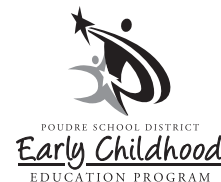


Office Use Only
 Date Received: _____
 Enrollment Phase: _____
 School Year Applying For: _____

Solicitud del Programa Distrito Escolar de Poudre Programa de Educación Temprana

Fullana Learning Center
 220 N. Grant Avenue, Fort Collins, CO 80521
 Teléfono: (970) 490-3204 Fax: (970) 490-3134
 Correo electrónico: psdece@psdschools.org www.bit.ly/PSDpreschool



El Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre ofrece calidad, oportunidades de educación específicas desde el nacimiento hasta los cinco años de edad y para madres embarazadas. A través de fondos federales, estatales y del distrito el programa ofrece opciones de programas sin costo y basado en colegiatura para niños que reúnan los requisitos.

Los siguientes documentos son necesarios para determinar la elegibilidad y la inscripción:
Complete esta solicitud con tinta azul o negra. Una solicitud completa contiene toda la documentación enumerada en los puntos 1-8.

Documentos para traer o adjuntar al correo electrónico:

1. Acta de Nacimiento
2. Prueba de los ingresos actuales de su familia durante los últimos 12 meses o el año calendario anterior ejemplos:
 - a. Panilla de impuestos Federal (preferida) - mas recenté
 - b. Forma W-2 (perferida) - mas recenté
 - c. Prueba matricula de SSI o TANF o SNAP comprobante de inscripción
 - f. Talones de pago que reflejen su ingresos de los últimos tres meses
 - e. Ingresos estudiantiles (becas/subvenciones/estudios mensuales que cubren los gastos de subsistencial)
 - f. Documentos de mantenimiento
3. Actura de servicios publicos o arrendamiento/hipoteca para verificación de domicilio (el contrato de arrendamiento debe ser firmado por el propietario)
4. Cuestionarios de detección ASQ-3 y ASQ-SE (www.asqonline.com/family/a80b32)
5. Paquete de inscripción (www.bit.ly/PSDpreschool)
6. Documentación de custodia (si es aplicable)
7. Copia del examen físico mas reciente (o formulario de examen salud de Fullana completado por el médico del niño)
8. Cartilla de vacunación

Aplica hoy!
 Las inscripciones
 ocurren durante
 todo el año escolar.
(970) 490-3204

OPCIONES DEL PROGRAMA

Por favor elija el programa para el que usted está solicitando

Early Head Start – Early Head Start atiende a madres prenatales y niños hasta los 36 meses de edad. Marque si esta solicitando para un niño de hasta 36 meses.

Estoy interesado en opción en casa (visitas cada semana) opción en centros (visitas a casa cada mes)

Si soy elegible y estoy matriculado bajo los fondos de Head Start, mi participación en visitas en el hogar es parte del programa. _____ Iniciales

¿Está actualmente embarazada y interesada en solicitar el programa prenatal Early Head Start? Si No

En caso afirmativo, el personal de la oficina de recepción proporcionará una Solicitud de Programa Prenatal o un Técnico de Inscripción le hará un seguimiento.

No necesitan paquete de inscripción o ASQs (cuestionarios) en este momento.

Programa de preescolar de 3-5 – marque aquí se está inscribiendo a un niño de edad de 3 o 4 para un salón de preescolar de lunes a jueves.

El Programa preescolar 3-5 atiende a niños de edad escolar de tres y cuatro años (tres o cuatro años antes del **1 de octubre** del año de inscripción a menos que se inscriban en intervención temprana). Los niños inscritos pueden ser ubicados en una escuela primaria o en un aula de preescolar basada en la comunidad donde maestros de la educación temprana con experiencia guían a los niños a través del plan de estudios y actividades aprobados por el distrito. Si se inscribe con fondos de Head Start, las familias recibirán visitas a domicilio de un mentor familiar de la educación temprana para apoyar los entornos de aprendizaje en el hogar y la escuela y los objetivos de preparación escolar. Si está inscrito bajo los fondos de Head Start, recibirá información adicional sobre las visitas domiciliarias una vez realizadas.

