

# ESTA SOLICITUD DE PRE-KINDERGARTEN UNIVERSAL (UPK) ES PARA LOS DISTRITOS ESCOLARES DE CLARSTOWN, NANUET Y PEARL RIVER

**\*Por favor lea esta página completamente antes de llenar la Solicitud de UPK\***

Estimados Padres/Tutores:

El Pre-kindergarten Universal (UPK) es un programa especial de educación de la edad temprana el cual fue establecido por el Departamento de Educación del estado de Nueva York (NYSED), mediante el cual contrató a los Distritos Escolares para proveer experiencias tempranas de aprendizaje a niños de familias elegibles. Familias elegibles son definidas como: aquellas familias que viven en un distrito escolar aprobado y tienen hijos que cumplan cuatro años de edad para el primero de Diciembre del año 2018 (su niño debe haber nacido entre el 1° de Diciembre, 2013 y 1° de Diciembre 2014). Actualmente el Pre-kindergarten Universal está aceptando solicitudes de matrícula para el año escolar 2018-2019 (**dependiendo de la aprobación del presupuesto del estado de Nueva York**).

Este es un programa de educación de la edad temprana conducido por una maestra cualificada y una asistente en cada clase. Los niños atienden dos horas y media, cinco días a la semana, completando 180 días de instrucción al año, totalmente gratis para las familias.

**INELIGIBILIDAD: Una aplicación incompleta, falta de las vacunas y si los estudiantes que no puedan atender diariamente el pre-kindergarten Universal por dos horas y media o las 5 horas al día por el día completo, cinco días a la semana, por el año escolar completo, podrían ser inelegibles.**

**Cuando Ud. devuelva la solicitud completa, por favor incluya las siguientes copias de documentos los cuales podríamos conservar en nuestros archivos:**

- 1.- Copia del certificado original de nacimiento de su niño (si el certificado de nacimiento no está escrito en Inglés, necesitamos una copia del pasaporte de su niño).
- 2.- Testimonio de vacunas o inmunizaciones al día y certificado de salud con el nombre, dirección y firma del Pediatra o doctor de su niño. (Ud. podría usar el ejemplo de formulario de salud que se adjunta o acompañarlo al certificado médico proveído por el pediatra de su hijo). (mirar página 14)
- 3.- Dos pruebas de residencia en el distrito escolar (documentos que muestren su nombre y dirección, tales como: estados bancarios, cobranzas de teléfono, electricidad, gas, revistas, etc.). **Documentos que no son aceptables** como pruebas de residencia son: Sobres escritos a mano, escrituras de propiedades y declaraciones de impuestos y cobro de electricidad con nota de terminación).
- 4.- Prueba De Custodia Legal (Si El estudiante no esta viviendo con los dos Padres)
- 5.- Un número de teléfono donde la podemos llamar entre las 8:30am y 5:00pm.
- 6.- Incluidos en la solicitud se encuentra información importante sobre el análisis de plomo, salud dental y evaluación de diagnóstico de desarrollo
- 7.- Documentación adicional necesaria para el programa de día completo se encuentra en la página

**ES MUY IMPORTANTE QUE DEVUELVA LA SOLICITUD COMPLETA DE UPK ANTES DEL 31 DE MARZO, 2017**

**A:** Child Care Resources of Rockland, Inc.  
235 North Main St, Suite 11  
Spring Valley, N Y 10977  
FAX: 845-425-5312

Attn: Jenine Valentino email: [jeninev@rocklandchildcare.org](mailto:jeninev@rocklandchildcare.org)

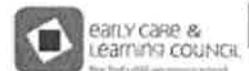
Si su solicitud es recibida o marcada con sello postal después del 31 de Marzo, 2018 y todavía hay vacantes disponibles en su distrito escolar, su solicitud será considerada.

## DECLARACION DEL METODO DE SELECCIÓN DE LOS NIÑOS

Child Care Resources of Rockland, Inc. (CCRR) vigilará el proceso de matrícula. CCRR aceptará la solicitud y verificará su elegibilidad. Si hay más solicitudes que los fondos aprobados por NYSED para un distrito escolar o programa contratado de educación infantil, se llevará a cabo una lotería para seleccionar a los niños que participarán en el programa de UPK. Los niños que se considerarán para la lotería serán aquellos que tengan la solicitud completa, incluyendo certificado de nacimiento, testimonio de vacunas, formulario de salud y prueba de residencia en nuestros archivos. En lo posible trataremos de matricular a los niños en los programas seleccionados por los padres. Los padres/tutores serán notificados de la situación de sus niños una vez que estén matriculados en un programa. Si su hijo(s) se colocan en Prek esta aplicación pasarán a ser propiedad del distrito escolar. Para mayor información asistencia con su solicitud, por favor llame a Christina Espindola al # 845-425-0009 x 610.

Le agradecemos su cooperación en proporcionar la documentación necesaria.

Le saluda atentamente,  
Karen Ross  
Directora de Familias, Comunista y Servicios de Operaciones



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

¿Tiene usted un niño de 12 años o menos?  
¿Tiene usted un niño en cuidado infantil? • ¿Estás buscando cuidado infantil?  
¿A usado el cuidado infantil en el pasado?

**¡Queremos oír de ti! ¡Todos los participantes de la encuesta, tendrá la posibilidad de ganar \$100 en una tarjeta Visa de regalo!**

La información que recopilamos ayudará a las agencias de recursos y referencias en el estado de Nueva York a mejorar los servicios a las familias.

Sus respuestas serán confidenciales y su información no se comparte con otras organizaciones. Por favor de llenar y devolver la encuesta antes del **31 de Marzo de 2018**.

