

SOLICITUD PARA PRE-KINDERGARTEN UNIVERSAL (UPK) Y PRE-KINDERGARTEN DE DIA COMPLETO DEL ESTADO PARA LOS DISTRITOS ESCOLARES DE NORTH ROCKLAND, NYACK, SUFFERN CENTRAL Y SOUTH ORANGETOWN

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

Estimados Padres:

El Pre-kindergarten Universal (UPK) y el Pre-kindergarten Día completo del Estado son programas especiales de educación de la edad temprana los cuales fueron establecidos 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 2019 (su niño debe haber nacido entre el 1° de Diciembre, 2014 y 1° de Diciembre 2015). Actualmente el Pre-kindergarten Universal y el programa de día completo están aceptando solicitudes de matrícula para el año escolar 2019-2020 (**esperando de la aprobación del presupuesto del estado de Nueva York**).

Este es un programa de educación de 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; y en el Nuevo programa de día completo del Estado los niños atienden 5 horas al día cinco días a la semana en los dos programas es necesario atender 180 días de instrucción al año y es 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. tiene que usar el formulario de salud que se adjunta o acompañarlo al certificado médico proveído por el pediatra de su hijo). (mirar pagina 10)
- 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 14

ES MUY IMPORTANTE QUE DEVUELVA LA SOLICITUD COMPLETA DE UPK ANTES DEL 1 DE ABRIL, 2019 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

Si su solicitud es recibida o marcada con sello postal después del 1 de Abril, 2019 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. Haremos todo lo posible de matricular a los niños en los programas seleccionados por los padres. Los padres 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

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 CCRR 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

**2019-2020 SOLICITUD PARA
PREKINDERGARTEN UNIVERSAL
Y
EL DIA COMPLETO DEL ESTADO**

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

NORTH ROCKLAND, NYACK, SUFFERN CENTRAL AND SOUTH ORANGETOWN

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

Nombre del niño _____ **Apellido** _____

Fecha de Nacimiento _____ **Género** _____

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/Isas Pacíficas ☐ Asian

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

Padre con custodia/Guardián _____ **Otro (explique por favor)** _____

Primer Nombre _____ **Apellido** _____

Primer Nombre _____ **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 (casa) _____ **Celular** _____ **Trabajo** _____

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

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** _____



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

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.

NOMBRE DEL ESTUDIANTE:

Nombre Segundo nombre Apellido

FECHA DE NACIMIENTO:

GÉNERO:

Mes Día Año

☐ Masculino
☐ Femenino

INFORMACIÓN DE LOS PADRES/PERSONA EN RELACIÓN PARENTAL

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?

☐ Inglés ☐ Otro

especifique

2. ¿Cuál fue el primer idioma que su hijo(a) aprendió?

☐ Inglés ☐ Otro

especifique

3. ¿Cuál es el idioma primario de cada padre / tutor?

☐ Madre

☐ Padre

☐ Tutor(es)

especifique

especifique

especifique

4. ¿Qué idioma o idiomas entiende su hijo(a)?

☐ Inglés ☐ Otro

especifique

5. ¿Qué idioma o idiomas habla su hijo(a)?

☐ Inglés ☐ Otro

☐ No sabe hablar

especifique

6. ¿Qué idioma o idiomas lee su hijo(a)?

☐ Inglés ☐ Otro

☐ No sabe leer

especifique

7. ¿Qué idioma o idiomas escribe su hijo(a)?

