



Programa público de prekínder de la Oficina Ejecutiva de Aprendizaje Temprano (EOEL)

Paquete de solicitud

Año escolar 2023-2024

Escuelas del DOE participantes

Envíe un paquete de solicitud completo por separado a cada escuela que le interese.

Hawai'i Chiefess Kapi'olani Elementary • Hilo Union Elementary • Hōnaunau Elementary Honoka'a Elementary • Kea'au Elementary • Keonepoko Elementary • Kohala Elementary • Konawaena Elementary • Mountain View Elementary • Nā'ālehu Elementary • Pāhoa Elementary

NEW DOE School SY 23-24: Waimea Elementary

Kaua'i 'Ele'ele Elementary • Kekaha Elementary

NEW DOE School SY 23-24: Kīlauea Elementary

Lāna'i Lāna'i High and Elementary

Maui Kula Elementary • Pukalani Elementary

NEW DOE School SY 23-24: Hāna High and Elementary • Wailuku Elementary

Molokai Kaunakakai Elementary • Kilohana Elementary

O'ahu 'Aiea Elementary • Hale'iwa Elementary • Kailua Elementary • Kalihi Uka Elementary • Kapālama Elementary • Keolu Elementary • Likelike Elementary • Linapuni Elementary • Nānāikapono Elementary Nānākuli Elementary • Pālolo Elementary • Pu'uhale Elementary • Waiāhole Elementary Waialua Elementary • Wai'anae Elementary • Waimānalo Elementary and Intermediate

NEW DOE Schools SY 23-24: Blanche Pope Elementary • Fern Elementary • Honowai Elementary Ka'ēwai Elementary • Lincoln Elementary • Sunset Beach Elementary • Wahiawā Elementary



Programa público de prekínder de la Oficina Ejecutiva de Aprendizaje Temprano (EOEL)
Requisitos de elegibilidad e información de solicitud
Año escolar 2023-2024

Gracias por su interés en el Programa Público de Prekínder de la EOEL. Lea la siguiente información para conocer los requisitos de elegibilidad, los requisitos de solicitud y los procesos de aceptación e inscripción del programa.

¿Mi hijo es elegible para este programa?

Children must be age three or four on or before July 31 of the current school year. Para el año escolar 2023 a 2024, los niños nacidos entre el 1 de agosto de 2018 y el 31 de julio de 2020 son elegibles. Además del requisito de edad, consulte las áreas prioritarias para ser aceptado en el programa en la página 3 (¿Cómo califican los niños para participar en el programa?).

¿Cuándo se pueden presentar las solicitudes?

Las solicitudes se pueden enviar a las escuelas a partir del 1 de marzo de 2023 (June 1, 2023 for NEW DOE Schools). Tenga en cuenta que las solicitudes deben presentarse en su totalidad para que se considere su elegibilidad. Los paquetes incompletos se devolverán y deberán volver a enviarse en su totalidad.

¿Cuántos niños hay en cada salón de clases?

El número máximo de estudiantes inscritos en cada clase está determinado por los pies cuadrados del espacio del salón de clases. Sin embargo, cada clase está limitada a no más de 20 estudiantes. (El tamaño de las clases puede cambiar para abordar las necesidades de salud y seguridad de los niños y el personal que surjan por circunstancias inesperadas. Consulte con la escuela en la que presenta la solicitud para obtener información actualizada).

Como el espacio es limitado, se recomienda que las familias presenten la solicitud completa y los documentos obligatorios lo antes posible.

¿A qué escuela presentaré la solicitud y los documentos obligatorios?

Complete y envíe la solicitud adjunta junto con los documentos obligatorios a la escuela a la que desea que asista su hijo (consulte la lista de escuelas en la página 7-8).

No se requiere una excepción geográfica para el Programa público de prekínder de la EOEL. Sin embargo, se da prioridad a los niños que solicitan ingresar a las escuelas asignadas. Estos son los niños que viven dentro de los límites geográficos de la escuela. Comuníquese con la escuela más cercana para averiguar si su familia reside en el área de escuela asignada.

¿Qué debo presentar a la escuela?

Un paquete completo incluye todos los documentos que figuran en la página 9 (Lista de verificación de la solicitud). No se aceptará una solicitud sin todos los documentos obligatorios. Adjunte también un sobre sellado con su dirección con cada paquete.

¿Cómo califican los niños para el programa?

Además del requisito de edad, se da prioridad a los niños cuyas situaciones incluyen, entre otras, una o más de las siguientes:

- Niños que son elegibles para recibir **servicios de educación especial** en virtud de la Ley de Personas con Discapacidades (Individuals with Disabilities Act, IDEA) y que requieren una colocación en la educación general.
- Niños en **hogares de acogida**.
- Niños **sin hogar** o con **viviendas inestables**.

«Sin hogar» se refiere a las personas que carecen de una residencia nocturna fija, regular y adecuada (en el sentido de la sección 42 del USCS §11302(a)(1)) e incluye:

- **Sin refugio:** no tiene un lugar habitual donde pasar la noche y vive en un campamento, un automóvil, una playa/parque, un edificio abandonado, una calle o cualquier otro espacio habitable inadecuado.
- **Refugio:** vive en un refugio de emergencia, transitorio o contra la violencia doméstica.
- **Hotel/Motel:** vive en un hotel o motel por falta de otras viviendas adecuadas, **excluye** el alojamiento temporal para militares en espera de alojamiento.
- **Vivienda compartida:** vive temporalmente con familiares u otras personas debido a la pérdida de la vivienda o como resultado de dificultades económicas.

- Niños que **aprenden dos o varios idiomas**.
- Niños que se encuentran en **situaciones de riesgo** que pueden afectar su aprendizaje y desarrollo.
- Familias con un **ingreso familiar bruto** anual o mensual igual o inferior al 300 % de las Pautas Federales de Pobreza o que reciben ayuda temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, **TANF**) y/o el Programa de asistencia nutricional suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, **SNAP**).

