



# 2025-2026 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) Anuncio Organización comunitaria Evento  
 Amigo/familia Asistieron niños mayores Escuela EightCAP, Inc. Sitio web/personal 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)