



2026-2027 PREESCOLAR COOPERATIVO SOLICITUD
(CONDADOS DE GRATIO, IONIA, ISABELLA Y MONTGOMERY)



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 número de dirección más cercana a su casa: _____

Dirección de la guardería (si es diferente): _____

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

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

¿Su hijo alguna vez participó en Early On?: Sí

¿Tiene su hijo un examen de bienestar infantil actualizado?: Sí

¿Están las vacunas de su hijo a la fecha?: Sí

¿Está este niño en una colocación de cuidado de crianza?: Sí

¿Se encuentra usted en hogar (falta de residencia nocturna fija, regular y adecuada)?: Sí

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

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

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

¿El niño vive con? Madre Padre Otro _____

¿Recibe su familia a 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/diminución 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 Road, MI 48865

Fax: 616-754-9310

Correo electrónico: melissas@8cap.org

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

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

Los condados de Gratiot, Isabella y Saginaw presentan sus solicitudes en línea en: www.micearlychildhood.org

¿Cómo se enteró de nuestro programa preescolar local? (círculo)

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 discriminan 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.

EL NOMBRE DEL NIÑO _____ CONDADO _____

NOMBRE DEL DIRECCIÓN _____

NÚMERO DE TELÉFONO _____

NECESITA VALORACIÓN

1. ¿Estás soltero? soltero casado divorciado viudo separado
2. ¿Cuántos estudios has 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 probabilidad, criminalidad o acceso limitado a recursos críticos)?: Sí No
7. ¿Han sufrido sus hijos una pérdida de alquiler a la muerte, divorcio, encarcelamiento, servicio militar o ausencia?: Sí No En caso afirmativo, ¿qué?
8. ¿Alguna vez ha sido expulsado de una guardería?: Sí No
9. ¿Su hijo alguna vez ha estado expuesto a alguna sustancia tóxica?: Sí No
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 una visita de la policía en su casa? 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 vienen en tu casa? (incluido usted y el niño para el que está solicitando): _____ Sí

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 a ayudar a determinar la legibilidad de su hijo en un programa preescolar. Nunca se comparte 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, Grand Rapids e Isabella

¡GRATIS PARA FAMILIAS QUE CALIFICAN!

Actividades previas a la lectura y matemáticas
Oportunidades de arte
Actividades de música y rimas
Ejercicio y juego a la 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)