



2023-2024 APLICACIÓN PREESCOLAR COLABORATIVA (GRATIOT, IONIA, ISABELLA Y MONTCALM CONDADOS)



Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer
 Padre/Tutor1: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Relación: _____
 Padre/Tutor2: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____
 Condado: _____ Distrito escolar en el que vives: _____ Dirección de correo electrónico: _____
 Dirección: _____

(Calle) (Apartado postal) (Ciudad) (Código Postal)
 Telefono1 _____ Celular Hogar Mensaje Telefono2 _____ Celular Hogar Mensaje

Mensajes de Texto Si No Por favor, identifique la encrucijada más cercana cerca de su casa: _____

Dirección de la guardería (si es diferente): _____

¿Ha asistido su hijo a algún programa para la primera infancia?: Si No En caso afirmativo, donde _____

¿Su hijo tiene un IEP (Plan de Educación Individualizado)?: Si No

Mi firma a continuación autoriza a cualquier Distrito Escolar Intermedio y/o agencia de educación local para compartir los registros educativos de mi hijo con el Comité de Reclutamiento Colaborativo. Si No

¿Alguna vez su hijo estuvo involucrado con Early On?: Si No

¿Su hijo tiene un examen de niño sano actualizado?: Si No

¿Están actualizadas las vacunas de su hijo? Si No

¿Esta esté niño en una colocación de cuidado de crianza? Si No

¿Está sin hogar (falta de una residencia nocturna fija, regular y adecuada)? Si No

¿Información adicional que debemos saber sobre su hijo (preocupaciones de los padres/conductuales/del desarrollo o problemas de salud, etc.)?: _____

Información sobre ingresos familiares: La elegibilidad se basa en la edad del niño, los ingresos familiares, las necesidades del niño y las vacantes disponibles.

	Ingresos brutos totales	Periodo de tiempo de ingresos totales	Fuente de ingresos (marque todos los que correspondan)
Padre 1	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mese <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Laborable Financiero <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> DHHS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> Otro: _____
Padre 2	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mese <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Laborable Financiero <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> DHHS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> Otro: _____

¿El niño vive con? Madre Padre Otro: _____

¿Su familia recibe alguno de los siguientes? SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) WIC

¿Cualquier cambio de ingresos en los últimos 6-12 meses (es decir, desempleo, aumento/disminución de salarios, recientemente comenzó a trabajar)?

Esta es solo una solicitud y no garantiza que su hijo se inscriba en un programa. El comité de reclutamiento revisara la solicitud de su hijo y determinara que programa(s) para el cual su hijo parece más elegible. **La elegibilidad se basa en la edad del niño, los ingresos familiares, en todas las áreas.** Si está interesado en un programa en particular, indique ese programa en la siguiente línea para que se pueda considerar la preferencia de los padres. _____. Se seguirá el protocolo local con respecto a la colocación específica del programa.

Autorizo la divulgación de esta información y registros educativos para ser compartidos entre el Comité de EightCAP, Inc., el Programa Preescolar Great Start Readiness, los distritos escolares locales, el Distrito Escolar Intermedio local y el Programa Head Start en el condado en el que resido. Mi firma verifica que la información anterior sea correcta y fiel a mi leal saber y entender.

Firma del padre/tutor: _____ **Fecha:** _____

Por favor, regrese a: Inscripción Preescolar, 5827 Orleans Rd. Orleans, MI 48865
 Fax: [616-754-9310](tel:616-754-9310) Correo electrónico: denisb@8cap.org Aplicar en línea: www.8cap.org o su distrito escolar local
 Para más información, llamar 1-866-754-9315, opción 2 o Michigan Relay Center: 1-800-649-3777 (Voz y TDD)

¿Como se enteró de su programa preescolar local? Anuncio Organización comunitaria Evento Amigo/Familiar
 Niños mayores atendidos Escuela EightCAP, Inc. Sitio web Otro: _____
 Los programas financiados por el estado y el gobierno federal no discriminaran a nadie por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad. Estos materiales fueron financiados en su totalidad o en parte bajo una subvención otorgada por el Departamento de Educación de Michigan.

Nombre de Niño _____
Nombre de Padre _____

Condado _____
Número de Teléfono _____

EVALUACION DE NECESIDADES

1. Estas: soltero casado divorciado viudo separado
2. ¿Cuánta escolaridad has completado?
 6 grado 7-8 grado 9-10 grado 11 grado 12 grado GED Universidad
3. ¿Eras menor de 20 años cuando nació tu primer hijo?: Si No
4. ¿Ha vivido en más de 2 casas en los últimos tres años?: Si No
5. ¿Alguien en su hogar alguna vez ha sido víctima de abuso o negligencia física / domestica / sexual?: Si No
6. ¿Reside en un vecindario de alto riesgo (alta pobreza, delincuencia o acceso limitado a recursos críticos)?: Si No
7. ¿Sus hijos han sufrido una pérdida parental debido a la muerte, el divorcio, el encarcelamiento, el servicio militar o la ausencia?: Si No
8. ¿Alguna vez su hijo ha sido expulsado de un centro de cuidado infantil?: Si No
9. ¿Alguna vez su hijo ha estado expuesto a una sustancia toxica?: Si No En caso afirmativo, que sustancia _____
10. ¿En los últimos 2 años usted o miembros de su hogar:
¿Ha tenido dificultades para obtener servicios médicos? Si No
¿Usado la 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 viven en su casa? (incluyéndote a ti mismo y al niño que estas solicitando):
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el hijo solicitante: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el hijo solicitante: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el hijo solicitante: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el hijo solicitante: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el hijo solicitante: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación con el hijo solicitante: _____
12. ¿Idioma primaria hablado en su hogar? Ingles Español Otro _____
13. ¿Cuál es el idioma primario hablado por su(s) hijo(s)?: Ingles Español Otro _____

La información recopilada se utiliza para ayudar a desarrollar una Evaluación de Necesidades de la Comunidad y ayudara a determinar la elegibilidad de su hijo en un programa preescolar. Nunca se compartirá información personal fuera del proceso de Reclutamiento e Inscripción Conjunta.

Head Start, Programa Great Start Readiness y otras oportunidades preescolares

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

¡GRATIS PARA LAS FAMILIAS QUE CUALIFICAN!

Actividades de prelectura y prematemáticas

Comidas y refrigerios nutritivos

Oportunidades de arte

Servicios de educación especiales

Actividades de música y rimas

Participación de los padres y

Ejercicio y juegos afuera

Oportunidades de voluntariado

Cepillado de dientes/Instrucción de salud

Transportación(en la mayoría de las áreas)