

Kalamazoo County Paquete de Solicitud Pre-Kinder

Los pasos para completar su solicitud:



Paso 1: Llenar por completo la solicitud de Kalamazoo County Pre-Kinder.



Paso 2: Adjuntar todos los documentos adicionales requeridos, enumerados en la siguiente página.



Paso 3: Devolver la solicitud a su distrito escolar local, proveedor privado, o Kalamazoo RESA.



Paso 4: Tiempo máximo de 2 semanas para procesar y colocar a su hijo en el programa.



Paso 5: Presentar una copia de la evaluación de salud, información sobre el seguro médico y la cartilla de vacunas.

Si después de 2 semanas, usted no ha recibido respuesta de la agencia donde se presentó su solicitud, favor comunicarse con esa agencia y preguntar acerca de los próximos pasos.



Kalamazoo County Paquete de Solicitud Pre-Kinder

Gracias por tomar en el interés por el desarrollo y la educación de su hijo.

Favor de llenar la solicitud para el Kalamazoo County Pre-Kinder adjunto y entregarlo junto con los siguientes documentos por mandato estatal y federal:

Favor de tener en cuenta:

No se puede determinar la elegibilidad a menos que todos los siguientes documentos hayan sido presentados.

Los siguientes elementos son necesarios para ser presentado con su solicitud inicial:

- 1) Comprobantes del ingreso familiar por un período de 12 meses (enviar a y b junto con cualquier otro documento que haya recibido)
 - a. El W-2 del año pasado
 - b. Talonario de cheque que muestra el año hasta la fecha o una declaración por escrito del empleador
 - c. TANF/reembolso de cuidado infantil /estampillas
 - d. Comprobante de Seguro Social/SSI (*Beneficios de Seguro Social Suplementario*)
 - e. Comprobante del Desempleo
 - f. Comprobante de manutención de menores/del conyuge/de pensión
- 2) Acta de nacimiento u otra prueba de edad (enviar uno de los siguientes)
 - a. Acta de nacimiento
 - b. Pasaporte
 - c. Registro del Hospital
 - d. Registro del Bautizo
- 3) Comprobante de residencia (presentar uno de los siguientes)
 - a. Licencia de manejo
 - b. Factura de Servicios Públicos
 - c. Factura de Impuestos (sobre bienes inmuebles)
 - d. Recibo de renta (arrendamiento)
 - e. Una carta de un refugio, si no tiene una vivienda fija

Los siguientes documentos son requeridos para la inscripción final, pero no son necesarios en el momento de la solicitud inicial:

- 1) Evaluación reciente de la salud, físico, o chequeo de niño sano durante el último año.
- 2) Tarjeta de Medicaid o del seguro medico del niño
- 3) Cartilla de vacunas actualizada

Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia, favor de comunicarse con 269-250-9857.

Condado de Kalamazoo forma de inscripción para Prekinder

Complete la solicitud O registrarse por el internet at www.DreamBigStartSmall.org

Sección 1: información básica			
Apellido del estudiante:	Nombre:	Segundo Nombre:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de Nacimiento: ____/____/____	Preferencia de Programa: <input type="checkbox"/> Medio Día <input type="checkbox"/> Día completo (No se ofrece en todos los programas: Padres deben estar trabajando o asistiendo a la escuela todo el día).		
Sección 2: Información de la Dirección (Incluya nombre y número del apartamento)			
Dirección:		Cuidad, Estado y Zona Postal :	Condado:
Dirección para recoger al estudiante (si es diferente):		Dirección para dejar al estudiante (si es diferente):	
¿Qué distrito escolar vive usted?			
¿Cuidado del niño antes o después de escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Su niño necesita transporte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Escriba los nombres de los centros de educación preescolar o guarderías que asiste su niño			
Sección 3: Información del niño/a			
Raza (Marque todas las categorías que se aplican)		Etnicidad	Idioma se habla en casa
<input type="checkbox"/> Negra o Africano-Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico		<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispana o Latina <input type="checkbox"/> No-Hispana o No-Latina	Principal: _____ Secundario: _____ <input type="checkbox"/> Padre o tutor necesita un traductor
Sección 4: Información Familiar			
<i>El niño vive con:</i> <input type="checkbox"/> Los dos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Custodio compartido (si compartido, <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Legal) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Otro (Explique) _____			
Información del Padre/Tutor		Información del Padre/Tutor	
Nombre Completo:		Nombre Completo:	
Fecha de Nacimiento:		Fecha de Nacimiento:	
Dirección Completo:		Dirección Completo:	
Correo Electrónico:		Correo Electrónico:	
Tipo: (circule uno)	Números de Tel. y Código de Área:	Tipo: (circule uno)	Números de Tel. y Código de Área:
Hogar Trabajo Cel. Mensaje		Hogar Trabajo Cel. Mensaje	
Hogar Trabajo Cel. Mensaje		Hogar Trabajo Cel. Mensaje	
<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro	
Educación (marque la nivel mayor completado) <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta – Último Grado Cursado <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> GED (Diploma de Educación General) o Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> Título de Asociado <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Bachiller Universitario <input type="checkbox"/> Certificado Superior		Educación (marque la nivel mayor completado) <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta – Último Grado Cursado <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> GED (Diploma de Educación General) o Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> Título de Asociado <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Bachiller Universitario <input type="checkbox"/> Certificado Superior	
Empleo u Otra (Marque todas que aplican) <input type="checkbox"/> Empleado por lo menos 35 horas cada semana <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo (mas que 35 horas cada semana) <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela o universidad <input type="checkbox"/> Decide permanecer en casa <input type="checkbox"/> Desempleado		Empleo u Otra (Marque todas que aplican) <input type="checkbox"/> Empleado por lo menos 35 horas cada semana <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo (mas que 35 horas cada semana) <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela o universidad <input type="checkbox"/> Decide permanecer en casa <input type="checkbox"/> Desempleado	
Proporciona Ayuda Financiera <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Proporciona Ayuda Financiera <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Favor de escribir abajo la información para el Contacto de emergencia para cada Padre/Tutor.			
Nombre Completo:	Números de Tel. y Código de Área:	Dirección:	¿Pueden ponerse en contacto recoger al niño?: Sí No

