



2026-2027 P REESCOLAR C OLABORATIVO SOLICITUD
(CONDADOS D E G RATIO, I ONIA, I SABELLA Y M ONTCALM)



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 _____ No
¿Tiene su hijo un IEP (Plan de educación individualizado)?: Sí No 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 al día? Sí
¿Está este niño en una colocación de cuidado de crianza?: Sí
¿Se encuentra usted sin 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 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"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente	<input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Finanzas del D HHS <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"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anualmente	<input type="checkbox"/> Laboral <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Finanzas del D HHS <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 regrese a:

Registro de preescolar, 5827 Orleans Road, Detroit, MI 48865

Fax: 616-754-9310

Correo electrónico: m.elissas@8cap.org

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

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

Los condados de G ratio y Iabella presentan su solicitud en línea en: www.miearlychildhood.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 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.

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

EL NOMBRE DEL NIÑO _____ CONDADO _____

NOMBRE DEL PADRE _____ 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 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 No En caso afirmativo, ¿

8. ¿Alguna vez su hijo ha sido expulsado de una guardería?:
☐ Sí ☐ qué

9. ¿Su hijo alguna vez ha estado expuesto a una sustancia tóxica?:
☐ Sí ☐ sustancia_____

10. En los últimos 2 años, usted o los miembros de su hogar:
¿Experimentó dificultades para obtener servicios médicos?
¿Usaste la sala de emergencias?
¿Recibió una visita de cierre de una empresa de servicios públicos?
¿Has estado sin hogar?
¿Alguna vez has estado sin calefacción?
¿Utilizó un banco de alimentos o una despensa?

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

☐ Sí ☐ No

11. ¿Cuántas personas viven 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 ayudará a determinar la elegibilidad 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, Gratiot e Iosella
¡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)