



Opportunity
House



pennsylvania
PRE-K COUNTS

Queridos padres/tutores:

Gracias por tu interés en el Programa Pre-K Counts que ofrece Second Street Learning Center/Opportunity House. Por favor, complete la solicitud para determinar la elegibilidad de su hijo. Una vez hecho esto, se necesitará la siguiente documentación para completar el proceso de inscripción:

- Solicitud completa 2026-27
- Copias de tu(s) formulario(s) W-2(s) de 2025 y/o declaración de la renta de 2025 y otros ingresos como manutención infantil, ayuda en efectivo del SSI, recibos de nómina, etc.
- Copia del certificado de nacimiento de tu hijo
- Copia del historial de vacunación de tu hijo
- Formulario físico adjunto: debe ser firmado por el médico de su hijo (en un plazo de 1 año)
- Copia del IEP/Plan de Conducta de tu hijo (si procede)
- Prueba del seguro médico del niño

Si aplicas para un niño de tres años, debe tener 3 años antes del 31 de agosto de 2026 para ser elegible. Utilizamos un sistema de puntos que se calcula a partir de los factores de riesgo dentro de la aplicación; Consideramos primero a los niños con una puntuación de factores de riesgo más alta. Esto significa que, si hay espacio mínimo disponible, primero matricularemos al niño con la puntuación de factores de riesgo más alta. Si el programa está lleno, mantenemos una lista de espera para vacantes inesperadas, por lo que las inscripciones se aceptan durante todo el año. Nuestra fecha de inicio prevista es el 24 de agosto de 2026.

Puedes enviar los formularios por correo o dejarlos en el lugar que se indica a continuación. **Tu solicitud no se considerará completa hasta que hayamos recibido todos los documentos requeridos y hayamos verificado tus ingresos.**

Opportunity House/Second Street Learning Center
Attn: Crystal Rowles
430 N. Second Street
Reading, PA 19601

Si tiene preguntas, por favor contacte con Crystal Rowles en el 610-374-4696 ext. 250 o por correo electrónico en crowles@opphouse.org.

Atentamente

Crystal Rowles, M. Ed.
Assistant Director/Educational Specialist

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: 2nd St. Learning Center		WORK PHONE:
FACILITY PHONE: 610-374-4096	COUNTY: Berks	
<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.

HEALTH HISTORY AND MEDICAL INFORMATION PERTINENT TO ROUTINE CHILD CARE AND DIAGNOSIS/TREATMENT IN EMERGENCY (DESCRIBE, IF ANY):
 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

CHILD'S ALLERGIES (DESCRIBE, IF ANY):
 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) <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 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.

Formulario de inscripción a Pre-K Counts de PA 2026-27

(Esta información es confidencial para el programa Pre-K Counts de PA)

Fecha en que se completó el formulario:		/		/		Últimos 5 dígitos del Número de Seguro Social del Niño (SSN)	-						
	Mes		Día		Año		#	#	#	#	#		

Apellido legal (niño)	Nombre legal (niño)	Inicial del segundo nombre
-----------------------	---------------------	----------------------------

Dirección		Condado	
Ciudad		Estado PA	Código postal
Distrito escolar			
Teléfono primario	Teléfono del trabajo	Correo electrónico	

Fecha de nacimiento del niño	Edad al inicio del programa <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
------------------------------	---	--

Raza (opcional)	
<input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano	<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano/nativo de Alaska
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Blanco
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otra
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	
Origen étnico (opcional)	
<input type="checkbox"/> Hispano/Latino	Idioma principal
<input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Inglés
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Español
	<input type="checkbox"/> Otro

	(por favor especifique)

Nombre del padre, la madre o guardián que completa esta solicitud		Sexo <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña
Relación al niño		(Seleccione uno)
<input type="checkbox"/> Padre	<input type="checkbox"/> Biológico	
<input type="checkbox"/> Madre	<input type="checkbox"/> De acogida	
<input type="checkbox"/> Guardian	<input type="checkbox"/> Adoptivo	
<input type="checkbox"/> Otra	<input type="checkbox"/> Otra	
_____	_____	
(por favor especifique)	(por favor especifique)	
Función		
<input type="checkbox"/> Tutor primario	<input type="checkbox"/> Tutor legal	
<input type="checkbox"/> Tutor secundario	<input type="checkbox"/> Otra	