1. ¿En cuál de las cinco localidades reside usted?

Clarkstown  Haverstraw  Orangetown  Ramapo  Stony Point

2. ¿Cómo se enteró sobre esta encuesta?

Correo de CCRR  Correo electrónico  El correo postal  Departamento de Servicios Sociales  
 Evento de la comunidad  Médico  Un familiar/ amigo  El periódico  Las redes sociales  
 Sitio de web CCRR  Empleado de CCRR  Provedora de cuidado infantil  
 Otro \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene usted un niño en cuidado infantil? ¿O ha tenido hijos en el cuidado infantil en los últimos 12 meses?

Si  No

4. ¿Cuál es su composición familiar y estado de empleo?

Mama, soltera, si trabajo  
 Mama, soltera, no trabajo  
 Padre, soltero, si trabajo  
 Padre, soltero, no trabajo  
 2 padres/ guardián, ambos trabajamos  
 2 padres/ guardián, solo uno trabaja  
 2 padres/ guardián, ninguno trabajamos

5. ¿Cuántas personas hay en su familia? (inclúyase usted , esposo/a, compañero/a y los niños)\_\_\_\_\_

6. ¿Cuántos niños tiene?

# indíquelos por grupo de edad

Infantes (0-17 meses) \_\_\_\_\_  
 Niños pequeños (18-35 meses) \_\_\_\_\_  
 Niños de edad pre-escolar (3-5 years) \_\_\_\_\_  
 Kindergarten – 6<sup>to</sup> grado \_\_\_\_\_  
 7<sup>th</sup> grado - 9<sup>th</sup> grado \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál es su ingreso familiar?

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> No tengo ingreso    | <input type="checkbox"/> Menos de \$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"/> No deseo contestar  |  |

8. ¿Mientras los niños estaban en cuidado, tuvo problemas para pagar?

- Siempre  Frecuentemente  A veces  Rara veces  Nunca

9. Para poder pagar por el cuidado, usted tuvo que: (marque todas las que aplican)

- Pedir dinero prestado de su familia  Pedir dinero prestado de amigos  
 Utilice tarjetas de crédito porque no tuve el dinero para pagar  
 Corte gastos en el hogar (Comida, Utilidades)  Corte horas en el trabajo  
 Corte las horas que mi hijo atiende su programa/guardería  
 Retire mi hijo de cuidado regulado y usar cuidado infantil informal (amigos, Parientes etc.)  
 Cambie de programa/ proveedor para un programa/proveedor más barato  
 Utilice diferentes opciones para mantener el costo de atención baja (ejemplo, un programa de cuidado Infantil un día y familia/amigo/vecino otro día)  
 Ninguna de las anteriores, soy capaz de pagar por el cuidado de mi cuenta

10. Usted recibe (o a recibido) ayuda por subsidio para pagar por el cuidado de niño?

- Si  No

11. Si recibió asistencia, ¿tiene problemas para pagar la cuota/porcion de pago del padre?

- Si  No

12. Por favor, indique las razones por qué eligió sus arreglos de cuidado infantil:

(marque todos que aplican)

- Calidad  Ubicación – cerca de la casa  
 Ubicación – cerca del trabajo  Horas  Costo  El cuidador es un familiar  
 Los niños están felices en el programa  Pequeño # de niños en programa  Subsidio Aceptado  
 Un buen programa de aprendizaje/enseñanza  Cuidador está educado  
 Cuidador está bien informado  Como me trataron en el momento de la visita  
 He oído cosas buenas de otros padres  Actividades que se ofrecen a los niños  
 Mi otro niño usa este programa  El cuidador tiene experiencia con niños de necesidades especiales  
 Acreditación Nacional  Otro: \_\_\_\_\_

13. De todas las razones que usted indicó en la pregunta 12, cuáles son los 2 más importantes?

- Calidad  Ubicación-cerca de la casa  Ubicación-cerca del trabajo  Horas  Costo  
 El cuidado es familiar  Los niños estan felices en el programa  Pequeño # de niños en el programa  
 Subsidio aceptado  Un buen programa de aprendizaje/ enseñanza  Cuidador está educado  
 Cuidador esta bien informado  He oído cosas buenas de otros padres  Actividades que se ofrecen a los niños  
 Mi otro niño usa este programa  El cuidador tiene experiencia con niños de necesidades especiales  Acreditación Nacional  Otro: \_\_\_\_\_

**La siguiente sección de preguntas son acerca de cuidado de niños. Sólo debe completar las secciones que aplica a sus hijos en el cuidado actual o en los últimos 12 meses.**

**14. ¿Adonde ha sido cuidado su niño/s en los últimos 6 meses? (marqué todos los que aplican)**

	Infante	Niños Pequeños	Preescolar	Edad Escolar
¿Cuántos niños tiene actualmente/en los pasados 12 meses en cuidado de niños?				
¿Si usted actualmente está buscando cuidado infantil, cuánto tiempo ha estado en busca?				
0-3 meses				
3-6 meses				
Más de 6 meses				
¿Qué tipo de cuidado está utilizando/utilizo para su infante? (marque todos que aplican)				
Centro de Cuidado Infantil				
Proveedor de Familia licenciados/ Registrados (en casa de proveedora)				
Programa de Head Start				
Niñera en la casa de mi hijo				
Guardería				
Escuela Pre-Escolar				
Hermano/a mayor				
Cuidado por un padre				
Cuidado por amigo o familiar				
Campamento				
Cuidado antes/Después de la escuela				
La librería				
Combinación de proveedores				
Otro				
¿Qué tipo de cuidado sería su primera opción?				
Centro de Cuidado Infantil				
Proveedor de Familia licenciados/ Registrados (en casa de proveedora)				
Programa de Head Start				
Niñera en la casa de mi hijo				
Guardería				
Escuela Pre-Escolar				
Hermano/a mayor				
Cuidado por un padre				
Cuidado por amigo o familiar				
Campamento				
Cuidado antes/Después de la escuela				
La librería				
Combinación de proveedores				
Otro				
¿Cuánto paga/pagaste para el cuidado infantil por semana (por niño?)	\$	\$	\$	\$
¿Cuántos días a la semana esta su niño/a en el cuidado?				
Si está recibiendo subsidio/ asistencia, ¿cuál es el la cantidad que pagas?	\$	\$	\$	\$
¿Está satisfecho en el programa/proveedor que usted lleva a su niño?				
Muy Satisfecho				
Satisfecho				
Ni Satisfecho, Ni insatisfecho				
Insatisfecho				
Bien insatisfecho				

