

**Paquete de Solicitud de Kalamazoo County
Pre-K Programa 2017-2018**

Para el programa de los de 3 años de edad, los niños deben cumplir 3 años antes de o el 1 de septiembre.

Para el programa de los de 4 años de edad, los niños deben cumplir 4 años antes de o el 1 de septiembre.

Pasos para completar su solicitud:



- Paso 1: Llene la solicitud de Kalamazoo County Pre-K por completo.
- Paso 2: Adjunte todos los documentos necesarios adicionales que figuran en la página siguiente. (Prueba de ingresos, prueba de nacimiento y prueba de domicilio)
- Paso 3: Devuelva la solicitud y los documentos necesarios a su distrito escolar local, proveedor de servicio de guardería/educación privada, o Kalamazoo RESA.
- Paso 4: Va a necesitar tiempo de procesamiento y la colocación en el programa.
- Paso 5: Presente copia de evaluación de la salud, información del seguro, y las inmunizaciones. Si su hijo tiene un IEP, por favor incluya una copia si usted puede.

Si después de 2 semanas, no ha recibido respuesta de la agencia donde se presentó su solicitud, llame al 269-250-9845 o al 269-250-9333.

Tenga en cuenta que si solicita antes de abril, puede tardar hasta abril antes de recibir respuesta sobre la colocación. Su solicitud será revisada en la orden presentada, pero los niños serán colocados en orden según la necesidad más alta.



Paquete de Solicitud de Kalamazoo County Pre-K Programa 2017-2018

Gracias por interesarse en el desarrollo y la educación de su hijo.

Por favor complete la solicitud de Kalamazoo County Pre-K adjunto y envíela con los siguientes documentos requeridos por el gobierno federal y estatal:

Tenga en cuenta:

La elegibilidad no puede ser determinada hasta que se presenten todos los siguientes documentos requeridos.

Se requieren los siguientes elementos para ser presentado junto con su solicitud inicial:

- 1) **12 meses** de ingresos familiares documentados (**presentar todo lo que corresponda**)
 - a. declaración de impuestos del año pasado (primera página)
 - Recibo de sueldo con todo el año hasta la fecha, W2, o una declaración por escrito del empleador será aceptado si la declaración de impuestos no está disponible.
 - b. TANF / FIP / cupones de alimentos
 - c. Seguridad Social / Declaración de SSI
 - d. Ayuda Financiera (Subvenciones / Becas)
 - e. Declaración de desempleo
 - f. El manutención de hijos / pensión / declaración de pensión
- 2) Certificado de nacimiento u otra prueba de edad (**presentar uno de los siguientes**)
 - a. Acta de nacimiento (preferido)
 - b. Pasaporte
 - c. Registro de hospital
 - d. Registro de bautismo
 - e. Declaración de Paternidad
- 3) Prueba de residencia (**presentar uno de los siguientes**)
 - a. Licencia de conducir con la dirección correcta (preferido)
 - b. Factura de servicios públicos
 - c. Factura de impuestos
 - d. Recibo de alquiler
 - e. Copia del alquiler / hipoteca
 - f. Carta escrita del refugio

Se requieren los siguientes elementos para la inscripción final, pero no son necesarios en el momento de la solicitud inicial:

- 1) Evaluación reciente de la salud, física, o visita de rutina dentro del año pasado
- 2) Tarjeta de Medicaid o seguro para el niño
- 3) El registro de actual vacunación

Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor póngase en contacto con 269-250-9333.



Solicitud de Kalamazoo County Pre-K Año del Programa 2017-2018

Completa esta solicitud o inscribirse en línea en www.DreamBigStartSmall.org

Sección 1: Información del Niño

Apellido legal del niño:		Nombre del niño:		Inicial segundo:		Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Fecha de cumpleaños: ____/____/____		Preferencia del programa: <i>(día completo no está disponible en todos los programas)</i> <input type="checkbox"/> Día completo <input type="checkbox"/> Parte del día (si parte del día, <input type="checkbox"/> Mañana o <input type="checkbox"/> Tarde o <input type="checkbox"/> Sin preferencias)					
¿tienes un programa que prefieres para la colocación (basada en disponibilidad)?							
Raza (Marcar todo lo que corresponda)				Etnicidad		Lengua familiar	
<input type="checkbox"/> Negro o Americano africano		<input type="checkbox"/> Asiático		<input type="checkbox"/> Hispano o Latino		Primero: _____	
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Blanca o Caucásica		<input type="checkbox"/> No Hispano o Latino		Segundo: _____	
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii / otras islas del Pacífico						<input type="checkbox"/> Familia necesita un intérprete	

