

Office Use Only

Date Received: _____

Enrollment Phase: _____

Solicitud del Programa de Prenatal para el 2021-2022

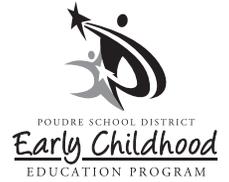
Distrito Escolar de Poudre Programa de Educación Temprana

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



Complete esta solicitud con tinta azul o negra. Una solicitud completa contiene toda la documentación enumerada en los puntos 1-8. Documentos para entregar.

1. Prueba de los ingresos actuales de su familia durante los últimos 12 meses o el año calendario anterior ejemplos:
 - a. Planilla de impuestos Federal de año 2020 (se prefiere)
 - b. Forma W-2 de año 2020 (se prefiere)
 - c. Prueba de matriculación de SSI o TANF
 - d. Talones de pago que reflejen su ingreso de los últimos tres meses
 - e. Ingresos de estudiante (becas/subvenciones/estipendios mensuales que cubren los gastos de subsistencia)
 - f. Documentos de mantenimiento
2. Fractura de servicios públicos o arrendamiento /hipoteca para verificación de domicilio

¿Necesita ayuda para llenar su solicitud? ¡Llámenos o visite nuestra oficina de inscripciones!

220 N. Grant Avenue
Fort Collins, CO 80521
(970) 490-3204

Solicitud incompleta o falta de documentos puede retrasar el proceso de aplicación.

DESCRIPCION DE PROGRAMA

Usted está solicitando como una madre prenatal al Programa de Educación Temprana del Distrito Escolar de Poudre.

El Programa de "Early Head Start" da servicio a madres embarazadas y a los niños desde el nacimiento hasta los tres años de edad. Las madres inscritas recibirán visitas en casa semanalmente de un Mentor Familiar de Educación Temprana. Las visitas en casa proveen una oportunidad de desarrollar metas, aprender acerca de la educación, hábitos saludables prenatales, desarrollo del niño y a identificar recursos que ayudaran a los padres y a los niños en los primeros años de su vida.

Por favor lee la siguiente declaración y ponga sus iniciales:

Yo entiendo que las visitas de casa son una parte importante del Programa de "Early Head Start". _____ Iniciales

