

3/1/2013

Condado de Kalamazoo forma de inscripción para Prekinder

Great Start Readiness Program

Head Start

KC Ready 4s

Nombre del estudiante (Apellido, Nombre, Segundo Nombre):

Nombre Preferido:

Sexo:

 Masculino Femenino

Fecha de Nacimiento:

____/____/____

Preferencia de Programa:

 Media día Día completo (No se ofrece en todos los programas: Padres deben estar trabajando o asistiendo a la escuela todo el día).**Sección 2: Información de la Dirección (Incluya nombre y número del apartamento)**

Dirección:

Ciudad, Estado y Zona Postal:

Condado:

Nombre del apartamento:

Dirección para recoger al estudiante (si es diferente):

Dirección para dejar al estudiante (si es diferente):

Sección 3: Información del niño/a**Raza (Marque todas las categorías que se aplican)**

-
- Negra o Africano-Americano
-
-
- Nativo Americano o Nativo de Alaska
-
-
- Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico

-
- Asiática
-
-
- Blanca
-
-
- Sin especificar (Otra)

Etnicidad

-
- Hispana o Latina
-
-
- No-Hispana o No-Latina

Idioma se habla en casaPrincipal: _____
Secundario: _____
 Padre o tutor necesita un traductor**Sección 4: Información Familiar**Niño/a vive con: Madre Padre Los dos padres Custodio compartido (si compartido, Físico Legal)
 Orfanato Tutor Abuelo/a Tiene un hermano/a en el programa de Head Start Otro (explique) _____**Información del Padre/Tutor****Información del Padre/Tutor**

Nombre Completo:

Nombre Completo:

Fecha de Nacimiento:

Fecha de Nacimiento:

Dirección Completo

Dirección Completo

Correo Electrónico

Correo Electrónico

Tipo: (circule uno) Números de Tel. y Código de Área:**Tipo: (circule uno) Números de Tel. y Código de Área:**

Hogar Trabajo Cel. Mensaje

Hogar Trabajo Cel. Mensaje

Hogar Trabajo Cel. Mensaje

Hogar Trabajo Cel. Mensaje

-
- Natural/Adoptado
-
- Padrastro/Madrastra
-
- Padre Adoptivo
-
-
- Tutor
-
- Otro

-
- Natural/Adoptado
-
- Padrastro/Madrastra
-
- Padre Adoptivo
-
-
- Tutor
-
- Otro

Educación (marque la nivel mayor completado)

-
- Secundaria Incompleta – Último Grado Cursado
-
- 9
-
- 10
-
- 11
-
-
- GED (Diploma de Educación General) o Graduado de Secundaria
-
-
- Título de Asociado
-
- Maestría
-
-
- Bachiller Universitario
-
- Certificado Superior

Educación (marque la nivel mayor completado)

-
- Secundaria Incompleta – Último Grado Cursado
-
- 9
-
- 10
-
- 11
-
-
- GED (Diploma de Educación General) o Graduado de Secundaria
-
-
- Título de Asociado
-
- Maestría
-
-
- Bachiller Universitario
-
- Certificado Superior

Empleo u Otra (Marque todas que aplican)

-
- Empleado por lo menos 35 horas cada semana
-
-
- Empleado tiempo completo (mas que 35 horas cada semana)
-
-
- Asiste a la escuela o universidad
-
- Decide permanecer en casa
-
-
- Desempleado

Empleo u Otra (Marque todas que aplican)

-
- Empleado por lo menos 35 horas cada semana
-
-
- Empleado tiempo completo (mas que 35 horas cada semana)
-
-
- Asiste a la escuela o universidad
-
- Decide permanecer en casa
-
-
- Desempleado

Proporciona Ayuda Financiera Sí NoProporciona Ayuda Financiera Sí No**Favor de escribir abajo la información para el Contacto de emergencia para cada Padre/Tutor.**

Contacto de Emergencia: Nombre & Números de Tel. y Código de Área:

Contacto de Emergencia: Nombre & Números de Tel. y Código de Área:

Contacto de Emergencia: Nombre & Números de Tel. y Código de Área:

Contacto de Emergencia: Nombre & Números de Tel. y Código de Área:

Sección 5: Otros Niños y Parientes Apoyados con estos Ingresos

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Relación Familiar	Si es un niño, edad del padre cuando nació el niño:
			M F		
			M F		
			M F		
			M F		

