   | Each Add'l person add           | \$ 7,733  | \$ 645   | \$ 323          | \$ 298          | \$ 149   |

BOTH of the above income eligibility scales should appear in the Public Announcement/News Release

ONLY the reduced price income eligibility scale can appear in the Letter to Parents (for those schools participating in the National School Lunch or Breakfast Program).

ONLY those schools that participate in the Special Milk Program and offer Free Milk can publish the Free Eligibility Scale in both the Public Announcement and the Letter to the Parent.

**Please note: *Incomes indicated on the free and reduced price eligibility scales are maximum amounts.***

| AM Session                                                                                                                            | PM Session     | Choice # (1, 2 or 3) | Program Name                              | Address                                                 | Point of Contact and Number       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|-------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| <b>Blauvelt</b>                                                                                                                       |                |                      |                                           |                                                         |                                   |
| <u>9-2</u>                                                                                                                            | <u>1-3:30</u>  | *                    | Preschool Playhouse/<br>Funland           | 557 Western Highway<br>Blauvelt, NY 10913               | Adam Fiala<br>(845) 359-4562      |
| <u>8:30-11:15</u><br><u>8:30-2</u>                                                                                                    |                | *                    | St. Catharine's Early<br>Education Center | 517 Western Highway<br>Blauvelt, NY 10913               | Barbara Feeney<br>(845) 359-4330  |
| St. Catherine's will only serve children in Clarkstown, Nanuet, Nyack, Pearl River and South Orangetown.                              |                |                      |                                           |                                                         |                                   |
| <b>Garnerville</b>                                                                                                                    |                |                      |                                           |                                                         |                                   |
| <u>8:30-11</u>                                                                                                                        | <u>3-5:30</u>  | *                    | Time In Child Care<br>Inc.                | 60 Captain Shankey<br>Drive<br>Garnerville, NY<br>10923 | Denise Forsberg<br>(845) 942-8149 |
| <u>8-10:30</u><br><u>8-2:40</u>                                                                                                       | <u>12-2:30</u> | *                    | St. Gregory                               | 26 Cinder Rd<br>Garnerville, NY<br>10923                | Dana Spicer<br>(845) 947-1330     |
| <b>Haverstraw</b>                                                                                                                     |                |                      |                                           |                                                         |                                   |
| <u>10:45-1:15</u><br><u>9:30-3:30</u>                                                                                                 | <u>1:30-4</u>  | *                    | Haverstraw Day Care,<br>Inc.              | 212 Route 9W<br>Haverstraw, NY<br>10927                 | Gabriella Armas<br>(845) 429-2323 |
| <u>9-11:30</u><br><u>8:30-11</u>                                                                                                      |                | *                    | Haverstraw Head Start                     | 138-146 Maple<br>Avenue<br>Haverstraw, NY<br>10927      | Danilsa Foster<br>(845) 429-2225  |
| <b>Nanuet</b>                                                                                                                         |                |                      |                                           |                                                         |                                   |
| <u>9:15-11:45</u>                                                                                                                     | <u>12:30-3</u> | *                    | Kids Kingdom                              | 121 West Nyack Road<br>Nanuet, NY 10954                 | Stacie Scollo<br>(845) 624-0936   |
| <u>9:30-12</u>                                                                                                                        | <u>12:30-3</u> | *                    | George Miller School                      | 50 Blauvelt Road<br>Nanuet, NY 10954                    | RoseAnn Mercado<br>(845) 627-4889 |
| This program at George Miller will be operated by Nanuet Family Resource Center and will accept Nanuet School District children only. |                |                      |                                           |                                                         |                                   |
| <p>* Note programs that offer extended hours for a fee.</p> <p>***Note programs that offer Statewide Full Day</p>                     |                |                      |                                           |                                                         |                                   |

