



# 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](mailto:denisb@8cap.org) Aplicar en línea: [www.8cap.org](http://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)**