



# Pre-K Counts

# Condado de Bucks

## Información General 2025-2026

El Condado de Bucks tiene seis agencias que administran el programa Pre-K Counts de Pennsylvania. Las agencias permiten que las familias (con niños de tres a cuatro años de edad en o antes del 1 de Septiembre) a que apliquen a inscribir en un programa preescolar de alta calidad a *ningún costo para la familia*.

La solicitud para Pre-K Counts para el año escolar 2025 – 2026 está incluida en este paquete. Los niños residentes de Pennsylvania que cumplen con los criterios requeridos serán considerados para este programa de cinco días a la semana. Todas las familias deben cumplir con los lineamientos de ingreso para ser elegibles para el programa. Una familia de cuatro puede ganar hasta \$96,450 al año y calificar para Pre-K Counts.

Las familias que califican financieramente y que *también* tienen factores de riesgo secundarios (por ejemplo: el inglés como segundo idioma, Cuidado de Orfanato, Servicios de Intervención Temprana, etc.) serán dadas consideración prioritaria para el programa.

Para aplicar para el Pre-K Counts en el Condado de Bucks, complete la solicitud en las páginas 3, 4 y 5 de este paquete. Si usted está completando la solicitud de manera electrónica, por favor imprímala y luego firme la solicitud (en la página 5) antes de entregarla. Las familias pueden entregar la solicitud Pre-K Counts y todos los documentos requeridos a las representantes abajo.

### Información de Contacto

#### **Distrito Escolar Bristol Township**

Amy Coleman  
5 Blue Lake Road  
Levittown, PA 19057  
267-599-2015  
[amy.coleman@bristoltwpsd.org](mailto:amy.coleman@bristoltwpsd.org)

#### **Unidad intermedia del condado de Bucks**

Katelyn Plunkett  
705 N. Shady Retreat Road  
Doylestown, Pensilvania 18901  
215-348-2940 extensión. 1228  
[KPlunkett@BucksIU.org](mailto:KPlunkett@BucksIU.org)

#### **Distrito Escolar Neshaminy**

Kim Johnson  
MPMS-Servicios para Alumnos  
2250 Langhorne-Yardley Road  
Langhorne, PA 19047  
215-809-6558  
[kjohnson@neshaminy.org](mailto:kjohnson@neshaminy.org)

#### **Distrito Escolar Palisades c/o Escuela y guardería LifeSpan**

Kimberly Day  
2460 John Fries Highway  
Quakertown, PA 18951  
215-536-4417  
[kday@lq.org](mailto:kday@lq.org)

#### **Distrito escolar de Pennsbury**

Laurie Ruffing  
parque del pueblo  
75 unidad de unidad  
Levittown, Pensilvania 19054  
215-428-4100 extensión. 20815  
[https://www.pennsburyisd.org/departments/student\\_services/pre-k\\_counts](https://www.pennsburyisd.org/departments/student_services/pre-k_counts)

#### **Distrito escolar de Quakertown c/o Escuela y guardería LifeSpan**

Kimberly Day  
2460 John Fries Highway  
Quakertown, PA 18951  
215-536-4417  
[kday@lq.org](mailto:kday@lq.org)

#### **Academia de Cuidado Infantil Refugio**

Angela Cary  
1230 Avenida Plymouth  
Bristol, Pensilvania 19007  
215-781-9698  
[rcaorg@yahoo.com](mailto:rcaorg@yahoo.com)

#### **United Way del condado de Bucks**

Kristi Moreno  
413 bulevar Hood  
Colinas sin feria, PA 19030  
215-949-1660, extensión. 108  
[kristim@uwbucks.org](mailto:kristim@uwbucks.org)

River Crossing YMCA - Morrisville Branch  
200 N. Pennsylvania Ave,  
Morrisville, PA 19067  
Angela Cloak  
[acloak@ymcarivercrossing.org](mailto:acloak@ymcarivercrossing.org)  
215.736.8077

## Lista de Verificación

Por favor presente copias de los documentos anotados a continuación con su solicitud:

\_\_\_ Declaración de Impuestos Federales del 2024 para todos los adultos (18 años y mayores) que viven en su Vivienda.