Tamaño de la familia	Ingreso bruto mensual máximo*	Ingreso bruto anual máximo*
2	\$5,670	\$68,040
3	\$7,148	\$85,770
4	\$8,625	\$103,500
5	\$10,103	\$121,230
6	\$11,580	\$138,960
7	\$13,058	\$156,690
8	\$14,535	\$174,420
9	\$16,013	\$192,150
10	\$17,490	\$209,880

*El 300 % de las Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) para Hawái en enero de 2023.

Para los paquetes recibidos antes June 30, 2023 (July 31, 2023 for NEW DOE Schools)

- Los niños que solicitan admisión a la escuela asignada (que viven dentro de los límites geográficos de esa escuela) se inscriben en el orden en que la escuela recibió las solicitudes completadas y todos los documentos obligatorios.
- Si aún quedan plazas disponibles después June 30th (July 31st for NEW DOE Schools), los estudiantes que no asisten a la escuela en casa se inscriben en el orden en que la escuela recibe los paquetes completos.
- Las escuelas enviarán cartas de aceptación o denegación a los padres o tutores legales. Las cartas de aceptación indicarán a los padres o tutores legales que inscriban a sus hijos en la oficina de la escuela. Los formularios de inscripción escolar requeridos deben completarse y presentarse antes del primer día de asistencia del niño.

Para los paquetes recibidos a partir July 3, 2023 (August 1, 2023 for NEW DOE Schools):

- Los espacios disponibles se llenan únicamente en función del orden en que la escuela recibió las solicitudes completas y todos los documentos obligatorios. En otras palabras, a partir July 3rd (August 1, 2023 for NEW DOE Schools), no se da prioridad a los niños que solicitan ingresar a las escuelas asignadas.
- Las escuelas enviarán cartas de aceptación o denegación a los padres/tutores legales, según corresponda. Las cartas de aceptación indicarán a los padres o tutores legales que inscriban a sus hijos en la oficina de la escuela. Los formularios de inscripción escolar requeridos deben completarse y presentarse antes del primer día de asistencia del niño.
- Una vez que se llenen los espacios, los solicitantes restantes se incluirán en una lista de espera administrada por la escuela según el orden en que se reciban los paquetes. Las escuelas enviarán cartas a los padres o tutores legales notificándoles el estado de la lista de espera.

Si mi hijo es aceptado en el programa, ¿cuál es el horario escolar?

El horario de clases del Programa Público de Prekínder de la EOEL se basa en el calendario del año académico del DOE y se alinea con el horario de día completo del kínder. Por lo general, la mayoría de los días escolares comienzan a las 8:00 a. m. y terminan alrededor de las 2:00 p. m. Para conocer los horarios más específicos, póngase en contacto con la escuela en la que presenta la solicitud. Para obtener una lista de contactos, consulte la página 7-8 (Programa público de prekínder de la EOEL, escuelas del DOE).

¿Qué pasa con la atención antes y después de la escuela?

Actualmente, los niños que participan en el Programa público de prekínder de la EOEL no reúnen los requisitos para recibir la atención antes o después de la escuela que se brinda a los estudiantes del DOE de K-5/6.

¿Qué pasa con el transporte en autobús para estudiantes del DOE?

Actualmente, los niños que participan en el Programa público de prekínder de la EOEL no califican para el transporte estudiantil en autobús que se proporciona a los estudiantes del DOE de K-5/6.

¿Hay otros programas además del Programa público de prekínder de la EOEL?

EARLY HEAD START y HEAD START

Early Head Start (EHS) y Head Start (HS) son programas que brindan servicios y recursos de salud, educación, apoyo familiar y participación familiar a niños con ingresos elegibles. Los servicios se brindan diariamente en los salones de clases (jornada parcial o jornada completa) o mediante visitas domiciliarias semanales.

EHS presta servicios a mujeres embarazadas, bebés y niños pequeños y a sus familias. HS presta servicios a niños en edad preescolar y sus familias.

Los programas de jornada parcial (de 8 a. m. a 2 p. m.) se ofrecen sin costo para las familias, y los programas de día completo se ofrecen a precios asequibles. Los programas de EHS/HS dan prioridad a los niños con necesidades especiales, así como a los niños que se encuentran en el sistema de hogares de acogida o que se encuentran sin hogar.

Para obtener más información sobre Head Start, incluida la información de contacto, para los programas, visite la [página de la Oficina de Colaboración de Head Start de Hawái](#) en el sitio web de EOEL.

Programas YOUR 'OHANA

Los programas Your 'Ohana son programas de visitas domiciliarias que brindan apoyo a usted y a su familia con respecto a la salud, el desarrollo infantil y la preparación escolar. Aprenda a guiar el bienestar de su familia y a brindar mejores oportunidades a sus hijos mediante visitas regulares con un profesional capacitado.

Los programas Your 'Ohana atienden a mujeres embarazadas, a keiki de 0 a 5 años y a sus familias.

El programa Your 'Ohana sirve a las familias que residen en las siguientes áreas de códigos postales. [Los mapas detallados del área de servicio](#) están disponibles en línea para O'ahu, la isla de Hawái, el condado de Maui y Kaua'i.

Isla	Áreas de código postal (áreas de cobertura parcial indicadas en cursiva).
Oahu	<ul style="list-style-type: none">• Centro de la ciudad/Kalihi: <i>96817, 96819</i>• Wahiawa: <i>96786, 96789, 96857</i>• Wai'anae: 96792
Maui	<ul style="list-style-type: none">• 96732, 96753, 96779, 96793
Hawai'i Island	<ul style="list-style-type: none">• Este de Hawái: <i>96710, 96720, 96728, 96749, 96760, 96771, 96778, 96781, 96783, 96785</i>• Oeste de Hawái: <i>96704, 96725, 96726, 96740, 96750</i>
Kaua'i	<ul style="list-style-type: none">• <i>96705, 96741, 96756, 96765</i>
Molokai	<ul style="list-style-type: none">• 96729, 96748, 96757, 96770
Lāna'i	<ul style="list-style-type: none">• 96763

Todos los programas que se ofrecen a través de Your 'Ohana se ofrecen sin costo alguno a las familias y son voluntarios. Para obtener más información sobre Your 'Ohana, incluida la información de contacto y elegibilidad, vaya al sitio web de [Your 'Ohana](#) y haga clic en «[Inscríbese hoy](#)».