	(por favor especifique)	

Indique a continuación los miembros del hogar para determinar el tamaño de la familia (*obligatorio*):

	<i>Relación al niño</i>	<i>Edad</i>
1	NIÑO QUE SE INSCRIBE	
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Según el estatuto, las reglamentaciones y la guía de PKC, los siguientes miembros del hogar están incluidos en el tamaño de la familia:

- Padre del niño (madre o padre biológico o adoptivo, madrastra o padrastro, cuidador o pareja)
- Hijo biológico, adoptivo, no relacionado, de acogida o hijastro del padre, la madre o el cuidador menor de 18 años y no emancipado.
- Un niño mayor de 18 años, pero menor de 22 años que está inscrito en la escuela secundaria, un programa de desarrollo educativo general o un programa postsecundario que otorga un título, diploma o certificado y que depende totalmente o parcialmente de los ingresos del padre, la madre, el cuidador o la pareja del padre, la madre o el cuidador.
- Otras personas respaldadas por los ingresos de los padres o tutores del niño que se inscribe o participa en el programa. ***Si se cuentan para el tamaño de la familia, los ingresos aplicables de estas personas también deben contarse para fines de elegibilidad.***

Nota: Se ingresa un valor de tamaño familiar de uno (1) con un ingreso de \$0 cuando un niño de acogida se inscribe en Pensilvania Pre-K Counts.

TAMAÑO DETERMINADO DE LA FAMILIA =

Situación laboral del padre/madre/guardián

- Empleado de tiempo completo
- Empleado a tiempo parcial
- Desempleado
- Otro _____

Situación laboral del 2.º padre/madre/guardián (si corresponde)

- Empleado de tiempo completo
- Empleado a tiempo parcial
- Desempleado
- Otro _____

Fuentes de ingresos familiares (debe marcar todas las opciones que correspondan):

- | | | | | |
|--|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Compensación de desempleo | <input type="checkbox"/> Compensación del trabajador (Worker's Comp) | <input type="checkbox"/> Pagos en efectivo de TANF |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> SSI | <input type="checkbox"/> Manutención del menor | <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> Otra |

Garantías de la familia

Al firmar a continuación, reconozco y acepto lo siguiente:

- Comprendo que la elegibilidad de mi hijo para el programa Pre-K Counts de Pensilvania (PA PKC) está sujeta a un límite de participación de dos años. Mi hijo debe tener al menos tres años de edad antes de la fecha de corte para el kindergarten establecida por el distrito escolar donde vivimos para garantizar el cumplimiento con la recepción de solo dos años de la programación de PKC.
- Comprendo que, una vez que mi hijo alcance la edad requerida para inscribirse en el kindergarten en el distrito escolar público donde vivimos, ya no será elegible para el financiamiento de PA PKC.
- Comprendo que la inscripción de mi hijo depende del cumplimiento de los criterios de elegibilidad, incluida la verificación de ingresos y la prioridad en función de los factores de riesgo.
- Comprendo que el programa Pre-K Counts (PKC) de PA es un programa educativo con requisitos de asistencia. Acepto garantizar la asistencia regular de mi hijo y notificar al programa en caso de ausencias. El horario del programa Pre-K Counts de PA en cual me inscribo es el siguiente:

PKC#3 8:45-2:15 / PKC#1 and PKC#2 9:00-2:30

- Comprendo que la parte del día correspondiente a PKC es laica (no religiosa) y no se incluirá instrucción religiosa durante ese período. El horario del programa Pre-K Counts de PA en cual me inscribo es el siguiente:

PKC#3 8:45-2:15 / PKC#1 and PKC#2 9:00-2:30

- Entiendo que, una vez confirmada la fecha de inscripción del niño en PA Pre-K Counts puede ser compartido con otros programas financiados por OCDEL, como el ELRC o Intervención Temprana, para la coordinación de financiamiento y servicios.