**Por favor incluya únicamente las primeras 2 páginas del Formulario Federal 1040.**

\_\_\_ Certificado de Nacimiento (del niño)

\_\_\_ Tarjeta de Seguro Social del niño o el Número del niño en la Declaración de Impuestos

\_\_\_ Fotografía de Identidad del la Madre o Padre o Guardián

\_\_\_ Solicitud de Pre-K Counts (todas las 3 páginas deben ser completadas)

\_\_\_ Comprobante de Residencia: Arrendamiento, Escritura, o Cupón de Hipoteca.

\_\_\_ Tres (3) comprobantes adicionales de residencia tales como seguro de vehículo o de propietario del hogar, registro de vehículo o factura de servicios públicos para agua, electricidad, etc.

Los siguientes documentos se deben presentar inmediatamente después de aceptación en el programa:

\_\_\_ Registros de Inmunización (Tarjeta o Lista de Vacunas)

\_\_\_ Examen físico (completado después del 1 de Septiembre del 2024), incluyendo exámenes de la visión, audición y dentales.

## Elegibilidad Financiera

Para calificar para el programa Pre-K Counts, el ingreso anual de la familia no puede ser más de 300% de pobreza.

### Índice Federal de Proeza 2025

Numero de Personas	100%	200%	300%
1	\$15,650	31,300	46,950
2	\$21,150	42,300	63,450
3	\$26,650	53,300	79,950
4	\$32,150	64,300	96,450
5	\$37,650	75,300	112,950
6	\$43,150	86,300	129,450
7	\$48,650	97,300	145,950
8	\$54,150	108,300	162,450

U.S. Department of Health & Human Services: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

**Todos los documentos de la lista de verificación anterior deben incluirse con su solicitud. No revisaremos ni aceptaremos ninguna solicitud sin todos los documentos de respaldo.**



## SOLICITUD para Pre-K Counts del Condado de Bucks para el 2025-26

*Por favor escribe de manera clara.*

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL NIÑO	
Nombre del Niño _____	La Fecha de Hoy _____
Etnicidad (Marque uno): <input type="checkbox"/> No Hispánico <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Desconocido	
Raza (Marque uno): <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indio Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco o Caucásico <input type="checkbox"/> Isleño de Hawái o del Pacífico <input type="checkbox"/> Desconocido	
Fecha de Nacimiento del Niño _____	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Número de Seguro Social del Niño _____	<b>Por favor presente una copia del certificado de nacimiento del niño</b>
<i>Si usted tiene el Inglés como Segundo Idioma, por favor complete esta sección.</i>	
Idiomas que se hablan en el hogar _____ Idiomas que habla el niño _____	
Necesidades / Preocupaciones Especiales en Relación con el Niño: _____ <i>Si el niño está recibiendo servicios de intervención temprana, por favor envíe una copia del IEP del niño.</i>	
Mi escuela primaria local: _____ en el Distrito Escolar de _____.	

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE LOS PADRES	
Padre / Guardián #1: Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____
Estatus de Empleo: <input type="checkbox"/> T. Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Militar (Activo, En Reserva, Veterano)	
Dirección _____	Apt _____
Ciudad _____ Estado PA	Código Zip _____
Número de Teléfono Principal _____	Número de Teléfono Alternativo _____
Dirección de Correo Electrónico _____	
Padre / Guardián #2: Nombre _____	Fecha de Nacimiento _____
Estatus de Empleo: <input type="checkbox"/> T. Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Militar (Activo, En Reserva, Veterano)	
Dirección _____	Apt _____
Ciudad _____ Estado PA	Código Zip _____
Número de Teléfono Primario _____	Número de Teléfono Alternativo _____
Dirección de Correo Electrónico _____	
Nivel de educación más alto completado: Padre #1 _____ Padre #2 _____	

**SECCIÓN 3: INGRESO DEL HOGAR**

**Una copia de las primeras dos páginas de la declaración de impuesto sobre renta federal del 2024  
Para TODOS los adultos en el hogar debe presentarse con esta solicitud.**

El ingreso de todas las fuentes de todos los miembros del hogar \_\_\_\_\_/año

Número de Adultos (todos mayores a la edad de 18) en el hogar \_\_\_\_\_ Edades \_\_\_\_\_