También puede encontrar información sobre otros [programas de desarrollo y aprendizaje de la primera infancia a bajo costo o sin costo](#) en el sitio web de la EOEL.

**ESTA PÁGINA SE
DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE**

**EOEL Public Prekindergarten Program
NEW DOE Schools in School Year 2023-2024**

Isla	Escuela	Teléfono	Director
Hawai'i	Escuela primaria Waimea	808-887-7636	Tammie Picklesimer
Kaua'i	Escuela primaria Kīlauea	808-828-1212	Fig Mitchell
Maui	Escuela secundaria y primaria Hāna	808-248-4815	Christopher Sanita
	Escuela primaria Wailuku	808-727-5500	Dr. Nikan Arapoff
O'ahu	Escuela primaria Blanche Pope	808-259-0450	Francine Fernandez
	Escuela primaria Fern	808-832-3040	Glen Miyasato
	Escuela primaria Honowai	808-307-7100	Stacy Kawamura
	Escuela primaria Ka'ewai	808-832-3500	Bert Carter
	Escuela primaria Lincoln	808-587-4480	Jacqueline Ornellas
	Escuela primaria Sunset Beach	808-307-1000	Eliza Elkington
	Escuela primaria Wahiawā	808-622-6393	Sean Takashima

Programa público de prekínder de la EOEL, escuelas del DOE

Isla	Escuela	Teléfono	Director
Hawái	Escuela primaria Chiefess Kapi'olani	808-974-4160	Kimberly Castillo
	Escuela primaria Hilo Union	808-933-0900	Bryan Arbles
	Escuela primaria Hōnaunau	808-328-2727	Noreen Kunitomo
	Escuela primaria Honoka'a	808-775-8820	Rory Souza
	Escuela primaria Kea'au	808-313-4600	Brandon Tanabe
	Escuela primaria Keonepoko	808-313-4500	Kasey Eisenhour
	Escuela primaria Kohala	808-889-7100	Hannah Loyola
	Escuela primaria Konawaena	808-323-4555	Mike McCloskey
	Escuela primaria Mountain View	808-313-3200	Adria Medeiros
	Escuela primaria Nā'ālehu	808-313-4000	Wilma Roddy
Kaua'i	Escuela primaria 'Ele'ele	808-335-2111	Allison Carveiro
	Escuela primaria Kekaha	808-337-7655	Joseph Hicks
Lāna'i	Escuela secundaria y primaria Lāna'i	808-565-7900	Douglas Boyer
Maui	Escuela primaria Kula	808-876-7610	Marianne Wheeler
	Escuela primaria Pukalani	808-727-3900	Ty Ogasawara
Molokai	Escuela primaria Kaunakakai	808-567-7200	Daniel Espaniola
	Escuela primaria Kilohana	808-774-8400	Shona Pineda
O'ahu	Escuela primaria 'Aiea	808-305-4400	Ryan Ishimoto
	Escuela primaria Hale'iwa	808-637-8237	Malaea Wetzel
	Escuela primaria Kailua	808-266-7878	Allyson Doherty
	Escuela primaria Kalihi Uka	808-305-6200	Derek Santos
	Escuela primaria Kapālama	808-832-3290	Ronald Oyama
	Escuela primaria Keolu	808-266-7818	Kau'i Tanaka
	Escuela primaria Likelike	808-832-3370	Kelly Bart
	Escuela primaria Linapuni	808-305-2150	Kimberly Ann Fuller
	Escuela primaria Nānāikapono	808-305-7800	Christine Udarbe
	Escuela primaria Nānākuli	808-307-8600	Lisa Ann Higa
	Escuela primaria Pālolo	808-733-4700	Gary Harada
	Escuela primaria Pu'uhale	808-832-3190	Sabrina Feliciano
	Escuela primaria Waiahole	808-239-3111	Alexandra Obra
	Escuela primaria Wai'alua	808-307-2600	Varissa Pata
Escuela primaria Wai'anae	808-305-2900	Sheldon Konno	
	Escuela primaria e intermedia Waimānalo	808-259-0460	Elissa Johnson

Lista de verificación de solicitudes para padres/tutores legales (año escolar 2023-2024)

_____ Descubra cómo presentar una solicitud.

Obtenga una copia del paquete de solicitud en cualquiera de las escuelas del Programa público de prekínder de la EOEL o descargue una solicitud de la página del [Programa público de prekínder de la EOEL](#).

_____ Averigüe si se está postulando a su escuela asignada o no.

Comuníquese con la escuela para averiguar si reside en el área de la escuela asignada (dentro de los límites geográficos de la escuela). Si lo hace, pregunte qué documentos se aceptan como prueba de residencia. Haga una copia de cada documento.

_____ Haga una copia de UNO (1) de los documentos de verificación de edad que se enumeran a continuación:

- **Acta de nacimiento**, copia oficial emitida por el Departamento de Salud del Estado (no se aceptan documentos ni resúmenes del hospital)
- O **pasaporte**

_____ Complete y adjunte el formulario «Cuestionario para determinar la elegibilidad MV1» (consulte la página 11).

_____ Haga una copia de al menos UNO (1) de los siguientes documentos de verificación que se enumeran a continuación para cada padre o tutor legal. Tenga en cuenta que las familias que soliciten el Programa público de prekínder de la EOEL deben presentar la documentación financiera de cada padre o tutor legal que figura en la solicitud.

