



**Aplicación de la educación infantil del Condado de Ottawa-2015-2016**  
**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**

<i>DIRECCIÓN</i>			
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 2014 \$								

**¡INCLUIR VERIFICACIÓN DE 12 MESES DE INGRESOS!**

*(COPIA DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DE 2014, 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.*

<b>INGRESOS DE LA FAMILIA (Antes de impuestos)</b>				
Nombre	Cantidad: \$	Por	Cantidad anual \$	Descripción
Nombre	Cantidad: \$	Por	Cantidad anual \$	Descripción

<b>INFORMACIÓN DE TRANSPORTE (SI TRANSPORTE ESTÁ DISPONIBLE)</b>			
Lugar de recoger <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Niñera	<b>Si niñera</b> , Nombre :	Domicilio	Número de teléfono
Lugar de dejar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Niñera	<b>Si niñera</b> , 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 OAIISD 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:**

Ready for School  
70 West 8<sup>th</sup> Street  
Holland MI 49423

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