15. Si alguna vez estuvo insatisfecho o muy insatisfecho con un proveedor de cuidado infantil, indique por qué.

(marque todos que aplican):

- El niño no está en un buen ambiente de aprendizaje
- Horas de la proveedora
- El proveedor/maestro podría ser más enriquecedor
- El comportamiento de otros niños
- Violaciones en OCFS (activas o no reportadas al momento)
- No estoy de acuerdo con la filosofía del proveedor
- Ambiente (animales domésticos, la calidad del aire, temas de seguridad)
- Niño no esta feliz
- Practicas comerciales del proveedor (no da la informacion para los impuestos , documentación, etc.)
- Horario /disponibilidad de la Proveedora (dias de la semana)
- Ubicación queda muy lejos/ Inconveniente
- Otro \_\_\_\_\_

16. Has retirado alguna vez su hijo de un programa/proveedor por cualquier de las siguientes razones

(marque todos que aplican):

- Costo muy alto
- Cambio en las horas de trabajo
- Se módo fuera del área actual del cuidado de niños
- Proveedor no puede tomar mi bebé (o mi segundo hijo)
- Proveedora puede ser mas enriquecedora
- Frecuentes cambios de empleados
- Insatisfacción personal (no le gusta la persona, no le gusta otro miembro del personal/hogar, hijo no es feliz pero nada “mal” etc.)
- Practicas comerciales del proveedor (no da la informacion para los impuestos, documentación, etc.)
- Ambiente (animales domésticos, la calidad del aire, temas de seguridad)
- Violaciones en OCFS (activas o no reportadas al momento)
- Mi hijo fue expulsado/pidieron que el niño se puera
- No, Nunca he retirado a mi niño de un programa/o de un proveedor
- Otro \_\_\_\_\_

### Preguntas sobre su trabajo

17. Problemas en el cuidado de mi hijo me han causado (marque todos que aplican)

- No ir a trabajar
- Sentir distraida
- Dejar el trabajo temprano
- Llegar al trabajo tarde
- Reducir horas de trabajo
- Renunciar mi trabajo
- Perdi mi trabajo
- Cambie de trabajo dentro de la compania para tener menos responsabilidad
- Cambio de trabajo a otra compania
- Recibir acción disciplinaria/ ser escrito
- No he tenido problemas de cuidado infantile impactor my trabajo
- Otro \_\_\_\_\_

18. Su empleador ofrece (marque todos que aplican)

- Opción de trabajar de casa cuando su hijo está enfermo a fuera de la escuela
- Programa de asistencia de cuidado de dependientes (DCAP)
- Recursos para encontrar cuido de niño
- Guarderia en su trabajo
- Asistencia financiera para pagar por cuidado do hijo
- Tiempo de maternidad/paternidad prolongada
- Horario flexible
- Pueda traer el niño al trabajo
- Otro \_\_\_\_\_

19. ¿Si su empleador ofrece cualquiera de las opciones en la pregunta 18, cuales 2 sería la más utilizadas?

- Opción de trabajar de casa cuando su hijo está enfermo a fuera de la escuela
- Programa de asistencia de cuidado de dependientes (DCAP)
- Recursos para encontrar cuido de niño
- Guarderia en su trabajo
- Asistencia financier para pagar por cuidado do hijo
- Tiempo de maternidad/paternidad prolongada
- Horario flexible
- Pueda traer el niño al trabajo
- Otro \_\_\_\_\_

20. ¿Que problemas de cuidado infantil han impactado a su trabajo (marque todos que aplican)

- Mi guarderia no era siempre confiable
- No siempre soy capaz de pagar para guarderia
- A veces me preocupo que mi hijo no esta seguro
- A veces me preocupo que mi hijo no esta recibiendo la mayor atención
- No tenia alguien para cuidar a mi hijo mientras que estoy en el trabajo
- No he tenido problemas de cuidado infantile impactar mi trabajo
- Otro \_\_\_\_\_

21. ¿Crees que un aumento en el salario mínimo podría: (marque todos que aplican)
- Afectar su capacidad para pagar por el cuidado  Aumentan el costo del cuidado infantil
  - Reducir la disponibilidad de proveedores de cuidado infantil  No impacto
  - Otro \_\_\_\_\_
22. ¿Planea/utilizaría Permiso Familiar Pagado?
- Solamente Madre  Solamente Padre  Los dos padres/guardians  Un padre o guardian solo
  - Ningun padre/ solo guardian  No estoy seguro
23. ¿Conoce los servicios que ofrece nuestra agencia, Child Care Resources of Rockland (CCRR) para niños y familias?
- Si  No -pero he escuchado sobre CCRR  No tengo conocimiento de CCRR

**¡Ahora que usted completo la encuesta, usted cualifica para el sorteo de una tarjeta de regalo de \$100 de VISA! Complete la información de contacto para ser elegible. Su información sera confidencial**