- **Formulario 1463 del Departamento de Servicios Humanos (DHS) (solicitud de información): verificación de los beneficios del Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP) y/o de la ayuda temporal para familias necesitadas (TANF).**
Lleve este formulario al Departamento de Servicios Humanos (DHS) para que lo complete su personal. Deberá completar el Formulario 1465 del DHS, «Consentimiento para divulgar información», en el que se autoriza al DHS a divulgar la información sobre sus beneficios relacionados con el SNAP (cupones de comida) o la TANF. Luego, el DHS puede proporcionar la información necesaria mediante el Formulario 1463 del DHS «Solicitud de información». Consulte la página 14 de este paquete para obtener más información.
- **Documentación oficial del DHS que verifique la elegibilidad para recibir los beneficios de SNAP o TANF** que ya haya recibido.
- **Declaración de impuestos federales sobre la renta de 2022 firmada, Formulario 1040 (2 páginas)**
Elimine todos los números de seguro social. Vea las muestras en el paquete.
- **Carta de verificación de beneficios** de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) para mostrar evidencia de elegibilidad para la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI). Esta carta a veces se denomina «carta de presupuesto», «carta de beneficios», «carta de comprobante de ingresos» o «carta de comprobante de adjudicación». Vea la muestra en el paquete.
- **Evidencia de hogar de acogida** del Departamento de Servicios Humanos.

_____ Complete la solicitud.

Obtenga una copia de la solicitud en cualquiera de las escuelas del Programa público de Prekínder de la EOEL o descargue una solicitud de la página del [Programa público de prekínder de la EOEL](#).

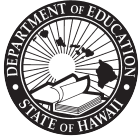
_____ Adjunte un sobre sellado con su dirección para cada solicitud.

_____ **Envíe un paquete completo** (que incluye una solicitud completa, firmada y fechada y copias de todos los documentos obligatorios), a la escuela en la que presenta la solicitud. Espere a recibir una notificación por correo sobre la elegibilidad de su hijo para el programa.

**Asegúrese de enviar un paquete completo, firmado y fechado.
Los paquetes incompletos se devolverán y deberán volver a enviarse en su totalidad.**

¿PREGUNTAS? Comuníquese con la escuela o la EOEL más cercana al 808-784-5350 o a EOEL.Info@eoel.hawaii.gov.

**ESTA PÁGINA SE
DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE**



QUESTIONNAIRE TO DETERMINE ELIGIBILITY MV1

This form is intended to address the McKinney-Vento Act (MVA) and must be completed for each student

Questionnaires are filed for one (1) year for all students and seven (7) years for any student identified as living in unstable housing.

Student's Name: _____ Date of Birth: _____

School: _____ Grade: _____

Student's current residence such as address, cross streets, landmarks, etc.

Primary Contact Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

Alternate Contact Name: _____ Relationship: _____ Phone: _____

CHECK ONE BOX

STUDENT'S CURRENT LIVING ARRANGEMENT

MVA CODE

<input type="checkbox"/>	Unsheltered <i>Campground, car, beach/park, abandoned building, street or any other inadequate living space</i>	06
<input type="checkbox"/>	Shelter <i>Emergency, transitional or domestic violence shelter, name of shelter: _____</i>	04
<input type="checkbox"/>	Hotel/Motel <i>Due to lack of other suitable housing, excludes temporary lodging for military persons awaiting housing</i>	02
<input type="checkbox"/>	Doubled Up <i>Temporarily with family or other person due to loss of housing or as a result of economic hardship</i>	03
<input type="checkbox"/>	Permanent Housing <i>Student who is living in a fixed, regular, and adequate housing situation</i>	07



If this box is checked, stop here and sign below; form is complete

If the student is NOT in the physical custody of a parent or legal guardian, also check below:

<input type="checkbox"/>	Unaccompanied Youth	05
--------------------------	----------------------------	----

List all siblings living in the same arrangement, including children 0-5 years of age:

Name	Age	School	Grade
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

The information you provide above will determine what services you or your child may be eligible to receive under the **McKinney-Vento Homeless Assistance Act - 42 U.S.C. §11434a(2)**. If eligible under the Act, you or your child are entitled to immediate enrollment in school and free school meals. Transportation may be provided to and from school of origin. This questionnaire allows a Homeless Concerns Liaison to contact you for additional support. By signing, you grant permission to share/release pertinent information among shelter and school personnel, to support school enrollment and full participation.

Parent/Legal Guardian/Unaccompanied Youth Signature

Print Name

Date

**ESTA PÁGINA SE
DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE**

Form **1040** Department of the Treasury - Internal Revenue Service **2022** U.S. Individual Income Tax Return CMB No. 1545-0074 IRS Use Only - Do not write or staple in this space.

Filing Status Single Married filing jointly Married filing separately (MFS) Head of household (HOH) Qualifying surviving spouse (QSS)

Check only one box. If you checked the MFS box, enter the name of your spouse. If you checked the HOH or QSS box, enter the child's name if the qualifying person is a child but not your dependent:

Your first name and middle initial _____ Last name _____ Your social security number _____

If joint return, spouse's first name and middle initial _____ Last name _____ Spouse's social security number _____

Home address (number and street). If you have a P.O. box, see instructions. Apt. no. _____ Presidential Election Campaign

City, town, or post office. If you have a foreign address, also complete spaces below. State _____ ZIP code _____ Check here if you, or your spouse if filing jointly, want \$3 to go to this fund. Checking a box below will not change your tax or refund.