☐ Inglés ☐ Otro

☐ No sabe escribir

especifique

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. <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="margin-right: 10px;"> SI* No No se sabe <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </div> <div>* En caso afirmativo, por favor explique: _____</div> </div>	
¿Qué gravedad considera usted que tienen estas dificultades educacionales? <input type="checkbox"/> Poca gravedad <input type="checkbox"/> Algo grave <input type="checkbox"/> Muy grave	
10a. ¿Alguna vez se ha recomendado a su hijo(a) a tener una evaluación de educación especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí* * Por favor, llene 10b.	
10b. <u>*Si se le ha recomendado alguna vez una evaluación, ¿ha recibido su hijo(a) alguna vez alguna forma de educación especial?</u> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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): <input type="checkbox"/> De nacimiento a 3 años (Intervención Temprana) <input type="checkbox"/> 3 a 5 años (Educación Especial) <input type="checkbox"/> 6 años o mayor (Educación Especial)	
10c. ¿Tiene su hijo(a) un Programa de Educación Individualizada ("IEP" por sus siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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? _____	

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

Relación con el estudiante: ☐ Madre ☐ Padre ☐ Otra: _____

Mes: _____ Día: _____ Año: _____

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	
**DATE OF INDIVIDUAL INTERVIEW: <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> MO DAY YR </div>	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: <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> MO. DAY YR. </div>	PROFICIENCY LEVEL ACHIEVED ON NYSITELL: <div style="display: flex; justify-content: space-between; font-size: small;"> <div> <input type="checkbox"/> ENTERING <input type="checkbox"/> EMERGING <input type="checkbox"/> TRANSITIONING <input type="checkbox"/> EXPANDING <input type="checkbox"/> COMMANDING </div> </div>
FOR STUDENTS WITH DISABILITIES, LIST ACCOMODATIONS, IF ANY, ADMINISTERED IN ACCORDANCE WITH IEP PURSUANT TO CSE RECOMMENDATION:	



VICKI CARAMANTE
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!

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 **1 de Abril 2019**.

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 ☐ Proveedora 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?

☐ Sí ☐ 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 años) _____
☐ Kindergarten – 6^{to} grado _____
☐ 7th grado - 9th 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?

- ☐ Sí ☐ No

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

- ☐ Sí ☐ 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 están felices en el programa ☐ Pequeño # de niños en el programa
☐ Subsidio aceptado ☐ Un buen programa de aprendizaje/ enseñanza ☐ Cuidador está educado
☐ Cuidador está 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. ¿Adónde 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 major 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

La encuesta está separada de la aplicación de Pre-K y la información proporcionada no tiene impacto en el proceso de selección. Su información de contacto se mantendrá confidencial.

Dirección de correo electrónico _____

Número 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

REQUIRED NYS SCHOOL HEALTH EXAMINATION FORM
TO BE COMPLETED IN ENTIRETY BY PRIVATE HEALTH CARE PROVIDER OR SCHOOL MEDICAL DIRECTOR

Note: NYSED requires a physical exam for new entrants and students in Grades Pre-K or K, 1, 3, 5, 7, 9 & 11; annually for interscholastic sports; and working papers as needed; or as required by the Committee on Special Education (CSE) or Committee on Pre-School Special education (CPSE).

STUDENT INFORMATION

Name:	Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	DOB:
School:	Grade:	Exam Date:

HEALTH HISTORY

Allergies <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Food <input type="checkbox"/> Insects <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Medication <input type="checkbox"/> Environmental	<input type="checkbox"/> Anaphylaxis Care Plan Attached
Asthma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Intermittent <input type="checkbox"/> Persistent <input type="checkbox"/> Other : _____	<input type="checkbox"/> Asthma Care Plan Attached
Seizures <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Type: _____	<input type="checkbox"/> Seizure Care Plan Attached Date of last seizure: _____
Diabetes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes, indicate type	<input type="checkbox"/> Medication/Treatment Order Attached <input type="checkbox"/> Type 1 <input type="checkbox"/> Type 2 <input type="checkbox"/> HbA1c results: _____ Date Drawn: _____	<input type="checkbox"/> Diabetes Medical Mgmt. Plan Attached
Risk Factors for Diabetes or Pre-Diabetes: Consider screening for T2DM if BMI% > 85% and has 2 or more risk factors: Family Hx T2DM, Ethnicity, Sx Insulin Resistance, Gestational Hx of Mother; and/or pre-diabetes.		
BMI _____ kg/m2 Percentile (Weight Status Category): <input type="checkbox"/> <5 th <input type="checkbox"/> 5 th -49 th <input type="checkbox"/> 50 th -84 th <input type="checkbox"/> 85 th -94 th <input type="checkbox"/> 95 th -98 th <input type="checkbox"/> 99 th and >		
Hyperlipidemia: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Hypertension: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes		