Certificación del padre/madre/tutor

Según mi leal saber y entender, la información proporcionada en esta solicitud y la documentación de ingresos asociada es precisa. Entiendo que se me puede pedir que verifique o presente pruebas de la información suministrada.

Certifico que toda la información proporcionada es precisa. Comprendo que la elegibilidad está sujeta a verificación y que proporcionar información falsa puede dar lugar a la descalificación.

Padre/madre/tutor legal (Firma)

Fecha

Nombre del padre/la madre/el tutor legal (en letra de imprenta)

La familia y el administrador del programa completarán esta parte juntos

Para las familias elegibles para Head Start (100 % del FPL o menos)

Marque si no corresponde

Se me ha informado sobre la elegibilidad de mi familia para Head Start y se me ha entregado lo siguiente:

- Información de contacto para la siguiente ubicación de Head Start

BCIU Head Start

- Solicitud o asistencia para conectar con el programa
- Folleto o sitio web con información sobre Head Start
- Comprendo que mi firma a continuación indica que me han informado sobre mis opciones para Head Start y que puedo elegir inscribirme en el programa Pre-K Counts o Head Start, si soy elegible para ambos.

Padre/madre/tutor legal (Firma)

Fecha



Opportunity
House

Escala de Valoración de Prioridad de Pre-K

Nombre del niño: _____ D.O.B. _____ Fecha de finalización: _____

Se utilizarán los siguientes criterios para seleccionar a los niños. Si hay un factor de riesgo, anota puntos en la Columna de Puntuación. Si tenemos lista de espera, se utilizará la siguiente escala de valoración para priorizar la inscripción. La puntuación más alta tendrá prioridad.

Criterios	Puntos	Partitura
Niño que entra a kindergarten el próximo año escolar	25	
El niño tendrá dos años en Pre-K Counts	15	
Ingresos (menores o iguales al 200%)	25	
Ingresos (más del 200% pero menores o iguales al 300%)	15	
Personas sin hogar: Si se aplica alguna de las situaciones siguientes, una familia es elegible bajo McKinney-Vento. -¿La familia se queda con otros? -¿La familia vive en un refugio?-¿La familia vive en un motel, hotel o camping? -¿La familia se aloja en un lugar público o privado que no se usa normalmente como alojamiento habitual? -¿La familia vive en viviendas de baja calidad? (servicios limitados o nulos, condiciones inseguras)	25	
Vive en una zona de alta pobreza: Un niño que reside en una región con tasas de pobreza más altas (incluyendo códigos postales y distritos escolares).	10	
Aprendiz de inglés: Un niño cuya lengua materna no es el inglés y que está en proceso de aprender inglés.	25	
Niño en o parte de la familia en el Sistema de Bienestar Infantil: Un niño que esta en acogida, un niño en cuidado familiar o que recibe Servicios para Niños y Jóvenes.	25	
Niño con un Plan de Apoyo Conductual de una agencia de salud mental. Se requiere una copia del plan antes de inscribirse.	25	
Niño con un Plan Educativo Individualizado (IEP) de un programa de intervención temprana. Se requiere una copia del IEP antes de la inscripción.	25	
Preocupaciones sobre el desarrollo físico del niño o la condición médica existente (actualmente no recibe servicios)	15	
Preocupaciones sobre el desarrollo del habla o lenguaje del niño (actualmente no reciben servicios)	15	
Preocupaciones sobre el desarrollo social, emocional o conductual del niño (actualmente no reciben servicios)	15	
Padre encarcelado: Un niño cuyo progenitor está actualmente encarcelado.	20	
Estudiante migrante/temporal - Un niño cuyo progenitor es actualmente un trabajador agrícola migratorio	20	
Padre adolescente: Un niño cuyo progenitor era menor de 18 años cuando nació	20	
Nivel educativo del tutor: Un niño cuyo, progenitor o tutor legal no posee el título de secundaria, equivalencia de bachillerato o un título postsecundario.	20	
Estructura de Vida Familiar: Un niño que reside con un progenitor soltero o divorciado.	10	
Familia militar: Un niño cuyo progenitor está en servicio activo o tiene una discapacidad relacionada con el servicio militar documentada.	15	
Elegible para (o recibe) la siguiente ayuda pública: TANF, SSI, SNAP (se requiere documentación)	10	
Inscripciones en el Programa de Infant Toddler (ITCSP)	10	
Total		