Sección 5: Otros Niños y Parientes Apoyados con estos Ingresos

Apellido:	Nombre:	Head Start asistido?	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Relación Familiar:	Si es un niño, edad del padre cuando nació el niño:
		Sí No		M F		
		Sí No		M F		
		Sí No		M F		
		Sí No		M F		

Nombre de la(s) escuela(s) que asiste hermano/a(s):

Sección 6: Situación de Vivienda Actual de la Familia

Está el niño o su familia viviendo: en su casa en un hotel en una situación de vivienda temporal
 con otra familia por falta de vivienda o debido a dificultad económica en una posada
 sin una residencia permanente para pasar la noche

Sección 7: Ingreso de los Miembros de la Familia que son Responsables Legales para el Soporte del Niño

Nombre:	Salarios (Ingreso Annual):	\$
Nombre:	Salarios (Ingreso Annual):	\$

¿Está su familia recibiendo los siguientes? Marque los que apliquen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Salarios de trabajo | <input type="checkbox"/> SSI |
| <input type="checkbox"/> y Estampillas de Comida | <input type="checkbox"/> Reembolso por el cuidado para niños |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Pública – Ayuda en Efectivo (FIP) | <input type="checkbox"/> Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> manutención de los hijos | _____ |

Sección 8: Estado de Inhabilidad del Niño (Solicitante)

Participando con el FIT o Edad Temprana Evaluado por PET Recomendación del Padre: Explicación _____

Está recibiendo su niño servicios de: audición/visión habla/lenguaje Educación especial
 Terapia ocupacional fisioterapia IEP o IFSP

Sección 9: Información Confidencial para Determinar Elegibilidad Debido a Necesidad

	Sí	No		Sí	No
El comportamiento del niño le impide participar en actividades de grupo; o el niño ha sido referido para recibir consejería o evaluación de comportamiento.			Un/a hermano/a del niño tiene una enfermedad crónica, problemas de comportamiento severos, o cualquier otro problema que afecta negativamente al niño o la familia		
Cualquier persona en el hogar que no habla Inglés como lenguaje primaria			uno de los padres era menor de 20 años cuando nació el primer hijo		
El niño o sus hermanos han recibido abuso o negligencia; o los padres han sufrido violencia doméstica			Familia sin vivienda estable o no tiene hogar		
Pérdida de uno de los padres por fallecimiento, divorcio/separación, encarcelamiento, enfermedad crónica, o ausencia prolongada debido al servicio militar/empleo; o la muerte de un/a hermano/a; o el/la padre/madre está soltero/a; o los abuelos están criando al niño			Vive en un hogar que no es seguro o con mucha gente; o vive en un vecindario que no es seguro		
El niño tiene alguna enfermedad crónica como asma, alergias, infección de los oídos frecuentes, otros problemas;			Niño fue expuesto al envenenamiento por plomo, o la exposición prenatal a las drogas, el alcohol o la nicotina		

Sección 10: La información en este formulario es confidencial. El programa de pre-escuela no discrimina a las familias o los estudiantes basándose en la raza, color, nacionalidad, sexo o incapacidad.

Hago constar que la información, incluyendo los ingresos, que contiene esta solicitud es correcta y verdadera con lo mejor de mi conocimiento. Comprendo que es mi responsabilidad informar al programa de pre-escuela en caso de que mi niño cambie de domicilio, o si yo tengo otros cambios en las circunstancias que puedan afectar la inscripción y asignación de mi hijo/a. Entiendo que mi niño no puede estar inscrito en más de un programa gratis o de precio bajo preescolar. Entiendo que si mi niño/a asiste al programa de pre-escolar, se va a evaluar el progreso en el aprendizaje y desarrollo para apoyar su crecimiento; algunos resultados pueden usarse (sin usar el nombre de mi niño/a) y estará combinado con los resultados de otros niños/as para estudios relacionados con el nivel general de la preparación de los niños de kindergarten en todo el país.

Favor de firmar abajo si usted autoriza que la información que usted ha dado (tales como documentos de ingresos de salario) para que puedan ser compartidos con otros programas escolares de gratis o de precio reducido en el área con el propósito de darle la oportunidad a su niño.

Firma* del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** _____

* Si vía telefónica, el empleado debe marcar la casilla y poner las iniciales ____; y escriba con letra de molde el nombre de los padres y la fecha

