2019-2020 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
todas 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
 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"fkuecr cefk 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? 6th grado 7th - 8th grado 9th - 10th 11th 12th 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)