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Numero de teléfono (con código de área) \_\_\_\_\_

Nombre y Apellido (Opcional) \_\_\_\_\_

**Esta usted interesado en:**

- Sí, en los resultados de esta encuesta
- Sí, de estar su lista de correo electrónico
- No, estoy interesado en nada

**GRACIAS POR DEVOLVER ESTA ENCUESTA**  
 Fax: 845-425-5312  
 Mail: CCRR, 235 N. Main Street, Suite 11,  
 Spring Valley, NY 10977  
 Email: [info@rocklandchildcare.org](mailto:info@rocklandchildcare.org)

**Child Care Resources of Rockland**  
**Encuesta de Participación y Educación de los Padres**  
**2018**

Gracias por tomar su tiempo para llenar esta encuesta. Sus repuestas nos ayudaran a entender mejor sus necesidades y preferencias. Debe tomar unos 5-10 minutos para completar. Por favor de llenar y devolver antes del 31 de Marzo, 2018.

1. Código postal de casa \_\_\_\_\_
2. Soy padre de un Niño(s) en el siguiente grupo(s):
  - Infante (6 semanas -18 meses)
  - Niño de (18 meses- 3 años)
  - Pre-escolar (3 – 5 años)
  - Escolar de edad (5 – 8 años)
  - Escolar de edad (8 - 12 años)
3. Mi primer idioma es:
  - Inglés
  - Español
  - Francés
  - Creole
  - Yiddish
  - Otros \_\_\_\_\_
4. Durante los últimos 2 años, donde ha recibido educación para padres? (marque todos los que aplican)
  - Child Care Resources of Rockland
  - Biblioteca Publica
  - Family Resource Center
  - EPIC
  - Distrito Escolar
  - On-line
  - Mental Health Association
  - Early Childhood Direction Center
  - Yo no he asistido a ninguna clase para padres
  - Otros \_\_\_\_\_
5. Si no asistió a clases para Padres ofrecidas por Child Care Resources of Rockland favor déjenos saber por qué.
  - El local no es conveniente
  - Los días y horas no son convenientes
  - Los temas no son de interés/ relevantes
  - Dificultades de Transportación
  - No sabía que CCRR ofrece educación para los padres
  - No tiene quien cuide a su niño/a
  - Otros \_\_\_\_\_
6. ¿Que días son más convenientes para que usted pueda ir a un session educativo para padres y abuelos? Por favor marque todos lo que corresponden:
  - Lunes                       Martes
  - Miercoles                 Jueves
7. ¿Que horas son más convenientes para que usted pueda ir a un session educativo para padres y abuelos? Por favor marque todos lo que corresponden:
  - 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. ¿Usted como recibe información acerca de las oportunidades para educación de padre que Child Care Resources of Rockland ofrece?
  - Calendario de Entrenamiento
  - Correo Electrónico
  - Nuestro sitio web
  - Facebook
  - El correo
  - Yo no recibo información sobre entrenamientos
  - Otro (favor explicar): \_\_\_\_\_
9. La serié de educación para padres y abuelos ofrecida por Child Care Resources of Rockland por ahora es gratis. ¿Estaria dispuesta/o a pagar por este servicio?
  - Si
  - No
10. ¿En caso si, cuanto esta dispuesta/o a pagar por sesión?
  - \$5
  - \$10
  - \$15
  - \$20

Favor de agregar otros comentarios:

---

11. ¿Está interesado en asistir a nuestra Conferencia anual de Early Childhood and School Age ofrecida el 1er Sábado en Noviembre si hay temas de interés para los padres y abuelos?
- Si  
 No

12. Temas de entrenamiento: Por favor escoja 2 temas de mas interés en las siguientes áreas:
- Temas sobre el comportamiento  
 Desarrollando técnicas para el lenguaje y la literatura  
 Promover relaciones positivas entre padres y proveedoras de cuidado infantil  
 Actividades apropiadas por edad  
 Asegurando la Seguridad de los niños  
 El desarrollo Emocional y Social de los niños  
 Reconociendo y Escogiendo Cuidado Infantil de Alta Calidad:  
 Otro (favor explicar): \_\_\_\_\_

13. ¿Hay otros temas que no están en esta lista que usted quiere discutir? \_\_\_\_\_

14. Yo estaría interesado/a en hablar con los responsables políticos sobre los temas de cuidado infantil.
- Si  
 No  
(En caso si, por favor llene la información necesaria abajo)

15. ¿Estaría dispuesto a ayudar para defender estos esfuerzos:
- Escribiendo cartas  
 Haciendo llamadas telefónicas  
 Asistiendo a reuniones con los oficiales electos  
 Asistiendo a mas entrenamiento

16. ¿Quisiera mas información sobre las oportunidades de educación para padres ofrecidas por CCRR.
- Si  
 No
- Por favor llene la información abajo:  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Tel \_\_\_\_\_  
Email \_\_\_\_\_

***¡Gracias por tomar su tiempo para llenar esta encuesta y dejar nos saver sus necesidades como padres!***

***Regresar por correo postal:  
Child Care Resources of Rockland,  
235 North Main Street, Suite 11  
Spring Valley, NY 10977  
O regresar por:  
Fax: (845) 425-5312  
O regresar por:  
Correo electronico:  
[jeninev@rocklandchildcare.org](mailto:jeninev@rocklandchildcare.org)***

For UPK Early Childhood Program  
Use Only

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

For CLARK Use Only

- Birth Certificate
  - Immunizations
  - Proof of Residency
  - Health Appraisal Form
  - Vision Screening
  - Hearing Screening
  - BMI
  - Home language questionnaire
  - Child Care Needs Assessment
  - Proof of Custody
- Enrollment Date: \_\_\_\_\_