Foreign country name _____ Foreign province/state/county _____ Foreign postal code _____ You Spouse

Digital Assets At any time during 2022, did you: (a) receive (as a reward, award, or payment for property or services); or (b) sell, exchange, gift, or otherwise dispose of a digital asset (or a financial interest in a digital asset)? (See instructions.) Yes No

Someone can claim: You as a dependent Your spouse as a dependent

Standard Deduction Spouse itemizes on a separate return or you were a dual-status alien

Age/Blindness You: Were born before January 2, 1958 Are blind Spouse: Was born before January 2, 1958 Is blind

Dependents (see instructions): (1) First name Last name (2) Social security number (3) Relationship to you (4) Check the box if qualifies for (see instructions): Child tax credit Credit for other dependents

If more than four dependents, see instructions and check here

Income

1a	Total amount from Form(s) W-2, box 1 (see instructions)	1a
b	Household employee wages not reported on Form(s) W-2	1b
c	Tip income not reported on line 1a (see instructions)	1c
d	Medicaid waiver payments not reported on Form(s) W-2 (see instructions)	1d
e	Taxable dependent care benefits from Form 2441, line 26	1e
f	Employer-provided adoption benefits from Form 8839, line 29	1f
g	Wages from Form 8919, line 6	1g
h	Other earned income (see instructions)	1h
i	Nontaxable combat pay election (see instructions)	1i
z	Add lines 1a through 1h	1z
2a	Tax-exempt interest	2a
3a	Qualified dividends	3a
4a	IRA distributions	4a
5a	Pensions and annuities	5a
6a	Social security benefits	6a
c	If you elect to use the lump-sum election method, check here (see instructions)	
7	Capital gain or (loss). Attach Schedule D if required. If not required, check here	7
8	Other income from Schedule 1, line 10	8
9	Add lines 1z, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b, 7, and 8. This is your total income	9
10	Adjustments to income from Schedule 1, line 26	10
11	Subtract line 10 from line 9. This is your adjusted gross income	11
12	Standard deduction or itemized deductions (from Schedule A)	12
13	Qualified business income deduction from Form 8995 or Form 8995-A	13
14	Add lines 12 and 13	14
15	Subtract line 14 from line 11. If zero or less, enter -0-. This is your taxable income	15

Attach Sch. B if required.

Standard Deduction for: Single or Married filing separately, \$12,600 Married filing jointly or Qualifying surviving spouse, \$25,000 Head of household, \$19,400 If you checked any box under Standard Deduction, see instructions.

For Disclosure, Privacy Act, and Paperwork Reduction Act Notice, see separate instructions. Cat. No. 113208 Form **1040** (2022)

RECUERDE...

- Elimine **TODOS** los números de seguro social de la vista.
- Envíe **TODAS** las páginas de la declaración federal de impuestos sobre la renta de **2022** firmada, **Formulario 1040** (2 páginas, como se muestra aquí)
- Solo se aceptará la declaración federal de impuestos sobre la renta de **2022** firmada, **Formulario 1040** (2 páginas).

Form 1040 (2022) Page 2

Tax and Credits

16	Tax (see instructions). Check if any from Form(s): 1 <input type="checkbox"/> 8814 2 <input type="checkbox"/> 4972 3 <input type="checkbox"/>	16
17	Amount from Schedule 2, line 3	17
18	Add lines 16 and 17	18
19	Child tax credit or credit for other dependents from Schedule 8812	19
20	Amount from Schedule 3, line 8	20
21	Add lines 19 and 20	21
22	Subtract line 21 from line 18. If zero or less, enter -0-	22
23	Other taxes, including self-employment tax, from Schedule 2, line 21	23
24	Add lines 22 and 23. This is your total tax	24

Payments

25	Federal income tax withheld from:	
a	Form(s) W-2	25a
b	Form(s) 1099	25b
c	Other forms (see instructions)	25c
d	Add lines 25a through 25c	25d
26	2022 estimated tax payments and amount applied from 2021 return	26
27	Earned income credit (EIC)	27
28	Additional child tax credit from Schedule 8812	28
29	American opportunity credit from Form 8863, line 8	29
30	Reserved for future use	30
31	Amount from Schedule 3, line 15	31
32	Add lines 27, 28, 29, and 31. These are your total other payments and refundable credits	32
33	Add lines 25d, 26, and 32. These are your total payments	33

Refund

34	If line 33 is more than line 24, subtract line 24 from line 33. This is the amount you overpaid	34
35a	Amount of line 34 you want refunded to you . If Form 8886 is attached, check here <input type="checkbox"/>	35a
b	Routing number	
c	Type: <input type="checkbox"/> Checking <input type="checkbox"/> Savings	
d	Account number	
36	Amount of line 34 you want applied to your 2023 estimated tax	36
37	Subtract line 33 from line 24. This is the amount you owe . For details on how to pay, go to www.irs.gov/Payments or see instructions	37
38	Estimated tax penalty (see instructions)	38

Third Party Designee Do you want to allow another person to discuss this return with the IRS? See instructions Yes, Complete below. No

Designee's name _____ Phone no. _____ Personal identification number (PIN) _____

Sign Here Under penalties of perjury, I declare that I have examined this return and accompanying schedules and statements, and to the best of my knowledge and belief, they are true, correct, and complete. Declaration of preparer (other than taxpayer) is based on all information of which preparer has any knowledge.

Your signature _____ Date _____ Your occupation _____ If the IRS sent you an Identity Protection PIN, enter it here (see inst.) _____

Spouse's signature. If a joint return, both must sign. _____ Date _____ Spouse's occupation _____ If the IRS sent your spouse an Identity Protection PIN, enter it here (see inst.) _____

Preparer's name _____ Preparer's signature _____ Date _____ PTIN _____ Check if: Self-employed

Firm's name _____ Phone no. _____ Firm's address _____ Firm's EIN _____

Go to www.irs.gov/Form1040 for instructions and the latest information. Form **1040** (2022)

Firme y feche la copia enviada a la escuela

Si presenta una declaración conjunta, ambos padres o tutores legales deben firmar aquí.