| AM Session                      | PM Session        | Choice # (1, 2 or 3) | Program Name                                              | Address                                       | Point of Contact and Number                |
|---------------------------------|-------------------|----------------------|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <b>New City</b>                 |                   |                      |                                                           |                                               |                                            |
| <u>9-11:30</u><br><u>9-2</u>    | <u>12:30-3</u>    |                      | Benim Scholastic Academy                                  | 114 So Main Street<br>New City, NY 10956      | Lana Benim<br>(845) 521-7055               |
|                                 | <u>12:30-3</u>    |                      | Busy Bee Playschool                                       | 39 Germonds Road<br>New City, NY 10956        | Ric Rabinowitz<br>(845) 623-0849           |
| <u>9-11:30</u><br><u>9-3:30</u> | <u>1-3:30</u>     |                      | Jawonio                                                   | 260 Little Tor Road<br>New City, NY 10956     | Gail Nachimson<br>(845) 708-2000 x3255     |
|                                 | <u>12-2:30</u>    |                      | New City Jewish Center                                    | 47 Old Schoolhouse Road<br>New City, NY 10956 | Jacalyn Binstock<br>(845) 638-9600 ext 117 |
| <u>9-11:30</u>                  | <u>12:30-3</u>    |                      | Prime Time for Kids                                       | 60 Phillips Hill Road<br>New City, NY 10956   | David Saupaugh<br>(845) 639-2425           |
| <u>9-11:30</u><br><u>9-3</u>    | <u>1-3:30</u>     |                      | Smarty Pants Learning Center                              | 484 New Hempstead Rd<br>New City, NY 10956    | LaShone Lindsey<br>(845) 678-3809          |
| <u>9-11:30</u>                  |                   |                      | St. Paul's Christian Day School                           | 323 So Main Street<br>New City, NY 10956      | Fran Talbi<br>(845) 634-0929               |
| <u>9-11:30</u>                  |                   |                      | Tutor Time – New City                                     | 227 North Main Street<br>New City, NY 10956   | Karen Wizeman<br>(845) 708-8270            |
| <b>Nyack</b>                    |                   |                      |                                                           |                                               |                                            |
| <u>9-3</u>                      | <u>12:30-3:15</u> |                      | Montessori Center of Nyack                                | 85 Marion Street<br>Nyack, NY 10960           | Dorothy Goren<br>(845) 358-9209            |
| <u>9:25-11:55</u>               |                   |                      | Nursery School of the Nyacks (Cooperative Nursery School) | 130 First Avenue<br>Nyack, NY 10960           | Kathy Rauth<br>(845) 348-3286              |

\* Note programs that offer extended hours for a fee.  
 \*\*\*Note programs that offer Statewide Full Day

| AM Session                                                                                                                      | PM Session     | Choice # (1, 2 or 3) | Program Name               | Address                                          | Point of Contact and Number        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|----------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------|
| <b>Nyack(cont'd)</b>                                                                                                            |                |                      |                            |                                                  |                                    |
| <u>8:30-11</u>                                                                                                                  |                |                      | Nyack Head Start           | 85 Depew Avenue<br>Nyack, NY 10960               | Kira Davenport<br>(845) 358-2234   |
| <u>9-11:30</u>                                                                                                                  |                |                      | Children of America        | 265 No. Highland Ave<br>Nyack, NY 10960          | Jami Flynn<br>(845) 348-1433       |
| <b>Palisades</b>                                                                                                                |                |                      |                            |                                                  |                                    |
| <u>9-11:30</u><br><u>9-2:30</u>                                                                                                 | <u>1-3:30</u>  | <br>*                | Children's Corner          | 680 Oak Tree Lane<br>Palisades, NY 10964         | Joanna Robinson<br>(845) 620-0007  |
| <b>Pearl River</b>                                                                                                              |                |                      |                            |                                                  |                                    |
| <u>9-11:30</u><br><u>9-2:30</u>                                                                                                 | <u>12-2:30</u> | <br>*                | Children's Corner          | 1 Blue Hill Plaza<br>Pearl River, NY 10965       | Sari Altabet<br>(845) 620-1669     |
| <u>9-11:30</u>                                                                                                                  | <u>12:30-3</u> |                      | Good Shepherd              | 112 North Main Street<br>Pearl River, NY 10965   | Maureen Connelly<br>(845) 735-2737 |
| <u>9-11:40</u>                                                                                                                  | <u>12-2:40</u> |                      | Naurashaun Nursery School  | 51 Sickletown Road<br>Pearl River, NY 10965      | Tara DiRocco<br>(845) 735-4787     |
| <u>9-15-11:45</u>                                                                                                               |                |                      | Tall Pines Nursery School  | 84 Ehrhardt Road<br>Pearl River, NY 10965        | Diane Kayser<br>(845) 735-7227     |
| <b>Pomona</b>                                                                                                                   |                |                      |                            |                                                  |                                    |
| <u>9:30-12</u><br><u>9:30-3</u>                                                                                                 | <u>12:30-3</u> | <br>*                | Rockland Worksite Day Care | 50 Sanatorium Road<br>Bldg R<br>Pomona, NY 10970 | Maria Ceci<br>(845) 364-2697       |
| <b>Sloatsburg</b>                                                                                                               |                |                      |                            |                                                  |                                    |
| <u>9-11:30</u>                                                                                                                  |                |                      | Y's Beginnings-Sloatsburg  | 11 Second Street<br>Sloatsburg, NY 10974         | Marianna Resch<br>(845) 357-3223   |
| <p><b>* Note programs that offer extended hours for a fee.</b></p> <p><b>***Note programs that offer Statewide Full Day</b></p> |                |                      |                            |                                                  |                                    |