**2017-2018  
SOLICITUD PARA  
PREKINDERGARTEN  
UNIVERSAL**

\*Por favor haga un círculo en el distrito  
escolar apropiado a su lugar de residencia\*

**CLARKSTOWN NANUET PEARL RIVER**

**NOTA: Residentes del Distrito Escolar de East Ramapo Central deben de llamar al teléfono # 845-577-6158**

**Nombre del niño** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ Masculino  Femenino

Idioma hablado en casa (si no es Ingles) \_\_\_\_\_

**Es el niño/a Hispano, Latino o de origen Español?**  Si  No ,

**Etnicidad**  Afro-Americano  Indio Nativo/ Nativo de Alaska  Caucáseo  Nativo Hawaiano/ Islas Pacificas  Asia/ Oriental

¿Ha tenido su hijo(a) una evaluación educacional?  Si  No

**Padre con custodia/Guardián**  Madre  Padre  Otro (explique por favor) \_\_\_\_\_

**Nombre de la Madre** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_  
**Nombre del Padre** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_

**¿Dónde el alumno vive actualmente?(Por favor marque una casilla)**

En un refugio  En un hotel/motel  En coche, parque, autobús, tren o campamento  con otra familia u otra persona debido a la pérdida de vivienda o como consecuencia de dificultades económicas (a veces referido como "doblado")  Otra situación de vivienda temporal (por Favor describa): \_\_\_\_\_  Vivienda permanente

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Apartamento #** \_\_\_\_\_

**Ciudad** \_\_\_\_\_ **Estado** \_\_\_\_\_ **Código de Correo** \_\_\_\_\_

**Teléfono de la Madre (casa)** \_\_\_\_\_ **Celular** \_\_\_\_\_ **Trabajo** \_\_\_\_\_

**Teléfono del Padre (casa)** \_\_\_\_\_ **Celular** \_\_\_\_\_ **Trabajo** \_\_\_\_\_

**Cual teléfono es mejor medio de comunicación?**  Casa  Celular  Trabajo

**Correo electrónico** \_\_\_\_\_

**Otros niños (hermanos/hermanas)**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_ **Nombre** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento** \_\_\_\_\_

Yo he completado la solicitud y he incluido la documentación requerida. Yo he recibido información del análisis de plomo, salud dental y la evaluación del desarrollo infantil (Brigance) con esta solicitud. Yo comprendo que mi solicitud no será considerada para matricular a mi hijo(a) si no acompaño la siguiente documentación:

- Certificado de Nacimiento
- Prueba de residencia
- Evaluación de necesidades de cuidado infantil
- Testimonio de Vacunas
- Cuestionario del Idioma que se habla en su hogar
- Prueba De Custodia Legal
- Certificado completo de Salud
- Encuesta para Padres

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

**Por favor escriba el nombre del programa de UPK que usted desea elegir para su hijo(a) en orden de preferencia**

1st Selección \_\_\_\_\_ 2nd Selección \_\_\_\_\_ 3rd Selección \_\_\_\_\_



Lisette 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

### Cuestionario de Idioma del Hogar ("HLQ" por sus siglas en inglés)

*Estimados padres o tutores:  
Con el fin de proporcionar la mejor educación posible a su hijo(a), necesitamos determinar el nivel del habla, lectura, escritura y comprensión en el inglés, así como conocer su educación previa e historial personal. Por favor, llene con su información las secciones "Conocimientos de idiomas" e "Historial educativo". Apreciamos mucho su colaboración respondiendo a estas preguntas.  
Gracias.*

Por favor escriba con claridad al completar esta sección.		
<b>NOMBRE DEL ESTUDIANTE:</b>		
Nombre	Segundo nombre	Apellido
<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>		<b>GÉNERO:</b>
Mes	Día	Año
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL</b>		
Apellido	Primer Nombre	Relación con el estudiante

CÓDIGO DEL IDIOMA DEL HOGAR

#### Conocimientos de idiomas

(Por favor, marque todas las opciones que sean aplicables)

1. ¿Qué idioma(s) se habla(n) en el hogar o residencia del estudiante?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?	<input type="checkbox"/> Madre _____ <i>especifique</i>	<input type="checkbox"/> Padre _____ <i>especifique</i>	<input type="checkbox"/> Tutor(es) _____ <i>especifique</i>
4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i>
5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe hablar
6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe leer
7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro	_____ <i>especifique</i> <input type="checkbox"/> No sabe escribir

#### TO BE COMPLETED BY THE DISTRICT IN WHICH THE STUDENT IS REGISTERED

SCHOOL DISTRICT INFORMATION:

STUDENT ID NUMBER IN NYS STUDENT INFORMATION SYSTEM:

District Name (Number) & School

Address

PARA LLENAR POR EL DISTRITO EN EL QUE EL ESTUDIANTE SE HA INSCRITO

## Cuestionario de Idioma del Hogar (HLQ) — Página Dos

### Historial Educativo

8. Indique con un número el total de años que su hijo(a) lleva inscrito en una escuela: \_\_\_\_\_

9. ¿Cree usted que su hijo(a) pueda tener dificultades, interferencias o problemas educacionales que le afecten su capacidad para entender, hablar, leer o escribir en Inglés o en cualquier otro idioma? En caso afirmativo, por favor descríbalos.

Sí\*  No  No se sabe  \* En caso afirmativo, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales?  Poca gravedad  Algo grave  Muy grave

10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial?  No  Sí\* \* Por favor, llene 10b.

10b. \*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?