Si soy elegible y estoy matriculado bajo los fondos de Head Start, mi participación en visitas en el hogar es parte del programa. _____ Iniciales

Marque esta casilla si está aplicando para la opción de un programa sin costo. Tal vez los niños son elegibles para matricularse en un programa sin costo alguno bajo fondos de Head Start, Colorado Preschool Program o Early Childhood Special Education. Cada programa tiene requisitos diferentes para elegibilidad, y los padres deben someter documentación de sus ingresos para determinar elegibilidad para Head Start o el Colorado Preschool Program.

Estoy interesado en un: Programa de Medio Dia Programa de día completo Cualquiera

Marque esta casilla si está aplicando para la opción de un programa con costo. Los solicitantes del programa basado con costo no necesitan presentar información sobre sus ingresos. El programa basado en matrícula es medio día solamente.

Al poner mis iniciales entiendo si mi hijo esta inscrito estoy aceptando una colocacion de base de matricula. _____ Iniciales

EXAMENES

Entiendo y doy permiso para que se realice un examen de audición / visión según sea necesario como parte del proceso de inscripción. _____ Iniciales

OPCIONES DE ESCUELA

Estoy abierto a cualquier ubicación dentro del Distrito Escolar de Poudre o en un sitio de la Comunidad de Educación de la Primera Infancia. _____ Iniciales

Solo quiero una ubicación en las ubicaciones especificadas a continuación y rechazaré otras ofertas. _____ Iniciales

Ubicaciones: _____

¿Podrá transportar a su hijo al preescolar? Si No

El Programa de Educación de la Primera Infancia del PSD no garantiza que haya transporte disponible para su hijo. Si desea viajar en autobús, debe enviar una solicitud de transporte. La aprobación se basa en varios criterios. (www.bit.ly/PSDpreschool)

SECCIÓN 1: INFORMACION DEL NIÑO Y LA FAMILIA

Apellido del Niño:						Primer Nombre:			Segundo Nombre:		
Fecha de Nacimiento: / /						Edad:			Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
Domicilio:						Domicilio para Correspondencia (si es diferente):					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:		Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Con quien vivió el niño/a la mayor parte del año: <input type="checkbox"/> Madre y Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro: _____											
¿Usted considera que la etnicidad de su hijo/a es Latina o Hispana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Qué raza considera que es la de su hijo/a? (escoja todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco							
Lenguaje Principal:						Segundo Lenguaje:					
Capacidad del niño en el idioma principal <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Nada Bien <input type="checkbox"/> No Habla											
Aprendí sobre el programa de: <input type="checkbox"/> Medios de social <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Familia/Amistades <input type="checkbox"/> Escuela/ Maestra <input type="checkbox"/> Oficina de Doctor <input type="checkbox"/> DHS <input type="checkbox"/> Otro _____											
¿Ha asistido su niño a una preescola anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No											
Apellido del padre/tutor:				Primer Nombre:				Relación con el niño/a: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre			
<input type="checkbox"/> Mismo domicilio que el niño/a				Fecha de Nacimiento: / /				<input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro _____			
Domicilio:						Domicilio para Correspondencia (si es diferente):					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:		Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
1er Teléfono: ()			<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			¿Podemos enviarle textos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
2do Teléfono: ()			<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			Correo electrónico:					
Padre/Madre/Tutor Lenguaje Principal en casa:						¿Bilingüe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuál lenguaje? _____					
Considera usted su origen étnico Latino o Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Raza Padre/Madre/Tutor <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco							
Educación: <input type="checkbox"/> Bachillerato o Más <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Escuela para Oficio <input type="checkbox"/> Actualmente en Escuela Preparatoria <input type="checkbox"/> Diploma de Escuela Preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Sin Diploma Último Grado Completado: _____											
Presente tipo de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Se queda en casa <input type="checkbox"/> Retirado/Discapacitado											
Apellido de la madre/tutor:				Primer Nombre:				Relación con el niño/a: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre			
<input type="checkbox"/> Mismo domicilio que el niño/a				Fecha de Nacimiento: / /				<input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro _____			
Domicilio:						Domicilio para Correspondencia (si es diferente):					
Ciudad:		Estado:		Código Postal:		Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
1er Teléfono: ()			<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			¿Podemos enviarle textos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
2do Teléfono: ()			<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo			Correo electrónico:					
Padre/Madre/Tutor Lenguaje Principal en casa:						¿Bilingüe? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si afirmativo, ¿cuál lenguaje? _____					
Considera usted su origen étnico Latino o Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Raza Padre/Madre/Tutor <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco							
Educación: <input type="checkbox"/> Bachillerato o Más <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Escuela para Oficio <input type="checkbox"/> Actualmente en Escuela Preparatoria <input type="checkbox"/> Diploma de Escuela Preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Sin Diploma Último Grado Completado: _____											
Presente tipo de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Negocio Propio <input type="checkbox"/> Se queda en casa <input type="checkbox"/> Retirado/Discapacitado											
Explique la Custodia del Niño/a (**por favor incluya documentación legal de la corte o del trabajador social):											
<input type="checkbox"/> Los dos Padres (Custodia Legal y Física) <input type="checkbox"/> Mamá solamente tiene la custodia** <input type="checkbox"/> Papá solamente tiene la custodia** <input type="checkbox"/> Otra custodia entre los padres <input type="checkbox"/> Compartida (pero vive con Mamá o Papá) <input type="checkbox"/> Cuidado del condado <input type="checkbox"/> Abuelo/s <input type="checkbox"/> Tutor con permiso educativo											