Sección 6: Situación de Vivienda Actual de la Familia

- Está el niño o su familia viviendo:
-
- en su casa
-
- en un hotel
-
- en una situación de vivienda temporal
-
-
- con otra familia por falta de vivienda o debido a dificultad económica
-
- en una posada
-
-
- sin una residencia permanente para pasar la noche

- Dar la vuelta -

Ingreso de los Miembros de la Familia que son Responsables Legales para el Soporte del Niño		
Nombre:	Tipo de Ingresos:	Ingreso Anual:
	Salarios:	\$
	Asistencia Pública – Ayuda en Efectivo, Reembolso por el cuidado para niños, y Estampillas de Comida:	\$
	SSI:	\$
	Sustento de Menores:	\$
	Seguro Social (No SSI):	\$
	Desempleo:	\$
	Otro (No mencionado arriba):	\$
	Total de Ingreso Anual:	\$

Sección 7: Estado de Inhabilidad del Niño (Solicitante)

Participando con el FIT o Edad Temprana Evaluado por PET Recomendación del Padre: Explicación _____

Diagnosticado con Inhabilidad. Favor de mostrar la documentación: IEP IFSP Evaluación Agencia que hace el Diagnóstico: _____

Sección 8: Información Confidencial para Determinar Elegibilidad Debido a Necesidad
Favor de marcar sí o no. Si es afirmativa, favor de subrayar las palabras que corresponden.

	Sí	No		Sí	No
El comportamiento del niño le impide participar en actividades de grupo; o el niño ha sido referido para recibir consejería o evaluación de comportamiento			Un/a hermano/a del niño tiene una enfermedad crónica, problemas de comportamiento severos, o cualquier otro problema que afecta negativamente al niño o la familia		
El padre o tutor no puede leer.			Pérdida de uno de los padres por fallecimiento, divorcio/separación, encarcelamiento, enfermedad crónica, o ausencia prolongada debido al servicio militar/empleo; o la muerte de un/a hermano/a; o el/la padre/madre está soltero/a; o los abuelos están criando al niño		
El niño o sus hermanos han recibido abuso o negligencia; o los padres han sufrido violencia doméstica; o miembros de la familia o en el hogar existe abuso de alcohol, medicamentos, o de drogas sin prescripción			El niño tiene alguna enfermedad crónica como asma, alergias, infección de los oídos frecuentes, otros problemas _____; o envenenamiento debido al plomo; o exposición prenatal a las drogas, alcohol, o nicotina; o vive en un hogar que no es seguro o con mucha gente; o vive en un vecindario que no es seguro		

¿Tiene el niño otros hermanos que asisten a las escuelas primarias? Si sí, favor de escribir sus nombres, grados y escuela:
Nombre: _____ **Grado:** _____ **Escuela:** _____
Nombre: _____ **Grado:** _____ **Escuela:** _____
Nombre: _____ **Grado:** _____ **Escuela:** _____

Sección 9: La información en este formulario es confidencial. El programa de pre-escuela no discrimina a las familias o los estudiantes basándose en la raza, color, nacionalidad, sexo o incapacidad.
Hago constar que la información, incluyendo los ingresos, que contiene esta solicitud es correcta y verdadera con lo mejor de mi conocimiento. Comprendo que es mi responsabilidad informar al programa de pre-escuela en caso de que mi niño cambie de domicilio, o si yo tengo otros cambios en las circunstancias que puedan afectar la inscripción y asignación de mi hijo/a. Entiendo que mi niño no puede estar inscrito en más de un programa gratis o de precio bajo preescolar. Entiendo que si mi niño/a asiste al programa de pre-escolar, se va a evaluar el progreso en el aprendizaje y desarrollo para apoyar su crecimiento; algunos resultados pueden usarse (sin usar el nombre de mi niño/a) y estará combinado con los resultados de otros niños/as para estudios relacionados con el nivel general de la preparación de los niños de kindergarten en todo el país.

Firma* del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

Firma del Personal del Programa (si requerido): _____ **Fecha:** _____

Sección 10: Favor de firmar abajo si usted autoriza que la información que usted ha dado (tales como documentos de ingresos de salario) para que puedan ser compartidos con otros programas escolares de gratis o de precio reducido en el área con el propósito de darle la oportunidad a su niño.

Firma * del Padre/Tutor: _____ **fecha:** _____

* Si vía telefónica, el empleado debe marcar la casilla y poner las iniciales ____; y escriba con letra de molde el nombre de los padres y la fecha.