Número de Niños en la vivienda \_\_\_\_\_ Edades \_\_\_\_\_

Marque uno:  Soy dueño de mi hogar  Yo rento mi hogar  Estoy viviendo con otra familia

**PARA USO DEL PROGRAMA ÚNICAMENTE** Ingreso Verificado por \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 4: INFORMACIÓN ADICIONAL DE SU HIJO (Requerido)**

¿Está actualmente matriculado en el Programa de Inicio Adelantado (Head Start)?  Si  No

¿Su niño está matriculado con Child Care Works (cuidado infantil subsidiado)?  Si  No

¿Su familia recibe beneficios públicos (TANF, Asistencia Médica, SNAP, etc.)?  Si  No

¿El padre es un migrante (no inmigrante) o trabajador por temporadas?  Si  No

¿Está su familia experimentando inestabilidad en la vivienda (viviendo en un refugio, sin horario fijo de noche? residencia, duplicado/viviendo con otra familia debido a dificultades financieras)?  Si  No

¿Su niño está bajo cuidado de orfanato, cuidado con parientes o recibiendo servicios de Protección Infantil?  Si  No

¿Su niño recibe apoyos al comportamiento o ha sido referido para apoyos del comportamiento?  Si  No

¿Tiene actualmente su hijo un Plan de Educación Individualizado (IEP) o un Plan de Servicios Familiares Individualizados (ISFP)?  Si  No

¿La madre del niño era menor a los 18 años de edad cuando él / ella nació?  Si  No

¿Uno de los padres del niño está en prisión?  Si  No

¿El padre tiene un diploma de secundaria o un GED?  Si  No

¿Hay alguna preocupación sobre el desarrollo físico del niño o problemas médicos existentes?  Si  No

¿Hay alguna preocupación sobre el desarrollo de la dicción o idioma del niño?  Si  No

¿Hay alguna preocupación sobre el Desarrollo social, emocional o del comportamiento del niño? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

**SECCIÓN 5: LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN**

Nombre del Niño \_\_\_\_\_

**Cuando sea necesario para el cumplimiento de la concesión del programa Pre-K Counts o para mejorar los servicios brindados a mi hijo o familia, yo autorizo la liberación y el compartir la información a:**Unidad Intermedia del Condado de Bucks  Si  NoMi distrito escolar local ( \_\_\_\_\_ )  Si  NoDepartamento de Educación de Pennsylvania  Si  No**Cuando sea necesario para cumplir o mejorar la concesión del Pre-K Counts, yo autorizo el uso de fotografías en las cuales mi niño aparece para propósitos incluyendo, pero no limitado a, boletines informativos, ruedas de prensa y / o panfletos.**Yo autorizo el uso de la foto de mi niño según se describió anteriormente.  Si  No

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

**SECCIÓN 6: PROGRAMA DE ASEGURACIÓN & FIRMAS**

- Las familias son consideradas para la matrícula de Pre-K Counts después de que se ha recibido la solicitud completa y todos los documentos de soporte.
- Las familias son aceptadas bajo una base de “necesidad” y no en base a la fecha en que se presentó la solicitud.
- Las familias cuyos niños son seleccionados para el programa Pre-K Counts *deben brindar transporte en una base diaria hacia y de la escuela preescolar a la cual son asignadas.*
- Las familias son requeridas a que asistan a las conferencias para padres / guardianes y al menos a un taller para padres.
- La asistencia es esencial. Exceptuando las ausencias excusadas, los niños deben ser puntuales y presentarse a diario.

**Por favor marque y firme a continuación:****FAMILIAS ELEGIBLES PARA HEAD START:** A mí se me ha dado información sobre el Head Start pero prefiero matricularme al programa Pre-K Counts.

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

 Según lo mejor de mi conocimiento, la información en esta solicitud es precisa. Yo acepto las responsabilidades de una familia Pre-K Counts.

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

Nombre del Padre / Guardián (Escrito a Mano) \_\_\_\_\_

**Todos los documentos anotados en la página 2 deben estar incluidos en su solicitud.  
Nosotros no estaremos revisando o aceptando ninguna solicitud sin documentos de soporte.  
Por favor presente esta solicitud y todos los documentos solicitados a la Agencias Líder en la Página 1.**

***¡Muchas gracias!***

# CHILD HEALTH REPORT

(55 PA CODE §§3270.131, 3280.131 AND 3290.131)

Parent/Provider fill in this part.