No  Sí – Explique, que forma o formas de educación especial recibió: \_\_\_\_\_

Edad en la que recibió la intervención o forma de educación especial (favor de marcar todas las opciones que sean aplicables):

De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana)  3 a 5 años (Educación Especial)  6 años o mayor (Educación Especial)

10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)?  No  Sí

11. ¿Considera que hay alguna otra información importante que la escuela deba saber sobre su hijo(a)?  
(Por ejemplo, talentos especiales, problemas de salud, etc.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

12. ¿En qué idioma(s) quiere usted recibir la información de la escuela? \_\_\_\_\_

Mes: \_\_\_\_\_ Día: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre o de la persona en relación paternal \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Relación con el estudiante:  Madre  Padre  Otra: \_\_\_\_\_

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	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: _____ <small>MO. DAY YR.</small>	OUTCOME OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <input type="checkbox"/> ADMINISTER NYSITELL <input type="checkbox"/> ENGLISH PROFICIENT <input type="checkbox"/> REFER TO LANGUAGE PROFICIENCY TEAM
NAME/POSITION OF QUALIFIED PERSONNEL ADMINISTERING NYSITELL	
NAME: _____	POSITION: _____
DATE OF NYSITELL ADMINISTRATION: _____ <small>MO. DAY YR.</small>	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING
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 <input type="checkbox"/> Unable to cooperate	Hearing <input type="checkbox"/> Subjectively Normal <input type="checkbox"/> Unable to cooperate		

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

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 Indicated Above

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

## Notas De Salud Para Los Padres De Prekindergarten Universal

### Notas de Salud para los Padres Del Pre-Kínder Universal

#### REQUISITOS

Vacunas: La aplicación de su niño/a no será entrada en la lotería si no tiene las siguientes vacunas:

4 DTap, 3 Hepatitis B, 3 IPV, 3 Hib, 1 MMR, 1 Varicella, 4 Pneumococcal

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

Vacunas Gratis están disponibles por medio del Departamento de salud del condado de Rockland, en Pomona al Robert Yeager Health Center, Building A 2<sup>nd</sup> floor. Para una cita llame al (845) 364-2519. La Clínica examina a niños menores de 5 años todos los 2<sup>nd</sup> miércoles de cada mes.

Hay tres excepciones para no presentar las pruebas de vacunas:

- 1) Prueba de que tiene una cita con el doctor durante la cual el niño recibirá sus vacunas.
- 2) Una carta explicando las razones religiosas por lo cual no puede recibir las vacunas.
- 3) Documentos proveídos por un doctor en los cuales explica por que el niño no puede recibir las vacunas.

Evaluación y Estado Medico: Usted puede usar el formulario proveído con esta aplicación y otros documentos proveídos por el doctor con toda la información necesaria. Este seguro de que el doctor incluya examen de la vista y los oídos; BMI y BMI %. Si el PPD examen no se ha hecho el doctor debe escribir "not indicated" o cualquier otro comentario. En otros grados en las escuelas la información del peso y el BMI % es compartido con el Departamento de Salud del Estado de New York. Los nombres no son compartidos pero si Ud. no quiere que la información sea compartida marque la cajilla apropiada.

#### RECOMENDACIONES

##### Examen del Plomo

Los niños pueden padecer de "envenenamiento de plomo" por medio de pintura en las casas viejas, tierra contaminada, juguetes importados, platos de cerámica y agua que esta pasando por tuberías muy viejas. Los síntomas pueden ser muy leves pero los resultados finales pueden causar un daño enorme; en la inteligencia y el crecimiento. Hable con su doctor para que les hagan el examen de plomo a sus niños.

##### Examen Dental

La Asociación de Dentistas para niños recomienda que los niños tengan por lo menos dos exámenes anuales. Algunos niños necesitan mas para prevenir las caries dentales u otros problemas dentales ocasionados por el crecimiento anormal o pobre higiene dental.

El dentista le dará la información necesaria; si necesita tratamientos de fluoruro, cambios de alimentación o sellos en los dientes. El dentista le dará el certificado dental para la escuela, el cual Ud., entregara con la aplicación de PRE- Kínder a Child Care Resources.

Vea la lista de clínicas dentales a bajo costo corridas por el Estado y el de departamento de Educación:

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

## EL CURRÍCULO CREATIVO PARA EDUCACION PREESCOLAR

La palabra “Currículo” es a menudo definida como “un plan de aprendizaje”.

Las regulaciones del estado de Nueva York requieren que el currículo usado en los salones de clase de Pre-kindergarten Universal esté alineado con los Estándares de Aprendizaje Temprano. En el estado de Nueva York, los estándares de enseñanza fueron aprobados por la junta directiva “Board of Regents” durante la reunión del Comité de Educación P-12 efectuada el 10 de Enero del año 2011. Estos estándares incluyen las siguientes áreas: Aproximaciones al aprendizaje, Desarrollo Físico y de Salud, Desarrollo Social y Emocional, Comunicación, Lenguaje y Alfabetización, Desarrollo Cognoscitivo y de Conocimiento global. Estos estándares están a su disponibilidad en la siguiente página Web:

<http://www.p12.nysed.gov/ciai/commoncorestandards/pdfdocs/nyslsprek.pdf>

El Currículo Creativo para educación preescolar fue seleccionado por todos los distritos escolares en este condado para ser usado en los programas de Pre-kindergarten Universal porque esta alineado directamente con los Estándares de Aprendizaje Temprano de Nueva York y también enfatiza practicas apropiadas de desarrollo infantil. Este Currículo es publicado por Teaching Strategies ([www.TeachingStrategies.com](http://www.TeachingStrategies.com)) y es escrito por Diane Trister Dodge, Laura Colker and Cate Heroman. Estas tres profesionales de Educación para la edad temprana son muy conocidas como oradoras, autoras, educadoras e innovadoras en el ámbito educacional.