INFORMACION DE LA MADRE PRENATAL

Apellido de la Madre:		Primer Nombre:		Segundo Nombre:	
Edad:	Fecha de Nacimiento:	Fecha de Parto:	Embarazo de alto riesgo <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Dirección:			Dirección de Correo (si es Diferente):		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa: ()		Teléfono Celular: ()		Podemos enviarle texto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Mejor numero de teléfono para comunicarse con usted (por favor marque con un círculo): Casa Celular Trabajar			Dirección de Correo Electrónico:		
¿Usted considera que su Etnicidad es Latina o Hispana? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Cual considera que es su raza (escoja todos los que apliquen)? <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Áfrico Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco			
Lenguaje Principal:			Segundo Lenguaje:		
¿Qué tan bien habla usted el Ingles? <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Nada Bien <input type="checkbox"/> No Habla Ingles					
Tipo de Empleo (Marque todos los que apliquen en los últimos 12 meses): <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					
Educación (Marque todos los que apliquen en los últimos 12 meses): <input type="checkbox"/> Licenciatura o Superior <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Escuela de Comercio <input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> No Diploma <input type="checkbox"/> No saben					
¿Cómo supo acerca del Programa de Educación Temprana?					
Apellido de su pareja o otra persona:			Primer Nombre:		
<input type="checkbox"/> ¿El domicilio es el mismo de la madre prenatal?		Fecha de Nacimiento: / /		Relación con la madre prenatal:	
Domicilio:			Dirección de Correo (si es diferente):		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono de Casa: ()		Teléfono Celular: ()		Podemos enviarle texto <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Mejor numero de teléfono para comunicarse con usted (por favor marque con un circulo): Casa Celular Trabajar		Dirección de Correo Electrónico:	
¿Usted considera que su Etnicidad es Latina o Hispana? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Cual considera que es su raza (escoja todos los que apliquen)? <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Áfrico Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Islands del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco	
Lenguaje Principal:		Segundo Lenguaje:	
¿Qué tan bien habla usted el Ingles? <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Nada Bien <input type="checkbox"/> No Habla Ingles			
Tipo de Empleo (Marque todos los que apliquen en los últimos 12 meses): <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			
Educación (Marque todos los que apliquen en los últimos 12 meses): <input type="checkbox"/> Licenciatura o Superior <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Escuela de Comercio <input type="checkbox"/> Diploma de Preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> No Diploma <input type="checkbox"/> No saben			
Otras personas en la casa: Enumere todos los niños o adultos que viven en la misma casa que la madre (prenatal agregue una hoja si son más de cuatro):			
Nombre Completo		Relacion a la madre prenatal	Fecha de Nacimiento
			El padre/tutor le ayuda económicamente (S/N)
REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD ELEGIBLE POR SU SITUACION DE HOGAR			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Usted y su hijo(a) están compartiendo la casa de otra persona debido a la perdida de vivienda o dificultades económicas?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Usted y su hijo(a) están viviendo en hoteles, moteles, carros, acampando debido a falta de vivienda?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Usted y su hijo(a) están viviendo en una casa de emergencia o un albergue transitorio?	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Usted trabaja en la agricultura, la ganaderia, o la industria pesquera?	
Si contesto SI a cualquier pregunta de arriba, por favor describa la situación abajo.			
ELEGIBILIDAD DE INGRESOS			
Nombre de Padre/Tutor: _____		Nombre de Madre/Tutor: _____	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Trabajo esta persona en los ultimos 12 meses? (SI, por favor responda abajo.)		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Trabajo su pareja en los últimos 12 meses? (SI, por favor responda abajo.)	
¿Cuantos empleos tuvo esta persona en los últimos 12 meses? _____		¿Cuantos empleos tuvo su pareja en los últimos 12 meses? _____	
Por favor complete lo siguiente indicando todos los trabajos en los últimos 12 meses y la duración de cada trabajo. Por favor mande prueba de ingreso de cada trabajo. Adjunte una hoja adicional si hubo más de 3 trabajos.		Por favor complete lo siguiente indicando todos los trabajos en los últimos 12 meses y la duración de cada trabajo. Por favor mande prueba de ingreso de cada trabajo. Adjunte una hoja adicional si hubo más de 3 trabajos.	
	Nombre del Empleador	Fecha de Inicio	Fecha que termino (si aplica)
1			
2			
3			
OTRAS FUENTES DE INGRESO			
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Manutención de Menores (SI, por favor incluya prueba de la cantidad recibida de la manutención del niño en los últimos 12 meses.)	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Becas o Subvenciones (NO INCLUYA PRESTAMOS.) (SI, por favor incluya prueba de la cantidad de las becas y subvenciones recibidas en los últimos 12 meses.)	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Seguro Social, Retiro, Beneficios de Veterano o de Discapacidad. (SI, por favor incluya prueba de la cantidad de los beneficios recibidos en los últimos 12 meses.)	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Beneficios de Desempleo (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.)	

OTRAS FUENTES DE INGRESO CONTINUADO

Si No

¿Usted o alguien de su hogar está inscrito en el Larimer County Works/TANF?
SI, por favor escriba el nombre de cada miembro de la familia que está inscrito y adjunte una copia del contrato de TANF

Si No

¿Usted algun miembro de su familia recibe SSI (Ingreso del Seguro Suplemental)? SI, por favor adjunte una copia del último estado de cuenta del SSI.

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) puedo ser retirada/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 está basada en requisitos de elegibilidad requeridos por los programas federales, estatales y del distrito.

Fecha _____ Firma de la Madre Pre-natal _____

Si No

¿Alguien le ayudo a llenar esta solicitud?

Si, quien: _____ Teléfono:_(_____)_____

¿Podemos contactar esta persona? Si No Relacion a la madre prenatal:_____

Si No

Doy permiso para que se contacte a la persona mencionada anteriormente para ayudarme inscribir en el programa.