CHILD'S NAME: (LAST)	(FIRST)	PARENT/GUARDIAN:
DATE OF BIRTH:	HOME PHONE:	ADDRESS:
CHILD CARE FACILITY NAME: <b>River Crossing YMCA - Morrisville Branch</b>		
FACILITY PHONE: <b>215-736-8077</b>	COUNTY: <b>Bucks</b>	WORK PHONE:
<input type="checkbox"/> I authorize the child care staff and my child's health professional to communicate directly if needed to clarify information on this form about my child.		
PARENT'S SIGNATURE:		

**DO NOT OMIT ANY INFORMATION**  
This form may be updated by a health professional. Initial and date any new data. The child care facility needs a copy of the form.

Child's Height: _____ IN/CM	Child's Weight: _____ LB/KG
HEALTH HISTORY AND MEDICAL INFORMATION PERTINENT TO ROUTINE CHILD CARE AND DIAGNOSIS/TREATMENT IN EMERGENCY (DESCRIBE, IF ANY): <input type="checkbox"/> NONE	CHILD'S ALLERGIES (DESCRIBE, IF ANY): <input type="checkbox"/> NONE

DESCRIBE ALL MEDICATION AND ANY SPECIAL DIET THE CHILD RECEIVES AND THE REASON FOR MEDICATION AND SPECIAL DIET. ALL MEDICATIONS A CHILD RECEIVES SHOULD BE DOCUMENTED IN THE EVENT THE CHILD REQUIRES EMERGENCY MEDICAL CARE. ATTACH ADDITIONAL SHEETS IF NECESSARY.  
 NONE

LIST ANY HEALTH PROBLEMS OR SPECIAL NEEDS AND RECOMMENDED TREATMENT/SERVICES. ATTACH ADDITIONAL SHEETS IF NECESSARY TO DESCRIBE THE PLAN FOR CARE THAT SHOULD BE FOLLOWED FOR THE CHILD, INCLUDING INDICATION OF SPECIAL TRAINING REQUIRED FOR STAFF, EQUIPMENT AND PROVISION FOR EMERGENCIES.  
 NONE

IN YOUR ASSESSMENT, IS THE CHILD ABLE TO PARTICIPATE IN CHILD CARE AND DOES THE CHILD APPEAR TO BE FREE FROM CONTAGIOUS OR COMMUNICABLE DISEASES?  
 YES  NO IF NO, PLEASE EXPLAIN YOUR ANSWER:

HAS THE CHILD RECEIVED ALL AGE APPROPRIATE SCREENINGS LISTED IN THE ROUTINE PREVENTIVE HEALTH CARE SERVICES CURRENTLY RECOMMENDED BY THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS? (SEE SCHEDULE AT [WWW.AAP.ORG](http://WWW.AAP.ORG))  
 YES  NO

**NOTE BELOW IF THE RESULTS OF VISION, HEARING OR LEAD SCREENINGS WERE ABNORMAL. IF THE SCREENING WAS ABNORMAL, PROVIDE THE DATE THE SCREENING WAS COMPLETED AND INFORMATION ABOUT REFERRALS, IMPLICATIONS OR ACTIONS RECOMMENDED FOR THE CHILD CARE FACILITY.**

VISION (subjective until age 3)	
HEARING (subjective until age 4)	
LEAD	

**RECORD DATES OF IMMUNIZATIONS BELOW OR ATTACH A PHOTOCOPY OF THE CHILD'S IMMUNIZATION RECORD**

IMMUNIZATIONS	DATE	DATE	DATE	DATE	DATE	COMMENTS
HEP-B						
ROTAVIRUS						
DTAP/DTP/TD						
HIB						
PNEUMOCOCCAL						
POLIO						
INFLUENZA						
MMR						
VARICELLA						
HEP-A						
MENINGOCOCCAL						
OTHER						

MEDICAL CARE PROVIDER:	SIGNATURE OF PHYSICIAN, CRNP OR PHYSICIAN'S ASSISTANT
ADDRESS:	TITLE:
PHONE:	LICENSE NUMBER: _____ DATE FORM SIGNED: _____

Parents may write immunization dates; health professional should verify and complete all data.