PHYSICAL EXAMINATION/ASSESSMENT

Height:	Weight:	BP:	Pulse:	Respirations:
TESTS	Positive	Negative	Date	Other Pertinent Medical Concerns
PPD/ PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		One Functioning: <input type="checkbox"/> Eye <input type="checkbox"/> Kidney <input type="checkbox"/> Testicle
Sickle Cell Screen/PRN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Concussion – Last Occurrence: _____
Lead Level Required Grades Pre- K & K			Date	<input type="checkbox"/> Mental Health: _____
<input type="checkbox"/> Test Done <input type="checkbox"/> Lead Elevated ≥ 10 $\mu\text{g/dL}$				<input type="checkbox"/> Other: _____
<input type="checkbox"/> System Review and Exam Entirely Normal				
Check Any Assessment Boxes <u>Outside</u> Normal Limits And Note Below Under Abnormalities				
<input type="checkbox"/> HEENT	<input type="checkbox"/> Lymph nodes	<input type="checkbox"/> Abdomen	<input type="checkbox"/> Extremities	<input type="checkbox"/> Speech
<input type="checkbox"/> Dental	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Back/Spine	<input type="checkbox"/> Skin	<input type="checkbox"/> Social Emotional
<input type="checkbox"/> Neck	<input type="checkbox"/> Lungs	<input type="checkbox"/> Genitourinary	<input type="checkbox"/> Neurological	<input type="checkbox"/> Musculoskeletal
<input type="checkbox"/> Assessment/Abnormalities Noted/Recommendations:			Diagnoses/Problems (list)	ICD-10 Code
			_____	_____
			_____	_____
			_____	_____
<input type="checkbox"/> Additional Information Attached				

Name:			DOB:	
SCREENINGS				
Vision	Right	Left	Referral	Notes
Distance Acuity	20/	20/	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Distance Acuity With Lenses	20/	20/		
Vision – Near Vision	20/	20/		
Vision – Color <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail				
Hearing	Right dB	Left dB	Referral	
Pure Tone Screening			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Scoliosis Required for boys grade 9	Negative	Positive	Referral	
And girls grades 5 & 7	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Deviation Degree:		Trunk Rotation Angle:		
Recommendations:				
RECOMMENDATIONS FOR PARTICIPATION IN PHYSICAL EDUCATION/SPORTS/PLAYGROUND/WORK				
<input type="checkbox"/> Full Activity without restrictions including Physical Education and Athletics.				
<input type="checkbox"/> Restrictions/Adaptations Use the Interscholastic Sports Categories (below) for Restrictions or modifications				
<input type="checkbox"/> No Contact Sports Includes: baseball, basketball, competitive cheerleading, field hockey, football, ice hockey, lacrosse, soccer, softball, volleyball, and wrestling				
<input type="checkbox"/> No Non-Contact Sports Includes: archery, badminton, bowling, cross-country, fencing, golf, gymnastics, rifle, Skiing, swimming and diving, tennis, and track & field				
<input type="checkbox"/> Other Restrictions:				
<input type="checkbox"/> Developmental Stage for Athletic Placement Process ONLY Grades 7 & 8 to play at high school level OR Grades 9-12 to play middle school level sports Student is at Tanner Stage: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V				
<input type="checkbox"/> Accommodations: Use additional space below to explain				
<input type="checkbox"/> Brace*/Orthotic		<input type="checkbox"/> Colostomy Appliance*		<input type="checkbox"/> Hearing Aids
<input type="checkbox"/> Insulin Pump/Insulin Sensor*		<input type="checkbox"/> Medical/Prosthetic Device*		<input type="checkbox"/> Pacemaker/Defibrillator*
<input type="checkbox"/> Protective Equipment		<input type="checkbox"/> Sport Safety Goggles		<input type="checkbox"/> Other:
*Check with athletic governing body if prior approval/form completion required for use of device at athletic competitions.				
Explain: _____				
MEDICATIONS				
<input type="checkbox"/> Order Form for Medication(s) Needed at School attached				
List medications taken at home:				
IMMUNIZATIONS				
<input type="checkbox"/> Record Attached		<input type="checkbox"/> Reported in NYSIS		Received Today: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
HEALTH CARE PROVIDER				
Medical Provider Signature:			Date:	
Provider Name: <i>(please print)</i>			Stamp:	
Provider Address:				
Phone:				
Fax:				
Please Return This Form To Your Child's School When Entirely Completed.				