Lo que sabemos en el campo de cómo se desarrollan y aprenden mejor los niños de cuatro años nos dice que ellos necesitan muchas experiencias que envuelvan el cuerpo entero, manipulación de objetos, experimentar con cosas reales, explorar y perseguir sus propios intereses. Ellos necesitan amplias oportunidades para desarrollar su independencia, tomar decisiones y crear habilidades para resolver problemas, expresiones creativas y resolución de conflictos. El concepto de prácticas apropiadas de desarrollo infantil nos informa que los niños se muestran más receptivos e interesados en aprender y desarrollar habilidades académicas mediante experiencias diarias a través del juego. El currículo guía a las maestras en la estructuración de estas experiencias preparando el ambiente de tal manera que maximicen las diferentes áreas de aprendizaje y la diversidad de estrategias de enseñanza infantil. Las maestras están envueltas en un proceso continuo de observación, guía y evaluación del aprendizaje de los niños, para así planificar en forma más efectiva.

*El Currículo Creativo para educación preescolar* es una guía para ayudar y proveer a los maestros métodos adecuados y diversas maneras de desarrollar los contenidos académicos para planificar experiencias educacionales para sus estudiantes. Ayuda a los maestros a entender diferencias individuales de género, temperamento, intereses personales, estilos de aprendizaje, cultura, necesidades especiales y aprendices de inglés como segunda lengua. El Currículo además reconoce que los estudios mas recientes indican que el balance de las actividades dirigidas por la maestra y las experiencias de aprendizaje iniciadas por los niños es la mejor.

### BRIGANCE SCREENING

En el estado de Nueva York se requiere que todos los niños sean evaluados en el primer lugar de matrícula para entrar a un programa educacional. Esto típicamente ocurre cuando los niños entran a Kindergarten. Una evaluación de su niño(a) de cuatro años será requerida cuando sea aceptado(a) a un programa de Pre-Kindergarten en cualquier distrito escolar. Si su niño(a) es seleccionado(a) para Pre-Kindergarten, el programa le administrará una evaluación de diagnóstico de desarrollo, sin costo para Ud., antes del primero de Diciembre del año escolar 2017/2018 de acuerdo a los requerimientos establecidos por la parte 117 de las regulaciones de educación del estado de Nueva York.

La herramienta usada por todos los distritos escolares para la evaluación diagnóstica es “*Brigance Early Childhood Screen III*”. Esta herramienta estandarizada en todo el país puede ser administrada en aproximadamente 15 minutos. Esta evaluación cubre una amplia muestra de las habilidades del desarrollo de su niño(a) relacionadas con lenguaje, alfabetismo, matemáticas y destrezas físicas. La información obtenida durante esta evaluación ayudará a las maestras y directores del programa a satisfacer los requerimientos estatales, planificar para las necesidades individuales y del grupo e iniciar el proceso de referencias para futuras evaluaciones, cuando sea necesario.

**Lista de Programas de Pre-Kindergarten Universal**  
**Por favor lea la página completa tiene información**  
**importante**

Esta su niño matriculado actualmente en un programa de educación de la edad temprana?

Sí  No

Si respondió Sí, nombre el programa \_\_\_\_\_

(Si su niño es seleccionado para participar en el programa de Pre-Kindergarten Universal se tomarán todas las medidas necesarias para conservar a su niño en el mismo programa, siempre y cuando este aprobado como un programa de UPK y exista disponibilidad)

A todos los participantes elegibles para UPK que han sido seleccionados se les permitirá matricular a sus niños en cualquiera de los programas de educación de la edad temprana que aparecen en la lista, sin importar el Distrito Escolar, tomando en consideración la disponibilidad y autorización del Distrito Escolar.

Para simplificar el proceso, hemos diseñado una lista de programas de educación infantil de la edad temprana en orden alfabético por villa que le ayudará a seleccionar uno de los programas disponibles.

**POR FAVOR ENUMERE CON EL # 1, 2 y 3 PARA MOSTRAR SU PRIMERA,**  
**SEGUNDA Y TERCERA SELECCION DEL PROGRAMA QUE UD**  
**HA ELEGIDO PARA QUE SU HIJO(A) ATIENDA**  
**EL PREKINDERGARTEN UNIVERSAL**

**LE RECOMENDAMOS FIRMEMENTE A LOS PADRES que obtengan información específica tales como horarios y actividades educacionales, visitando o contactando directamente a cada Programa de UPK antes de hacer su selección.**

**NO se aceptará ningún cambio o traslado de niños a otro programa de UPK después del primero de Octubre, 2017 al menos que existan circunstancias extenuantes.**

**Child Care Resources of Rockland, Inc. solamente puede matricular a su niño en un programa, NO una sala de clases. Los horarios de clases y selección de salones se realizarán a la discreción de cada programa. Favor de notar que el horario de clases puede cambiar. Marque la sesión que le interesa. Cualquier programa que ofrece horas adicionales por cobro adicional será marcado con (\*) asterisco.**

