



Aplicación de la educación infantil del Condado de Ottawa-2014-2015
Early Head Start, Great Start Readiness Preschool, Head Start, Parents as Teachers
(Sin costo para los participantes elegibles)

Fecha de Aplicación

Información del Niño

| | | | | |
|---|---|------------------|---|--|
| Apellido legal del niño | Primer nombre del niño | Nombre del medio | Apodo | Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino |
| Fecha de nacimiento del niño (mes / día / año) | ¿Está su niño terminando con Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | ¿Está su niño terminando con Early On? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Tiene usted o su doctor alguna preocupación sobre el desarrollo de su niño? (como lenguaje, motricidad, conducta u otra) | | | | |
| ¿Tiene su hijo/a un IEP/IFSP actual? | | | | |

Información del Hogar

| DIRECCIÓN | | | |
|--|--|---|--------------------|
| Domicilio: Calle / Apartamento | Ciudad / Estado / Código postal | Condado | Número de teléfono |
| Correo (si es diferente) : Calle / Apartamento | Ciudad / Estado / Código postal | Condado | Número de teléfono |
| ¿En qué distrito escolar vive usted? (marque uno) Allendale Coopersville Grand Haven Hamilton Holland Hudsonville Jenison Saugatuck Spring Lake West Ottawa Zeeland | | | |
| ¿Cuántas veces se ha mudado en el pasado año? | ¿Tiene usted una residencia permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha estado sin hogar en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Correo electrónico: | | <input type="checkbox"/> Sí, me gustaría que me añaden a la lista de correo electrónico para recibir recursos y eventos de educación infantil | |

INFORMACIÓN DEL HOGAR

| | | | | | | Circule Uno | | | |
|--------------------------|---|------------------|---------------------|---|------------------|-------------------|-------------|-----|-----------------------|
| Apellido | Primer nombre | Nombre del medio | Fecha de nacimiento | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Relación al niño | ¿Años de escuela? | No graduado | GED | ¿Trabajando? Sí No |
| Apellido | Primer nombre | Nombre del medio | Fecha de nacimiento | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Relación al niño | ¿Años de escuela? | No graduado | GED | ¿Trabajando? Sí No |
| Apellido | Primer nombre | Nombre del medio | Fecha de nacimiento | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Relación al niño | ¿Años de escuela? | No graduado | GED | ¿Trabajando? Sí No |
| Apellido | Primer nombre | Nombre del medio | Fecha de nacimiento | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Relación al niño | ¿Años de escuela? | No graduado | GED | ¿Trabajando? Sí No |
| Apellido | Primer nombre | Nombre del medio | Fecha de nacimiento | Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Relación al niño | ¿Años de escuela? | No graduado | GED | ¿Trabajando? Sí No |
| NÚMERO TOTAL EN EL HOGAR | INGRESO DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES O DEL AÑO 2012 \$ | | | | | | | | |

¡INCLUIR VERIFICACIÓN DE 12 MESES DE INGRESOS!

(COPIA DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DE 2013, W2, MANTENIMIENTO DE HIJOS, DESEMPLEO Y/O INGRESO DE DISCAPACITADO)

Indique si la familia recibe algunos de los servicios siguientes:
 MDHS reembolso de guardería SSI Pagos de FIP Work First Foster Child

Verificación de cualquiera de estos servicios Automáticamente lo califican por ingresos.

| INGRESOS DE LA FAMILIA (Antes de impuestos) | | | | |
|--|-----------------|-----|----------------------|-------------|
| Nombre | Cantidad: \$ | Por | Cantidad anual \$ | Descripción |
| Nombre | Cantidad: \$ | Por | Cantidad anual \$ | Descripción |

| INFORMACIÓN DE TRANSPORTE (SI TRANSPORTE ESTÁ DISPONIBLE) SOLAMENTE PARA PROGRAMAS DE HEAD START | | | |
|--|-----------------------------|-----------|--------------------|
| Lugar de recoger <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Niñera | Si niñera , Nombre : | Domicilio | Número de teléfono |
| Lugar de dejar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Niñera | Si niñera , Nombre : | Domicilio | Número de teléfono |
| ¿Si transporte no está disponible puede usted llevar a su niño a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | |

Información de los Padres

| | | | |
|--|--|---|---|
| ¿Hablan inglés los padres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Idioma primario del niño/a | Idioma secundario | |
| ¿Tiene una discapacidad el padre o la madre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Está en servicio militar activo uno de los padres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Está encarcelado uno de los padres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Hay adicción o abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha fallecido un padre o hermano del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Ha sido el niño abusado o involucrado con CPS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene algún miembro de la familia una enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Hay violencia doméstica en el pasado o actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Es usted un inmigrante o refugiado reciente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | ¿Cómo supo usted de este programa? | |

SI NO SE PUEDE COMUNICAR CONMIGO, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON:

| | | |
|-----------|--------------------|---------------------------------|
| Nombre | Número de teléfono | Relación al niño |
| Domicilio | | Ciudad / Estado / Código postal |

Con mi firma autorizo a compartir esta información con Ottawa Area Intermediate School District, Child Development Services Lakeshore Head Start, y el distrito escolar indicado arriba.

Además, si no califico para estos programas preescolares doy permiso para que el OAISD dé mi aplicación a programas de asistencia de matrícula (como Ready for School) **Sí No**

NOTA: LA APLICACIÓN DEBE SER FIRMADA PARA SER PROCESADA

Firma del padre/madre/guardián:

Fecha:

**Marque todos los programas que le interesen para su niño:
*Ver descripciones de programas en la página 2**

- Servicios con base en el hogar
- Guardería
- Preescolar

Por favor devuelva la aplicación a:

OAISD

Attn: Early Childhood Programs

13565 Port Sheldon

Holland, MI 49424

Preguntas? 1-877-702-8600 extensión 4033

*Llenando esta aplicación no garantiza la aceptación en los programas.