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, 4 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 2nd floor. Para una cita llame al (845) 364-2519. La Clínica examina a niños menores de 5 años todos los 2nd 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 debe 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) 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 matricula 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 2019/2020 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 IIP*”. 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.

ELIGIBILIDAD PARA EL DIA COMPLETO DE PRE-KINDERGATEN DEL ESTADO

☐ NO Quiero aplicar para el día completo

*** Pare No necesita llenar este formulario

☐ SI Quiero aplicar para el día completo

¿Conteste todas las preguntas si está aplicando para el día completo de Pre-kindergarten:

¿Qué idioma(s) hablan en su hogar? _____

¿En qué idioma le hablan más al niño? _____

¿Que idioma su niño entiende más? _____

EXPERIENCIAS EN UN PROGRAMA DE EDUCACION TEMPRANA

(Solo aplica a los residentes de North Rockland)

☐ Si mi niño a asistido a un Cuidado Infantil o Guardería por un año o más.

Nombre del Programa _____

☐ Mi niño ha tenido poca experiencia en un Cuidado Infantil o Guardería menos de un año.

☐ No, mi niño nunca ha asistido a un programa de Cuidado Infantil o Guardería.

ELIGIBILIDAD POR INGRESOS

Cuantos miembros de familia _____ Ingreso Anual _____

No olvide entregar la prueba de ingreso:

****La tabla de ingresos elegibles está en la página siguiente ****

(No aplica a los residentes de North Rockland)

☐ Carta de certificación del estado de Nueva York que está recibiendo ayuda temporaria o incapacidad (TANF) o está en un programa de comida en una reservación India (FDPIR)

☐ Copia de los Impuesto 2018 (Solamente la primera pagina)

☐ 4 semanas de colillas de pago

☐ Prueba de pagos de incapacidad o pagos por la agencia de desempleo

Si usted no ha llenado sus impuestos del 2018 o no tiene prueba de ingresos tiene que proveer:

☐ Una carta de donde usted trabaja especificando los días, horas que trabaja y cuando gana, o

☐ Una carta indicando que esta sin trabajo

****SI SUS INGRESOS SON ALTOS NO SOMETA PRUEBA DE INGRESSO****

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, 2019 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
Blauvelt					
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 Feeney (845) 359-4330
St. Catherine's will only serve children in Clarkstown, Nanuet, Nyack, Pearl River and South Orangetown.					
Garnerville					
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
Haverstraw					
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
9-11:30 9-2	12:30-3	* ***	Benim Academy of Haverstraw	21 Ridge Street Haverstraw, NY 10927	Lana Benim (845) 521-7055
Nanuet					
9:15-11:45	12:30-3	*	Kids Kingdom	121 West Nyack Road Nanuet, NY 10954	Stacie Scollo (845) 624-0936