Otras personas en el hogar no enumeradas en la página anterior: Enumere todos los niños o adultos que vivan en la misma casa que el niño/a (agregue otra hoja si son mas de seis).

Nombre completo	Relación con el niño/a	Fecha de nacimiento	Escuela (si aplica)	Financially supported by por el padre/tutor (S/N)

SECCIÓN 2: EXPERIENCIAS DE DESARROLLO

¿Usted o alguien más tiene inquietudes o cree que su hijo se beneficiaría con el apoyo en las siguientes áreas?

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Detener y usar objetos pequeños	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Desarrollo del habla y lenguaje en el lenguaje principal
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Discapacidad auditiva	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Habilidades de aprendizaje temprana
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Caminar, correr, trepar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Impedimento de la Visión
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Habilidades sociales/de comportamiento	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene IEP/IFSP* actual/activo o está en terapia privada

*Copias de la documentación sobre el plan de educación individual (IEP) de su hijo o plan de servicio familiar individual (IFSP) son necesarias para asegurar que el programa de la Educación Temprana coloca a su hijo un salón con los recursos adecuados para satisfacer sus necesidades.

Describir cualquier preocupación adicional sobre el desarrollo de su niño:

SECCIÓN 3: SITUACION DE HOGAR

Tiene usted o alguien más preocupaciones o piensa que su hijo necesita apoyo en las siguientes áreas de desarrollo?

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted y su hijo/a están compartiendo la casa de otra persona debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted y su hijo/a están viviendo en hoteles, moteles, carros, acampando debido a falta de vivienda?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted y su hijo/a están viven en una vivienda de emergencia o de transición?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su casa no tiene instalaciones adecuadas de cocina/baño?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene su casa infestaciones (chinchas), moho o otros peligros?

Si contesto SI a cualquier pregunta de arriba, por favor describa la situación abajo:

SECCIÓN 4: FACTORES MEDIOAMBIENTALES/FAMILIARES

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La familia está actualmente sin hogar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El padre o la madre NO termino la preparatoria o el GED
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La familia se quedó sin hogar en los últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La familia se ha mudado dos o más veces en los últimos 12 meses
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uno o ambos padres tienen 18 años o menos al nacer del niño que aplicaba y no estaba Casado	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Existen actualmente o hubo problemas de violencia o abuso
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La familia consta de un padre o madre soltero/a	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uno o los dos padres tienen problemas de salud mental o un diagnostico psiquiátrico
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uno o ambos padres tienen problemas de salud regulares importantes. Explique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Los padres, el niño o hermanos del niño tienen historia de problemas de aprendizaje
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Altos costos, espacios disponibles, o distancia lo evita de escribir a su hijo/hija en preescolar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uno o los dos padres han sido encarcelados
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uno o los dos padres tienen historia de abuso de alcohol o drogas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La familia es elegible para recibir comidas gratis/reducidas
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uno o los dos padres están actualmente desplegado por el servicio militar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Los padres están preocupados por la salud mental del niño/a solicitante o actualmente tiene un diagnostico psiquiátrico (problema social/emocional)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El niño/a esta aprendiendo Ingles como Segundo idioma (el idioma que se habla en casa del niño/a no es el Ingles)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uno o los dos padres no tienen un trabajo estable
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El niño tiene problemas menores recurrentes o problemas importantes de salud. Explique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uno o los dos padres o tutor es un miembro activo de los militares de Estados Unidos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El niño/a actualmente esta en una casa de adopción	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uno o los dos padres o tutor es un veterano de los militares de Estados Unidos
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Actualmente trabajan con un trabajadora social en el Departamento de servicios humanos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	El niño ha sido excluido de otro preescolar o cuidado de niños debido a problemas sociales (de comportamiento)