Verificación de los beneficios de la ayuda temporal para familias necesitadas (TANF) y del Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP)

La documentación financiera en forma de beneficios de SNAP o TANF debe incluir lo siguiente:

- Se requiere la verificación de los beneficios del SNAP/TANF para **cada padre o tutor legal que figura en la solicitud que reciba dichos beneficios.**

Ejemplo: Tanto el Padre A como el Padre B figuran en la Solicitud pública de prekínder de la EOEL. Ambos reciben los beneficios del SNAP. Por lo tanto, necesitaríamos la documentación del SNAP del DHS para los Padres A y B.

- La verificación debe reflejar la información sobre los beneficios actuales (los beneficios del mes actual y los beneficios esperados para los meses futuros).
- Nombres de TODOS los miembros del hogar (adultos y niños) que reciben beneficios.

La documentación financiera se puede proporcionar a través de los siguientes medios:

- Documentación oficial del DHS que verifique la elegibilidad para recibir los beneficios de SNAP o TANF que ya haya recibido
- Formulario «DHS 1463: Solicitud de información» rellenado por el trabajador social
- Impresiones del sistema PAIS del DHS: <https://pais-benefits.dhs.hawaii.gov/>
- Se puede solicitar documentación adicional durante el proceso de revisión.

Si usa el formulario «DHS 1463: Solicitud de información», consulte los pasos que se indican a continuación:

1. Complete «**DHS 1465: Consentimiento para divulgar información**». Indique la información necesaria en el formulario.
2. Visite su centro de procesamiento del DHS con el formulario **DHS 1465** completado y el formulario «**DHS 1463: Solicitud de información**» en blanco para que lo complete el trabajador social
3. Presente el formulario completado «**DHS 1463: Solicitud de información**» y la documentación adicional (si corresponde) a la Oficina de la Escuela.

CONSENT TO RELEASE INFORMATION

I _____, hereby give my
(1) (Circle One: Applicant / Recipient / Legal Guardian)

permission to the Department of Human Services, Benefit, Employment and Support Services Division (BESSD) to release information from their records pertaining to me or my family to:

(2) (Name of Person / Organization)

(3) The information to be reviewed / released is limited to the following: _____

(4) This information is to be used for: _____
(State Purpose)

(5) This consent is good until _____ (not to exceed one year from date signed
(month) (day) (year) unless I cancel it in writing to DHS-BESSD)

I understand why the information is being requested, how it will be used, and that this consent is time limited for my protection.

(6) (Signature of Applicant / Recipient / Legal Guardian) / *(7) (Date)*

(8) (Address of Applicant / Recipient) / *(9) (Social Security No. or Birthdate of Applicant/Recipient)*

I hereby agree that the information released will be used only for the purposes stated above and will not be released to any other individual, agency, or organization (HRS 346-10).

(10) (Signature of person receiving / reviewing information) / *(Date)*

Return Completed Form To:

(11) *(Stamp Unit name and address)*

(12) Worker's Name / *Telephone No.*

Complete two (2) copies:

Original – Case Record

Copy – Client

**ESTA PÁGINA SE
DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE**

REQUEST FOR INFORMATION

RE:

_____ (Date)

Per your request, we are providing to you the information below.

This is to certify that _____ is currently receiving the

Following benefits (check boxes and fill in benefit amount): Financial Assistance \$ _____

Food Stamps \$ _____ Child Care Assistance \$ _____

Other: _____ \$ _____ from the Department of Human Services.

(Signature of Person Certifying the Above)



(Position of Person Certifying the Above)

(Unit Address)

(Phone Number)

**ESTA PÁGINA SE
DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE**

Sample Online Benefit Verification Letter

  <p>Social Security Administration Benefit Verification Letter</p> <p>Date: Month D, Year BNC#: XXXXXXXXXXXXX REF: A, DI</p> <p>40201\$\$\$\$\$\$\$\$%%\$%%\$% THIS IS A DRAFT</p> <p>JOHN Q PUBLIC 6401 SECURITY BLVD BALTIMORE MD 21235-0001</p> <p>You asked us for information from your record. The information that you requested is shown below. If you want anyone else to have this information, you may send them this letter.</p> <p>Information About Current Social Security Benefits</p> <p>Beginning December 2019, the full monthly Social Security benefit before any deductions is \$566.00.</p> <p>We deduct \$0.00 for medical insurance premiums each month.</p> <p>The regular monthly Social Security payment is \$566.00. (We must round down to the whole dollar.)</p> <p>Social Security benefits for a given month are paid the following month. (For example, Social Security benefits for March are paid in April.)</p> <p>Your Social Security benefits are paid on or about the third of each month.</p> <p>We found that you became disabled under our rules on September 30, 1993.</p> <p>Information About Past Social Security Benefits</p> <p>From December 2018 to November 2019, the full monthly Social Security benefit before any deductions was \$557.10.</p> <p>We deducted \$0.00 for medical insurance premiums each month.</p> <p>The regular monthly Social Security payment was \$557.00. (We must round down to the whole dollar.)</p> <p>Type of Social Security Benefit Information</p> <p>You are entitled to monthly disability benefits.</p> <p>See Next Page</p>	<p>Income Payments</p> <p>Monthly Social Security Income payment</p> <p>paid to month if income or living</p> <p>paid the month they are due.</p> <p>Payments for March are paid in</p> <p>rules on September 30, 1993.</p> <p>Payment Information</p> <p>disabled individual.</p> <p>12, 1966.</p> <p>Medicare beginning March 1996.</p> <p>Medicare beginning March 1996.</p> <p>R. FOR DEMONSTRATION</p> <p>Director General's Fraud Hotline at</p> <p>alsecurity.gov on the Internet to find you have any specific questions, you your local office at [REDACTED]. If you are deaf or hard of hearing, . You can also write or visit any ur area is located at:</p>
--	---

Nota:
**Solo se aplica la Seguridad
de Ingreso Suplementario (SSI)
a los efectos de la
categoría prioritaria.**

If you do call or visit an office, please have this letter with you. It will help us answer your questions. Also, if you plan to visit an office, you may call ahead to make an appointment. This will help us serve you more quickly when you arrive at the office.