Sección 2: Información Familiar

Niño vive con: Ambos padres Madre Padre Custodia compartida (si compartida, Físico o Legal)
 Guardián legal Abuelo(s) Padres sustitutos Otro (Explicar) _____

Información del Padre / Madre o Guardián legal		Información del Padre / Madre o Guardián legal	
Nombre completo:		Nombre completo:	
Fecha de cumpleaños:		Fecha de cumpleaños:	
Dirección del Padre:		Dirección del Padre (si es diferente):	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	
Legalmente responsable de apoyo financiero: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Legalmente responsable de apoyo financiero: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipo (Circular uno) y Número de teléfono (con código del área)		Tipo (Circular uno) y Número de teléfono (con código del área)	
Casa Trabajo Celular Mensaje		Casa Trabajo Celular Mensaje	
Casa Trabajo Celular Mensaje		Casa Trabajo Celular Mensaje	
<input type="checkbox"/> Padre biológico, adoptivo, o padrasto <input type="checkbox"/> Padre sustituto	<input type="checkbox"/> Padre biológico, adoptivo, o padrasto <input type="checkbox"/> Padre sustituto	<input type="checkbox"/> Padre biológico, adoptivo, o padrasto <input type="checkbox"/> Padre sustituto	<input type="checkbox"/> Padre biológico, adoptivo, o padrasto <input type="checkbox"/> Padre sustituto
<input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro cuidador	<input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro cuidador	<input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro cuidador	<input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Otro cuidador
Educación (Marca el nivel más alto): <input type="checkbox"/> Sin diploma de secundaria - Grado más alto: <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Diploma de secundaria o <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diplomado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado		Educación (Marca el nivel más alto): <input type="checkbox"/> Sin diploma de secundaria - Grado más alto: <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Diploma de secundaria o <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diplomado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado	
Empleo u Otro (Marca todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Empleado de media jornada (menos de 35 horas por semana) <input type="checkbox"/> Empleado de jornada completa (más de 35 horas por semana) <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela o la universidad <input type="checkbox"/> Ama de casa por elección <input type="checkbox"/> Desempleado		Empleo u Otro (Marca todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Empleado de media jornada (menos de 35 horas por semana) <input type="checkbox"/> Empleado de jornada completa (más de 35 horas por semana) <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela o la universidad <input type="checkbox"/> Ama de casa por elección <input type="checkbox"/> Desempleado	

Sección 3: Otros niños y otros miembros de la familia admitidos por Ingresos

Apellido:	Nombre:	Asistido Head Start?	Fecha de Cumpleaños:	Género:	Parentesco:	Si niño, edad de padre/madre cuando nació niño:
		S N		M F		
		S N		M F		
		S N		M F		
		S N		M F		

Por favor, escriba la(s) escuela(s) donde los hermanos asisten actualmente:

Sección 4: Información de dirección (incluya el nombre de complejo de apartamentos, en su caso.)

Dirección:	Ciudad, Estado, y Código postal:	País:
Dirección de recoger al niño (si diferente):	Dirección de dejar al niño (si diferente):	

¿En qué distrito escolar vive? (Indique uno)
Climax-Scotts / Comstock / Galesburg-Augusta / Gull Lake / Kalamazoo / Parchment / Portage / Schoolcraft / Vicksburg

Otro distrito que no esta en la lista: _____

Sección 5: Tipo de vivienda actual de la familia

La familia vive actualmente: en una casa que alquila o propia en una situación de vivienda temporal en un hotel / motel
 en una casa propia o alquilada por otra persona sin residencia nocturna fija en un refugio