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

\* 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>New City</b>					
<u>9-11:30</u> <u>9-2</u>	<u>12:30-3</u>	* ***	Benim Scholastic Academy	114 So Main Street New City, NY 10956	Lana Benim (845) 521-7055
	<u>12:30-3</u>		Busy Bee Playschool	39 Germonds Road New City, NY 10956	Ric Rabinowitz (845) 623-0849
<u>9-11:30</u> <u>9-3:30</u>	<u>1-3:30</u>	* ***	Jawonio	260 Little Tor Road New City, NY 10956	Gail Nachimson (845) 708-2000 x3255
	<u>12-2:30</u>	*	New City Jewish Center	47 Old Schoolhouse Road New City, NY 10956	Jacalyn Binstock (845) 638-9600 ext 117
<u>9-11:30</u>	<u>12:30-3</u>		Prime Time for Kids	60 Phillips Hill Road New City, NY 10956	David Saupaugh (845) 639-2425
<u>9-11:30</u> <u>9-3</u>	<u>1-3:30</u>	* ***	Smarty Pants Learning Center	484 New Hempstead Rd New City, NY 10956	LaShone Lindsey (845) 678-3809
<u>9-11:30</u>		*	St. Paul's Christian Day School	323 So Main Street New City, NY 10956	Fran Taibi (845) 634-0929
<u>9-11:30</u>		*	Tutor Time – New City	227 North Main Street New City, NY 10956	Karen Wizeman (845) 708-8270
<b>Nyack</b>					
<u>9-3</u>	<u>12:30-3:15</u>	* ***	Montessori Center of Nyack	85 Marion Street Nyack, NY 10960	Dorothy Goren (845) 358-9209
<u>9:25-11:55</u>			Nursery School of the Nyacks (Cooperative Nursery School)	130 First Avenue Nyack, NY 10960	Kathy Rauth (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 Nyack, NY 10960	Kira Davenport (845) 358-2234
<u>9-11:30</u>		*	Children of America	265 No. Highland Ave Nyack, NY 10960	Jami Flynn (845) 348-1433
<b>Palisades</b>					
<u>9-11:30</u> <u>9-2:30</u>	<u>1-3:30</u>	* ***	Children's Corner	680 Oak Tree Lane Palisades, NY 10964	Joanna Robinson (845) 620-0007
<b>Pearl River</b>					
<u>9-11:30</u> <u>9-2:30</u>	<u>12-2:30</u>	* ***	Children's Corner	1 Blue Hill Plaza Pearl River, NY 10965	Sari Altabet (845) 620-1669
<u>9-11:30</u>	<u>12:30-3</u>		Good Shepherd	112 North Main Street Pearl River, NY 10965	Maureen Connelly (845) 735-2737
<u>9-11:40</u>	<u>12-2:40</u>		Naurashaun Nursery School	51 Sickletown Road Pearl River, NY 10965	Tara DiRocco (845) 735-4787
<u>9:15-11:45</u>			Tall Pines Nursery School	84 Ehrhardt Road Pearl River, NY 10965	Diane Kayser (845) 735-7227
<b>Pomona</b>					
<u>9:30-12</u> <u>9:30-3</u>	<u>12:30-3</u>	* ***	Rockland Worksite Day Care	50 Sanatorium Road Bldg R Pomona, NY 10970	Maria Ceci (845) 364-2697
<b>Sloatsburg</b>					
<u>9-11:30</u>			Y's Beginnings-Sloatsburg	11 Second Street Sloatsburg, NY 10974	Marianna Resch (845) 357-3223

\* 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>Stony Point</b>					
	12:20-2:50 12:30-3:10	*	Children of Mary Nursery/Kindergarten	174 Filors Lane Stony Point, NY 10980	Cheryl Hubert (845) 947-3183
<u>9-11:30</u>		*	Children of America	32 S Liberty Drive Stony Point, NY 10980	Amanda Munderville (845) 429-4621
<u>9-11:30</u>	12:15-2:45		Cricket Town School	17 Cricketown Road Stony Point, NY 10980	Audrie Reicherter (845) 786-3913
<b>Suffern</b>					
<u>9-11:30</u>	1-3:30	*	Rockland Community College Campus Fun and Learn	145 College Road Suffern, NY 10901	Andrea Bogin (845) 574-4561
<u>9-11:30</u> <u>9-4</u>		* ***	Kindercare	36 Route 59 Suffern, NY 10901	Laura Fields (845) 357-4048
<u>9-11:30</u>	12:45-3:15		Ramapo Central PreK	557 Haverstraw Road Route 202 Suffern, NY 10901	Alexis Fibble (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> <u>8-1</u>	12-2:30	* ***	Sacred Heart School	60 Washington Ave Suffern, NY 10901	Kathleen Grande (845) 357-1684
<u>9-11:30</u>		*	The Goddard School	334 Spook Rock Road Suffern, NY 10901	Carolina Krauthamer (845) 368-3773

\* 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>Suffern(cont'd)</b>					
<u>9-11:30</u>	<u>12:30-3</u>		Y's Beginnings -- Suffern	18 Parkside Drive Suffern, NY 10901	Marianna Resch (845)357-3223
<u>9-11:30</u> <u>9-3</u>			Tender Loving Kids Club	3 Church Road Suffern, NY 10901	Luann Dinino (845) 357-5454
<u>9:30-12</u>			Yeshiva Ohr Reuven	257 Grandview Avenue Suffern, NY 10901	Feige Bessler (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 Tappan, NY 10983	Joanne Volpe (845) 398-3370
<b>Valley Cottage</b>					
8:15-10:45	12-2:30		St Paul's Pre-K	365 Kings Highway Valley Cottage NY 10989	Michelle Pitot (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 Helen Hayes Hospital West Haverstraw, NY 10993	Lindsay Smyth (845) 786-4595
<u>9-11:30</u> <u>9-2</u>			Striving 4 Success, Inc.	40 McLaughlin Ave West Haverstraw, NY 10993	Miguel Melendez (845) 893-0100
<b>*Note programs that offer extended hours for a fee. *** Note programs that offer Statewide Full Day</b>					