Social Security Administration



Securing today
and tomorrow

Social Security Administration

Publication No. 05-10552

December 2020 (Recycle prior editions)

The Fastest Way to Verify Social Security and Supplemental Security Income Benefits

Produced and published at U.S. taxpayer expense

**ESTA PÁGINA SE
DEJÓ EN BLANCO
INTENCIONALMENTE**



Solicitud del Programa público de prekínder de la Oficina Ejecutiva de Aprendizaje Temprano (Executive Office on Early Learning, EOEL) para el año escolar 2023-2024 (SP)

CATEGORÍAS DE ELEGIBILIDAD SEGÚN LA EDAD Y PRIORIDAD

Your child must be three or four years old on or before July 31 of the current school year.

Para el año escolar 2023 a 2024, el cumpleaños de su hijo debe coincidir **con el 1 de agosto de 2018 y el 31 de julio de 2020 o entre esas fechas.**

Además del requisito de edad, se da prioridad a los niños cuyas situaciones incluyen una o más de las siguientes situaciones que se indican a continuación. Identifique las categorías prioritarias que cree que se aplican a su situación y a la de su hijo. Tenga en cuenta que es posible que se requiera documentación adicional. La EOEL tendrá en cuenta esta información y la documentación de respaldo a medida que se revise esta solicitud.

Marque todas las opciones que correspondan:

- Niños sin hogar o con viviendas inestables
- Familias con un **ingreso familiar bruto** anual o mensual igual o inferior al 300 % de las Pautas Federales de Pobreza (consulte la tabla de la página 3 del paquete de solicitud) O que reciben ayuda temporal para familias necesitadas (**TANF**) y/o el Programa de asistencia nutricional suplementaria (**SNAP**).
- Niños en **hogares de acogida**.
- Niños que **aprenden dos o varios idiomas**.
- Niños a los que se ha determinado que necesitan enseñanza especializada debido a una necesidad especial o una discapacidad (**IDEA, Ley de Personas con Discapacidades**, servicios de educación especial) con colocación en la educación general.
- Niños que se encuentran en **situaciones de riesgo** que pueden afectar su desarrollo y aprendizaje.

No dude en incluir otra información que desee tener en cuenta mientras se revisa esta solicitud.

DOCUMENTOS OBLIGATORIOS

Documentos que debe proporcionar para procesar su solicitud. **N.º 1 a 4 se requieren para TODAS las solicitudes.**

1. Solicitud de la EOEL completa con la(s) firma(s) de los **padres o tutores legales**.
2. **Acta de nacimiento o pasaporte** del niño/solicitante.
3. **Sin hogar o viviendas inestables:** complete el formulario «Cuestionario para determinar la elegibilidad MV1» (consulte la página 11).
4. **Documentación sobre los ingresos de cada uno de los padres o tutores legales que figuran en la lista (consulte la página 9)*:** Formulario 1040 de declaración de impuestos federales sobre la renta firmado de 2022 (dos páginas) O documentación de verificación del DHS.
*Los padres adoptivos no están obligados a proporcionar documentación sobre sus ingresos.
5. **Servicios de IDEA (educación especial) con una colocación de educación general** para la enseñanza especializada: Informe a la oficina de la escuela para que puedan proporcionarle a la EOEL los documentos apropiados.
6. **Hogar de acogida:** documentación del Departamento de Servicios Humanos.
7. **Adopción o tutela legal:** documentos legales y posiblemente documentos adicionales.
8. **Otras situaciones de riesgo:** se requieren documentos adicionales. Póngase en contacto con la oficina de su escuela.

Información sobre el niño

Información sobre el NIÑO.

Utilice esta guía para
completar esta solicitud
en inglés.

Nombre de la ESCUELA en la que presenta la solicitud

Nombre legal del niño

Fecha de nacimiento

Género

¿Cuál es el **primer idioma adquirido** de su hijo? _____

¿Cuál es el **idioma que se habla con más frecuencia** en casa? _____

¿Qué idioma usa su hijo **con más frecuencia**? _____

Dirección de residencia (número y calle)

Ciudad/pueblo, estado y código postal

Dirección postal (si es diferente de la dirección de residencia)

Ciudad/pueblo, estado y código postal

Información sobre el primer padre/tutor legal

Información sobre el primer padre/tutor legal responsable del niño.

Nombre legal del primer padre/tutor legal		Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Acogida <input type="checkbox"/> Otro: _____
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		Estado laboral: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado
Dirección de residencia (número y calle)		Ciudad/pueblo, estado y código postal
Dirección postal (si es diferente de la dirección de residencia)		Ciudad/pueblo, estado y código postal
Número de teléfono fijo	Número de teléfono móvil	Número de teléfono adicional
Dirección de correo electrónico		

Información sobre el segundo padre/tutor legal

Información sobre el segundo padre/tutor legal responsable del niño.

No aplicable (If checked leave this box blank)

Nombre legal del segundo padre/tutor legal		Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Acogida <input type="checkbox"/> Otro: _____
Estado civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo		Estado laboral: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado
Dirección de residencia (número y calle)		Ciudad/pueblo, estado y código postal
Dirección postal (si es diferente de la dirección de residencia)		Ciudad/pueblo, estado y código postal
Número de teléfono fijo	Número de teléfono móvil	Número de teléfono adicional
Dirección de correo electrónico		

Utilice esta guía para completar esta solicitud en inglés.

Servicios de Early Head Start

para mujeres embarazadas y desde el nacimiento hasta los 3 años

Estoy interesado en los servicios de Early Head Start para mi bebé/niño pequeño y/o para mí.