Sección 6: Ingresos de los miembros de la familia legalmente responsable de apoyo del niño

Nombre:	Ingreso total anual:	\$
Nombre:	Ingreso total anual:	\$

Por favor marca **todas** las fuentes de ingresos de la familia recibido en los últimos 12 meses.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empleado de jornada completa o media | <input type="checkbox"/> SSI |
| <input type="checkbox"/> Vales de comida | <input type="checkbox"/> Reembolso de cuidado de niño |
| <input type="checkbox"/> Ayudo en efectivo (FIP) | <input type="checkbox"/> Seguridad Social |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia | |

Sección 7: Preguntas suplementarias

Contacto en emergencias:	Número de teléfono (con código del área):	Dirección:
¿Necesita cuidado de niño antes o después de escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita transporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Por favor liste cualquier programa o guardería que su niño asiste actualmente:

Sección 8: Estado de discapacidad del niño (solicitante)

¿Tiene el niño un retraso identificado en el desarrollo? No Sí – Describe, por favor:

¿Ha participado su niño con cualquiera de los siguientes programas? Early On PET Great Start

¿Ha recibido su hijo servicios para: visión o oído logopedia educación especial de infancia temprana
 terapia ocupacional fisioterapia IEP o IFSP

Sección 9: Otro información confidencial que pueda priorizar el colocación

	Sí	No		Sí	No
¿El comportamiento del niño alguna vez ha prevenido la participación en otras situaciones de grupo?			¿Hay algún hermano que tiene una enfermedad crónica, problema de conducta, discapacidad o ha muerto?		
¿Alguien en el hogar hablan una lengua materna diferente al Inglés?			¿Era uno de los padres menores de 20 años de edad cuando nació el primer hijo?		
¿Alguien en los hogares ha sido abusado o descuidado?			¿La familia está sin vivienda estable o está sin hogar?		
¿Está el niño viviendo con un adulto sólo como resultado de un divorcio, la separación, el encarcelamiento, el servicio militar, o la muerte?			¿Vive la familia en un barrio de alto riesgo? (Insegura debido a la criminalidad, la drogadicción, la contaminación, la infestación de insectos, etc.)		
¿El niño tiene una enfermedad crónica como asma, alergias, infecciones de oído frecuentes, etc.?			¿Fue el niño expuesto a sustancias tóxicas antes o después del nacimiento? (Alcohol, drogas, envenenamiento por plomo, nicotina, etc.)		
¿Es el niño en cuidado temporal?			¿cualquiera de los padres ha servido en las fuerzas armadas?		

Sección 10: Información en esta aplicación esta confidencial. El programa pre-kindergarten de su niño no discriminará a ninguna familia o estudiante sobre la base de raza, color, origen nacional, género o discapacidad.

Certifico que la información, incluidos los ingresos, proporcionado en esta solicitud es correcta y verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad informar el programa de pre-kindergarten de mi niño si me mudo, o si tengo cualquier otro cambio en las circunstancias que podrían afectar a la inscripción o la colocación de mi niño. Yo entiendo que al participar en el programa de pre-kindergarten, el aprendizaje y el desarrollo de mi niño serán evaluados y monitoreados para apoyar un mayor crecimiento; y que algunos resultados se pueden informar como notas y se combinan con las notas de otros niños para futuras investigaciones relacionadas con el nivel general del impacto de la preparación para el kindergarten en todo el país.

Entiendo que esta información será ingresada en un sistema de base de datos central confidencial que pueda ser accesible para Kalamazoo RESA Head Start, Great Start Readiness Programs, el condado de Kalamazoo Ready 4s, y Homer Stryker M.D. School of Medicine, en un esfuerzo para colocar correctamente a mi niño en un Programa de Kalamazoo County Pre-K y para eficazmente analizar los servicios del Kalamazoo County a las familias y los niños. Mi firma abajo constituye un consentimiento para revelar la información en esta aplicación a las entidades enumeradas.

Firma* de padre / tutor: _____ Fecha: _____
*Si se da información verbal, el personal imprimirá el nombre del padre/tutor arriba con la fecha, se marca esta casilla, y pondrá sus iniciales: _____