FOR OFFICE USE ONLY Income Verification 2026 Federal Poverty Level Guidelines Based On Annual Income

Family Size	100% (Head Start Eligible)	300% (Pre-K Counts Eligible)
1	\$15,960	\$47,880
2	\$21,640	\$64,920
3	\$27,320	\$81,960
4	\$33,000	\$99,000
5	\$38,680	\$116,040
6	\$44,360	\$133,080
7	\$50,040	\$150,120
8	\$55,720	\$167,160
Each Additional	+\$5,680 for each additional family member	+\$17,040 for each additional family member

Pay Frequency Calculation Guide:

Weekly	Multiply gross weekly income by 52
Bi-Weekly	Multiply gross income by 26
Semi-Monthly	Multiply gross income by 24
Monthly	Multiply gross income by 12

INCOME CALCULATION GRID

Name	Income Source	Pay Frequency	Gross Amount	Annualized Amount
1.				
2.				
3.				
4.				
		Total Annual Income:	\$ _____	

Actual Annual Verified Gross Household (Family) Income: \$ _____

*Attach copies of documents used to verify income prior to enrollment

Family Size (per PKC guidelines): _____

Family income is at or below 300% of federal poverty level relative to family size (required risk factor). Consider all sources of income. Must be verified prior to enrollment.

Staff Verifying Income and Risk Factors Signature

Date

Dual Enrollment Verification (Complete once eligibility and enrollment is confirmed)

This section helps process the PA PKC Verification Form, which documents a child’s enrollment in the PA PKC Program and is submitted to the ELRC. Additionally, it ensures families seeking wraparound services receive referrals to the local ELRC and accurate notification of the PKC enrollment start date.

Is this child currently receiving CCW subsidy (at any program)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is the family interested in receiving ELRC contact information to determine eligibility for CCW wrap around care (at any program)? Referral for ELRC # <u> 13 </u> Contact email or Phone number shared with family <u> 484-651-8000 </u>	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Has the PA PKC program submitted a Verification Form to/communicated with the appropriate ELRC to confirm PKC enrollment with Child Care Works (CCW) and received confirmation back? Use the PA PKC and CCW dual enrollment contacts list on the PKC portal for this information	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Enrollment Outcomes: This section documents outreach, communication, and waitlist activity related to a child’s application.

- Child enrolled – Date: _____ Child placed on waitlist – Date: _____
 Family declined placement – Date: _____ Unable to contact family after documented attempts

Documented Family Communication

Date	Communication Method	Purpose of Contact	Staff Initials
	<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Text <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/> Letter	<input type="checkbox"/> Application status <input type="checkbox"/> Waitlist update <input type="checkbox"/> Slot availability <input type="checkbox"/> Other: _____	
	<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Text <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/> Letter	<input type="checkbox"/> Application status <input type="checkbox"/> Waitlist update <input type="checkbox"/> Slot availability <input type="checkbox"/> Other: _____	
	<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Text <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/> Letter	<input type="checkbox"/> Application status <input type="checkbox"/> Waitlist update <input type="checkbox"/> Slot availability <input type="checkbox"/> Other: _____	
	<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Text <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/> Letter	<input type="checkbox"/> Application status <input type="checkbox"/> Waitlist update <input type="checkbox"/> Slot availability <input type="checkbox"/> Other: _____	

- Family was informed of waitlist status and next steps
 Family was informed they will be contacted when a slot becomes available