Nota: Early Head Start NO forma parte del Programa público de prekínder de la EOEL. Es operado por agencias privadas financiadas por el gobierno federal a precios asequibles o sin costo alguno para las familias. Al marcar la casilla anterior, acepto compartir mi información de contacto con Early Head Start.

Programas Your 'Ohana (visitas domiciliarias)

para mujeres embarazadas y desde el nacimiento hasta los 5 años
(www.yourohana.org)

Estoy interesado en los programas Your 'Ohana para mi familia, keiki y/o para mí.

Nota: Los programas Your 'Ohana NO forman parte del Programa público de prekínder de la EOEL. Estos programas cuentan con el apoyo del Departamento de Salud y se ofrecen sin costo alguno a las familias. Al marcar la casilla anterior, acepto compartir mi información de contacto con los programas Your 'Ohana.

REGÍSTRESE AQUÍ (obligatorio)

Lea, luego **FIRME** y feche su solicitud.

Por la presente certifico que la información proporcionada en esta solicitud y en los documentos de respaldo es completa y fiel, según mi leal saber y entender. Acepto proporcionar información y documentación adicionales a pedido para completar mi solicitud.

Firma del primer padre/tutor legal	Fecha
Firma del segundo padre/tutor legal (si corresponde)	Fecha



Executive Office on Early Learning (EOEL) Public Prekindergarten Program Application for School Year 2023 – 2024 *(SP)*

AGE ELIGIBILITY & PRIORITY CATEGORIES

Your child must be three or four years old on or before July 31 of the current school year.

For school year 2023 - 2024, your child's birthday must fall **on or between August 1, 2018 - July 31, 2020.**

In addition to the age requirement, priority is given to children whose situations include one or more of the following listed below. Please identify the priority categories that you believe apply to you and your child's situation. Please note that additional documentation may be required. EOEL will consider this information and supporting documentation as this application is reviewed.

Check all that apply:

- Children who are experiencing **homelessness** or **unstable housing**
- Families with annual/monthly **Gross Family Income** at or below 300% of the Federal Poverty Guidelines(see table on page 3 of application packet) OR who receive Temporary Assistance for Needy Families (**TANF**) and/or Supplemental Nutrition Assistance Program (**SNAP**).
- Children in **foster care**.
- Children who are **dual or multi-language learners**.
- Children who have been identified as requiring specialized instruction due to special need/disability (**IDEA-Individuals with Disabilities Act**, Special Education Services) and whose **Least Restrictive Environment (LRE)** is **determined as general education**.
- Children who are experiencing **at-risk situations** which may impact their development and learning.

Please feel free to include other information that you would want considered as this application is being reviewed.

REQUIRED DOCUMENTS

Documents that you must provide in order to process your application. **#1 – 4 are required for ALL applications.**

1. Completed EOEL application with signature(s) of **parent(s)/legal guardian(s)**.
2. Child/applicant's **birth certificate or passport**.
3. **Homelessness or unstable housing**: complete "Questionnaire to Determine Eligibility MV1" form (see p. 11).
4. **Income documentation for each parent/legal guardian listed (see p. 9)***: 2022 Signed Federal Income Tax Return Form 1040 (two pages) OR DHS Verification documentation.
*Foster parents are not required to provide income documentation.
5. **IDEA services (special education) with Least Restrictive Environment (LRE) determined as general education for specialized instruction**. Please inform school office so they can provide EOEL with appropriate documents.
6. **Foster care**: documentation from Department of Human Services.
7. **Adoption or legal guardianship**: legal documents and possibly additional documents.
8. **Other at-risk situations**: additional documents are required. Please contact your school office.

Child Information

Information about the CHILD.

Name of SCHOOL applying to

Child's legal name

Birth date

Gender

What is your child's **first acquired language**? _____

What is the **language most often spoken** at home? _____

What language is **most often used** by your child? _____

Residence address (number and street)

City/town, state, and ZIP code

Mailing address (if different from residence address)

City/town, state, and ZIP code

First Parent/Legal Guardian Information

Information about the first parent/legal guardian responsible for the child.

First parent/legal guardian's legal name		Relationship to child: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Other: _____
Marital status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widowed		Employment Status: <input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Unemployed
Residence address (number and street)		City/town, state, and ZIP code
Mailing address (if different from residence address)		City/town, state, and ZIP code
Home phone number	Cell phone number	Additional phone number
Email address		

Second Parent/Legal Guardian Information

Information about the secondary parent/legal guardian responsible for the child.

Not Applicable
(if checked leave this box blank)

Second parent/legal guardian's legal name		Relationship to child: <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Guardian <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Other: _____
Marital status: <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Widowed		Employment Status: <input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Unemployed
Residence address (number and street)		City/town, state, and ZIP code
Mailing address (if different from residence address)		City/town, state, and ZIP code
Home phone number	Cell phone number	Additional phone number
Email address		

Early Head Start Services

for Birth to 3 Years of Age and Expectant Mothers

I am interested in Early Head Start services for my infant/toddler and/or myself.

Note: Early Head Start is NOT part of the EOEL Public Pre-K Program. It is operated by federally funded private agencies at affordable rates or at no cost to families. By checking/marking the box above, I am agreeing to share my contact information with Early Head Start.

Your 'Ohana Programs (Home Visiting)

for Birth to 5 Years of Age and Expectant Mothers

(www.yourohana.org)

I am interested in Your 'Ohana Programs for my family, keiki, and/or myself.

Note: Your 'Ohana programs are NOT part of the EOEL Public Pre-K Program. These programs are supported by the Department of Health and are provided at no cost to families. By checking/marking the box above, I am agreeing to share my contact information with the Your 'Ohana programs.

SIGN HERE (required)

Please read, then **SIGN** and date your application.

I hereby certify that the information provided in this application and in the supporting documents is complete and true to the best of my knowledge. I agree to provide additional information and documentation upon request to complete my application.

First parent/legal guardian's signature	Date
Second parent/legal guardian's signature (If applicable)	Date