

2016-2017 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 fisico 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 paternales, 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, 904 Oak Dr. – Turk Lake, Greenville, MI 48838

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" { "hpceklcf qu"eqp"tqpf qu"tqf gtcngu"pq"fkuetlo kpcp"cf"pcf kg"r qt"tc| qpgu"fg"tc| c."eqm"t"."qtli gp"pcekqpcr!"
uzgq"."gf cf"q"fkuecr cekl cf"."gzegr vq"ugi Ap"tq"r tguetkq"r qt"ru"fk gextkqu"fgnr tqi tco c"0

