

# 2020-2021 Aplicacion Preschool Cooperativa (GRATIOT, IONIA, ISABELLA & MONTCALM COUNTIES)

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo:  M  F

Adulto Adulto Primario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Adulto Secundario: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_ Distrito de Escuela en que usted vive: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

(Calle) (P.O. Box) (Ciudad) (Código Postal)

Teléfono de Hogar: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Mensaje: \_\_\_\_\_

Por favor identifique la calle que cruza mas cerca de su casa: \_\_\_\_\_ Dirección de cuidado de niños (si es diferente): \_\_\_\_\_

Su hijo ha tenido un examen físico en el último año? \_\_\_\_\_ Son vacunas de su hijo hasta la fecha? \_\_\_\_\_

¿Su niño ha asistido Programas de Niñez Temprana?  Si  No Si, si donde? \_\_\_\_\_

¿Su niño ha tenido un plan de educación individualizado? (IEP)?  Si  No

Hay información adicional que debemos saber de su niño (preocupaciones paternas, de desarrollo, o de la salud, ect.)?

\_\_\_\_ (si necesita mas espacio para escribir, por favor use atrás de la aplicación)

Número de padres/guardián empleados? \_\_\_\_ tiempo completo \_\_\_\_ tiempo parcial

Número de padres/guardián que están en las fuerzas armadas? \_\_\_\_

Su familia recibe cualquiera de lo siguiente:  Asistencia del Dep. De Servicios Humanos  SSI  Reembolso de Cuidado de niño(DHS)  
 cupones de alimentos  WIC

¿Está sin hogar?  Si  No ¿Es su niño/niña en un hogar adoptada?  Si  No

Numero de Miembros de familia Vivien en su hogar? \_\_\_\_\_

Por favor circule la cantidad que mejor describe su ingreso anual de hogar .		
\$0 – \$11,490	\$11,491 – \$15,510	\$15,511 – \$19,530
\$19,531 – \$23,550	\$23,551 – \$27,570	\$27,571 – \$31,590
\$31,591 – \$35,610	\$35,611 – \$39,630	\$39,631 – \$43,650
\$43,651 – \$47,670	\$47,671 - \$51,690	\$51,691 - \$55,710
\$55,711 - \$59,730	\$59,731 - \$63,750	\$63,751 - \$67,770
Si su ingresos son mas de \$67,770; por favor indique el total en la caja en la izquierda		

**Por favor indique sus ingreso anual incluyendo todos las fuentes de ingresos:**

\_\_\_\_\_

Esto es una aplicación **solamente y no** garantiza que su niño será registrado en un programa. El grupo de reclutamiento determinara cual programa(s) su niño tiene derecho de asistir y el que mejor convenga a las necesidades de su niño. Si desea hacer una petición especial, indica el programa de Head Start que desee: \_\_\_\_\_. La elegibilidad es basada en la edad del niño, ingresos de la familia, necesidades del niño y lugares disponibles.

Yo por lo presente suelto esta información para ser compartida por EightCAP, Inc. y programas locales de distrito de escuela y con el programa de Head Start en el condado en el que resido. Mi firma verifica que la información de encima es correcta y verdadero.

**Firma de Padre/Guardián:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**Regrese por favor a:** Preschool Registration, 5827 Orleans Rd, Orleans, MI 48865  
Por fax a 616-754-9310 o digitalización a correo electrónico a [deniseb@8cap.org](mailto:deniseb@8cap.org)  
Para más información, llame (616)754-9315 or 1-866-754-9315, ext. 3369 o Michigan Relay Center: 1-800-649-3777 (Voice & TDD)

¿Cómo se enteró de nuestros programas pre escolares locales?:  Periódico  Otro Padre  Cartel  Sitio web EightCAP, Inc.

Otros Niños que Asistieron  Escuela Primaria  Otro: \_\_\_\_\_

Nqu'r tqi tco cu"guvcvrgu"l "hpcpekf qu"eqp"tqpf qu"tqf gtcngu"pq"fk uetko kpcp"c"pcf kg"r qt"tc| qpgu"fg"tc| c."eqm"t"."qtki gp"pcekqpcn!"  
uzgq"."gf cf"q"fk uecr cekf cf"."gzegr vq"ugi Ap"nq"r tguetkq"r qt"ru"fk gextkgu"fg gnr tqi tco c"0

NOMBRE DEL NIÑO \_\_\_\_\_ CONDADO DE \_\_\_\_\_

NOMBRE DE PADRE(S) \_\_\_\_\_

### Información Necesaria

1. Es usted:  soltero/a  casado  divorciado  viuda/o  separado/a
2. Cuánto educación ha cumplido?  6<sup>th</sup>  grado 7<sup>th</sup> - 8<sup>th</sup>  grado 9<sup>th</sup> - 10<sup>th</sup>  11<sup>th</sup>  12<sup>th</sup>  Colegio
3. Tenias menor de 20 años cuando nació tu primer bebé?:  si  no
4. Ha vivido en más de 2 hogares durante los últimos (3) años pasados?:  si  no
5. Alguien en su hogar alguna vez a sido víctima de abuso físico/doméstico/sexual o negligencia?:  si  no
6. Vive usted en una zona de alto riesgo (alta pobreza, crimen o acceso limitado a los recursos críticos)?:  si  no
7. Tiene problemas su hijo sobre la pérdida de un padre por causa de muerte, divorcio, encarcelamiento, el servicio militar o ausencia? :  si  no
8. Su hijo ha estado expulsado de un centro de cuidado infantil de niños?:  si  no
9. Su niño ha estado expuesto a una sustancia tóxica? :  si  no Si, sí cuál sustancia \_\_\_\_\_
10. En los últimos 2 años tu o miembros en la familia han:  
Experimentado dificultades obtener servicios medicales?  si  no  
Usado el sala de emergencias?  si  no  
Recibido un aviso de corte de utilidades de una empresa?  si  no  
Han estado alguna vez sin hogar?  si  no  
Han estado sen calentador?  si  no  
Han recibido despensa de comida?  si  no
11. Cuántas personas (en relación con el niño por sangre, matrimonio o adopción)viven en su hogar ?  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al niño: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al niño: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al niño: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al niño: \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Relación al niño: \_\_\_\_\_
12. Las edades de sus **niños**: \_\_\_\_\_ 0-2años . \_\_\_\_\_ 3 años. \_\_\_\_\_ 4 años. \_\_\_\_\_ 5-12 años. \_\_\_\_\_ 13-17 años. \_\_\_\_\_ 18+ años.
13. Idioma primaria hablado en su hogar?:  Inglés  Español  Otro \_\_\_\_\_

**La información recopilada anteriormente se utiliza para ayudar a desarrollar una evaluación de necesidades comunitarias y ayudará a determinar la ubicación de su hijo en un Programa de la Niñez Temprana. Ninguna información personal nunca será compartida.**

## Head start y programa de preparación del gran comienzo

\*Sirviendo los condados de Montcalm, Ionia, Gratiot, y Isabella

**GRATIS PARA LAS FAMILIAS QUE CALIFICAN**

### Horario diario incluye:

Actividades de prelectura y pre matemáticas  
de clases de arte  
Actividades de música  
Ejercicio y juegos afuera  
Instrucciones de la salud

Alimentos nutritivos Oportunidades  
Servicios de educación especiales  
Padres y la participación de voluntarios  
Transportacion (en la mayoría de las areas)