SECCIÓN 5: HISTORIA DE EMPLEO

Nombre del Padre/Tutor: _____				Nombre del Madre/Tutor: _____			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Trabajo esta persona en los últimos 12 meses? (Si, si por favor responda abajo.)				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Trabajo esta persona en los últimos 12 meses? (Si, si por favor responda abajo.)			
¿Cuántos trabajos tuvo esta persona en los últimos 12 meses? _____				¿Cuántos trabajos tuvo esta persona en los últimos 12 meses? _____			
Por favor complete la siguiente tabla indicando todos los trabajos que tuvo en los últimos 12 meses y el tiempo que duro en cada uno. Por favor mande una prueba de ingreso de cada trabajo. Agregue una hoja adicional si tuvo más de 3 trabajos.				Por favor complete la siguiente tabla indicando todos los trabajos que tuvo en los últimos 12 meses y el tiempo que duro en cada uno. Por favor mande una prueba de ingreso de cada trabajo. Agregue una hoja adicional si tuvo más de 3 trabajos.			
	Nombre del Empleador/Telefono	Fecha de Inicio	Fecha de termino		Nombre del Empleador/Telefono	Fecha de Inicio	Fecha de termino
1				1			
2				2			
3				3			

SECCIÓN 6: OTRAS FUENTES DE INGRESOS

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Mantemimiento - Si, si por favor incluya prueba de la cantidad recibida de la manutención del niño en los últimos 12 meses
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Subvenciones o becas escolares que incluyen gastos de manutención - Si, si incluya prueba de la cantidad de subvenciones o becas recibidas para gastos de manutención en los últimos 12 meses.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Seguro Social, Retiro, Beneficios de Veterano o de Discapacidad - Si, si por favor incluya prueba de la cantidad de los beneficios recibidos en los últimos 12 meses.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios de Desempleo - Si, si por favor incluya prueba de los beneficios recibidos en los últimos 12 meses. Si tuvo algún trabajo en los últimos 12 meses, por favor adjunte los talones de cheque o la forma W-2 de todos los trabajos indicando el tiempo que trabajo en cada uno.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted o alguien de su hogar esta inscrito en el Larimer County Works/TANF? Si, si por favor escriba el nombre de cada miembro de la familia que esta inscrito y adjunte una copia del contrato de TANF (Temporary Assistance for Needy Families).
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted o algún miembro de su familia recibe SSI (Ingreso del Seguro Suplemental)? Si, si por favor adjunte una copia del último estado de cuenta del SSI.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Está usted o alguien en su hogar inscrito en SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) En caso afirmativo, adjunte una copia de su última carta de elegibilidad

SECCIÓN 7: SALUD

Nombre de doctor o clínica _____ Numero de teléfono _____

Nombre de dentista o clínica _____ Numero de teléfono _____

SECCIÓN 8: FIRMA Y FECHA EN LA SOLICITUD

Al firmar aquí, estoy verificando que la información proveída al Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre en esta solicitud al programa es, al mejor de mis conocimientos, completa y verdadera. Yo entiendo que mi hijo/a puede ser retirado/a del programa si cualquier información que yo he proporcionado se demuestra que es falsa. Al firmar, yo también estoy verificando que yo entiendo que el entregar esta solicitud no garantiza la inscripción y que la inscripción esta basada en requisitos de elegibilidad requeridos.

Firma del Padre/Tutor _____ **Imprimir el Nombre** _____ **Fecha de hoy** _____

Firma del Padre/Tutor _____ **Imprimir el Nombre** _____ **Fecha de hoy** _____

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien le ayudo a llenar esta solicitud?
	Si, quien: _____ Relación con el padre/tutor: _____
	Teléfono: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Doy permiso para que se contacte a la persona mencionada anteriormente para ayudar a mi hijo a inscribirse en el programa.