| AM Session                                                                                                          | PM Session                             | Choice # (1, 2 or 3) | Program Name                                    | Address                                               | Point of Contact and Number             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Stony Point</b>                                                                                                  |                                        |                      |                                                 |                                                       |                                         |
|                                                                                                                     | <u>12:20-2:50</u><br><u>12:30-3:10</u> | *                    | Children of Mary Nursery/Kindergarten           | 174 Filors Lane<br>Stony Point, NY 10980              | Cheryl Hubert<br>(845) 947-3183         |
| <u>9-11:30</u><br><u>9-4</u>                                                                                        |                                        | *<br>***             | Children of America                             | 32 S Liberty Drive<br>Stony Point, NY 10980           | Amanda Munderville<br>(845) 429-4621    |
| <u>9-11:30</u>                                                                                                      | <u>12:15-2:45</u>                      |                      | Cricket Town School                             | 17 Cricketown Road<br>Stony Point, NY 10980           | Audrie Reicherter<br>(845) 786-3913     |
| <b>Suffern</b>                                                                                                      |                                        |                      |                                                 |                                                       |                                         |
| <u>9-11:30</u>                                                                                                      | <u>1-3:30</u>                          | *                    | Rockland Community College Campus Fun and Learn | 145 College Road<br>Suffern, NY 10901                 | Andrea Bogin<br>(845) 574-4561          |
| <u>9-11:30</u><br><u>9-4</u>                                                                                        |                                        | *<br>***             | Kindercare                                      | 36 Route 59<br>Suffern, NY 10901                      | Laura Fields<br>(845) 357-4048          |
| <u>9-11:30</u>                                                                                                      | <u>12:45-3:15</u>                      |                      | Ramapo Central PreK                             | 557 Haverstraw Road<br>Route 202<br>Suffern, NY 10901 | Alexis Fibble<br>(845) 357-7783 ext 232 |
| <b>Suffern Central PreK is located in the Viola Elementary and will accept only Suffern Central children first.</b> |                                        |                      |                                                 |                                                       |                                         |
| <u>8-10:30</u><br><u>8-1</u>                                                                                        | <u>12-2:30</u>                         | *<br>***             | Sacred Heart School                             | 60 Washington Ave<br>Suffern, NY 10901                | Kathleen Grande<br>(845) 357-1684       |
| <u>9-11:30</u>                                                                                                      |                                        | *                    | The Goddard School                              | 334 Spook Rock Road<br>Suffern, NY 10901              | Carolina Krauthamer<br>(845) 368-3773   |
| <p>* Note programs that offer extended hours for a fee.<br/> ***Note programs that offer Statewide Full Day</p>     |                                        |                      |                                                 |                                                       |                                         |

| AM Session                                                                                                           | PM Session     | Choice # (1, 2 or 3) | Program Name                             | Address                                                                | Point of Contact and Number             |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <b>Suffern(cont'd)</b>                                                                                               |                |                      |                                          |                                                                        |                                         |
| <u>9-11:30</u>                                                                                                       | <u>12:30-3</u> |                      | Y's Beginnings – Suffern                 | 18 Parkside Drive<br>Suffern, NY 10901                                 | Marianna Resch<br>(845)357-3223         |
| <u>9-11:30</u><br><u>9-3</u>                                                                                         |                | *<br>***             | Tender Loving Kids Club                  | 3 Church Road<br>Suffern, NY 10901                                     | Luann Dinino<br>(845) 357-5454          |
| <u>9:30-12</u>                                                                                                       |                |                      | Yeshiva Ohr Reuven                       | 257 Grandview Avenue<br>Suffern, NY 10901                              | Feige Bessler<br>(845) 352-7100 ext 117 |
| <b>Tappan</b>                                                                                                        |                |                      |                                          |                                                                        |                                         |
| <u>9:05-11:35</u>                                                                                                    | <u>12:30-3</u> |                      | Children's Enrichment Center             | 32 Old Tappan Road<br>Tappan, NY 10983                                 | Joanne Volpe<br>(845) 398-3370          |
| <b>Valley Cottage</b>                                                                                                |                |                      |                                          |                                                                        |                                         |
| <u>8:15-10:45</u>                                                                                                    | <u>12-2:30</u> | *<br>***             | St Paul's Pre-K                          | 365 Kings Highway<br>Valley Cottage NY 10989                           | Michelle Pitot<br>(845) 268-6506        |
| <b>West Haverstraw</b>                                                                                               |                |                      |                                          |                                                                        |                                         |
| <u>9-11:30</u>                                                                                                       | <u>12:30-3</u> | *                    | The Jan and Niles Davies Learning Center | Bldg. 40 Route 9W<br>Helen Hayes Hospital<br>West Haverstraw, NY 10993 | Lindsay Smyth<br>(845) 786-4595         |
| <u>9-11:30</u><br><u>9-2</u>                                                                                         |                | *<br>***             | Striving 4 Success, Inc.                 | 40 McLaughlin Ave<br>West Haverstraw, NY 10993                         | Miguel Melendez<br>(845) 893-0100       |
| <b>*Note programs that offer extended hours for a fee.</b><br><b>*** Note programs that offer Statewide Full Day</b> |                |                      |                                          |                                                                        |                                         |