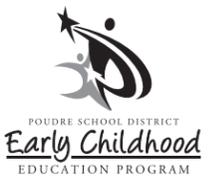


Office Use Only
 Date Received: _____
 Enrollment Phase: _____

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 documentacion enumerada en los puntos 1-8. Documentos para entregar.

- Prueba de los ingresos actuales de su familia durante los ultimos 12 meses o el ano calendario anterio ejemplos:
 - Planilla de impuestos Federal de ano 2020 (se prefere)
 - Forma W-2 de ano 2020 (se prfere)
 - Prueba de matricula de SSI o TANF
 - Talones de pago que reflejen su ingresos de los ultimos tres meses
 - Ingresos de estudiante (becas/subvenciones/estipendios mensuales que cubren los gastos de subsistencia)
 - Documentos de mantenimiento
- Fractura de servicios publicos o arrendamiento /hipoteca para verificacion 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 aplicacion.

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 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 | | | | | |
| ¿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 argregue 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.) | | | | |
| ¿Cuántos empleos tuvo esta persona en los últimos 12 meses? _____ | | ¿Cuántos 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) | | Nombre del Empleador | Fecha de Inicio | