



2024-2025 PREESCOLAR COLABORATIVO SOLICITUD (CONDADOS DE GRATIOT, IONIA, ISABELLA Y MONTCALM)



Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino
 Padre/Tutor1 _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____
 Padre/Tutor2 _____ Fecha de nacimiento: _____ Relación: _____
 Condado: _____ Distrito escolar en el que vive: _____ Dirección de correo electrónico: _____

DIRECCIÓN: _____
 (Calle) (Apartado de correos) (Ciudad) (Cremallera)

Teléfono1 _____ Celular Casa Teléfono2 _____ Celular Casa Mensajes de TEXTO Sí No

Por favor identifique el cruce de caminos más cercano a su casa: _____

Dirección de la guardería (si es diferente): _____

¿Ha asistido su hijo a algún programa de primera infancia?: (circule) Sí No En caso afirmativo, donde _____

¿Tiene su hijo un IEP (Plan de educación individualizado)?: Sí No

¿Su hijo alguna vez participó en Early On?: Sí No

¿Tiene su hijo un examen de bienestar infantil actualizado?: Sí No

¿Están las vacunas de su hijo al día? Sí No

¿Está este niño en una colocación de cuidado de crianza?: Sí No

¿Se encuentra usted sin hogar (falta de residencia nocturna fija, regular y adecuada)? Sí No

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

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

	Ingreso bruto total	Período de tiempo del ingreso total		Fuente de ingresos (marque todo lo que corresponda)		
Padre 1	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/> Finanzas del DHHS
		<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anualmente	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> SSD	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Padre 2	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Laboral	<input type="checkbox"/> Manutención de los hijos	<input type="checkbox"/> Finanzas del DHHS
		<input type="checkbox"/> Mensual	<input type="checkbox"/> Anualmente	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> SSD	<input type="checkbox"/> Otro: _____

¿El niño vive con? Madre Padre Otro _____

¿Recibe su familia alguno de los siguientes? SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) WIC

¿Algún cambio en los ingresos en los últimos 6 a 12 meses (es decir, desempleo, aumento/disminución de salario, inicio de trabajo reciente)?

Esta es solo una solicitud y no garantiza que su hijo será inscrito en un programa. El comité de reclutamiento revisará la solicitud de su hijo y determinará para qué programa(s) su hijo parece más elegible. **Documentación requerida. No todas las opciones del programa están disponibles en todas las áreas.** Si está interesado en un programa en particular, indíquelo en la siguiente línea para que se pueda considerar la preferencia de los padres:

Se seguirá el protocolo local con respecto a la ubicación del programa específico. Autorizo la divulgación de esta información, registros educativos y registros de vacunación para que se compartan entre el programa preescolar Great Start Readiness, los distritos escolares locales, los distritos escolares intermedios locales, los departamentos de salud locales y el programa EightCAP, Inc 0-5 Head Start. Mi firma verifica que la información anterior es correcta y verdadera a mi leal saber y entender.

Firma del padre/tutor : _____ Fecha: _____

Por favor regresa a:

Registro de preescolar, 5827 Orleans Rd Orleans, MI 48865

Fax: **616-754-9310**

Correo electrónico: deniseb@8cap.org

Solicite en línea: www.8cap.org o su distrito escolar local

Para obtener más información, llame al 1-866-754-9315, opción 2 o al Michigan Relay Center: 1-800-649-3777 (voz y TDD)

Los condados de Gratiot e Isabella presentan su solicitud en línea en: www.michiganpreschool.org

¿Cómo se enteró de su programa preescolar local? (circule)

Amigo/familia

Asistieron niños mayores

Anuncio

Escuela

Organización comunitaria

EightCAP, Inc. Sitio web/personal

Evento

Otro: _____

Los programas financiados por el estado y el gobierno federal no discriminarán a nadie por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.

Estos materiales fueron financiados total o parcialmente mediante una subvención otorgada por el Departamento de Educación de Michigan.

SÓLO PARA USO DE OFICINA Revisado por: _____ Fecha: _____ Inc: _____ Edad (a partir del 9-1) _____

EL NOMBRE DEL NIÑO _____ CONDADO _____

NOMBRE DE LOS PADRES _____ NÚMERO DE TELÉFONO _____

NECESITA VALORACIÓN

1. ¿Es usted: soltero casado divorciado viudo separado
2. ¿Cuántos estudios ha completado?
 Grado 6 Grado 7 - 8 Grado 9 - 10 Grado 11 Grado 12 GED Universidad
3. ¿Tenías menos de 20 años cuando nació tu primer hijo?: Sí No
4. ¿Ha vivido en más de 2 hogares en los últimos tres (3) años?: Sí No
5. ¿Alguien ha vivido en ¿Alguna vez su hogar ha sido víctima de abuso o negligencia física/doméstica/sexual?: Sí No
6. ¿Reside en un vecindario de alto riesgo (alta pobreza, criminalidad o acceso limitado a recursos críticos)?: Sí No
7. ¿Han sufrido sus hijos una pérdida parental debido a muerte, divorcio, encarcelamiento, servicio militar o ausencia?: Sí No
8. ¿Alguna vez su hijo ha sido expulsado de una guardería?: Sí No
9. ¿Su hijo alguna vez ha estado expuesto a alguna sustancia tóxica?: Sí No En caso afirmativo, ¿qué sustancia _____
10. En los últimos 2 años, usted o los miembros de su hogar:
 - ¿Experimentó dificultades para obtener servicios médicos? Sí No
 - ¿Usaste la sala de emergencias? Sí No
 - ¿Recibió un aviso de cierre de una empresa de servicios públicos? Sí No
 - ¿Has estado sin hogar? Sí No
 - ¿Alguna vez has estado sin calefacción? Sí No
 - ¿Utilizó un banco de alimentos o una despensa? Sí No
11. ¿Cuántas personas viven en tu casa? (incluido usted y el niño para el que está 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 principal que se habla en su hogar?: Inglés Español Otro _____
13. ¿Cuál es el idioma principal que hablan sus hijos?: Inglés Español Otro _____

La información recopilada se utiliza para ayudar a desarrollar una Evaluación de las necesidades de la comunidad y ayudará a determinar la elegibilidad de su hijo en un programa preescolar. Nunca se compartirá información personal fuera del proceso de inscripción y reclutamiento conjunto.

Head Start, Programa de Preparación Great Start, y otras oportunidades preescolares

Sirviendo a los condados de Montcalm, Ionia, Gratiot e Isabella

¡GRATIS PARA FAMILIAS QUE CALIFICAN!

Actividades previas a la lectura y las matemáticas
 Oportunidades de arte
 Actividades de música y rimas
 Ejercicio y juego al aire libre
 Cepillado de dientes/Instrucciones de salud

Comidas y refrigerios nutritivos
 Servicios de educación especial
 Participación de los padres y Oportunidades de voluntariado Transporte (en la mayoría de las áreas)