AM Session	PM Session	Choice # (1, 2 or 3)	Program Name	Address	Point of Contact and Number
9:30-12	12:30-3	*	George Miller School	50 Blauvelt Road Nanuet, NY 10954	RoseAnn Mercado (845) 627-4889
This program at George Miller will be operated by Nanuet Family Resource Center and will accept Nanuet School District children only.					
New City					
9-11:30 9-2	12:30-3	* ***	Benim Scholastic Academy	114 So Main Street New City, NY 10956	Lana Benim (845) 521-7055
	12:30-3		Busy Bee Playschool	39 Germonds Road New City, NY 10956	Ric Rabinowitz (845) 623-0849
9-11:30 9-3:30	1-3:30	* ***	Jawonio	260 Little Tor Road New City, NY 10956	Evelyn Bautista-Miller (845) 708-2000 x3255
	12-2:30	*	New City Jewish Center	47 Old Schoolhouse Road New City, NY 10956	Jacalyn Binstock (845) 638-9600 ext 117
9-11:30	12:30-3		Prime Time for Kids	60 Phillips Hill Road New City, NY 10956	David Saupaugh (845) 639-2425
9-11:30 9-3	1-3:30	* ***	Smarty Pants Learning Center	484 New Hempstead Rd New City, NY 10956	Hisha Ewing (845) 678-3809
9-11:30		*	St. Paul's Christian Day School	323 So Main Street New City, NY 10956	Fran Taibi (845) 634-0929
9-11:30		*	Tutor Time – New City	227 North Main Street New City, NY 10956	Karen Wizeman (845) 708-8270
Nyack					
9-3	12:30-3:15	* ***	Montessori Center of Nyack	85 Marion Street Nyack, NY 10960	Dorothy Goren (845) 358-9209
8:30-11			Nyack Head Start	85 Depew Avenue Nyack, NY 10960	Kira Davenport (845) 358-2234

AM Session	PM Session	Choice # (1, 2 or 3)	Program Name	Address	Point of Contact and Number
Nyack(cont'd)					
<u>9-11:30</u>			Children of America	265 No. Highland Ave Nyack, NY 10960	Ann Marie Esposito (845) 348-1433
Palisades					
<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	Farah Cleary (845) 680-0007
Pearl River					
<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
Pomona					
<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
Sloatsburg					
<u>9-11:30</u>			Y's Beginnings-Sloatsburg	11 Second Street Sloatsburg, NY 10974	Marianna Resch (845) 357-3223
<u>9-2</u> <u>9-11:30</u>		* ***	Red Owl Academy LLC	645 Main Street Sparkill, NY 10976	Liana Sargsyan-Quinn (845) 848-2407
			Stony Point		
	<u>12:20-2:50</u> <u>12:30-3:10</u>	*	Children of Mary Nursery/Kindergarten	174 Filors Lane Stony Point, NY 10980	Kathleen Brooks (845) 947-3183

AM Session	PM Session	Choice # (1, 2 or 3)	Program Name	Address	Point of Contact and Number
<u>9-11:30</u>			*	Children of America	32 S Liberty Drive Stony Point, NY 10980 Amanda Munderville (845) 429-4621
Suffern					
<u>9-11:30</u>	<u>1-3:30</u>		*	Rockland Community College Campus Fun and Learn	145 College Road Suffern, NY 10901 Andrea Bogin (845) 574-4561
<u>9-11:30</u> <u>9-2</u>			*	Kindercare	36 Route 59 Suffern, NY 10901 Ashleigh Goldberg (845) 357-4048
<u>9-11:30</u>	<u>12:45-3:15</u>			Viola PreK	557 Haverstraw Road Route 202 Suffern, NY 10901 Alexis Fibble (845) 357-7783 ext 232
Suffern Central PreK is located in the Viola Elementary and will accept only Suffern Central children first.					
<u>8-10:30</u> <u>8-1</u>	<u>12-2:30</u>		*	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
Tappan					
<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>9-05-11:35</u>	<u>12:30-3</u>			Children's Enrichment Center	32 Old Tappan Road Tappan, NY 10983 Joanne Volpe (845) 398-3370
Valley Cottage					
<u>8:15-10:45</u>	<u>12-2:30</u>		*	St Paul's Pre-K	365 Kings Highway Valley Cottage NY 10989 Michelle Pitot (845) 268-6506

AM Session	PM Session	Choice # (1, 2 or 3)		Program Name	Address	Point of Contact and Number
West Haverstraw						
<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
*Note programs that offer extended hours for a fee. *** Note programs that offer Statewide Full Day						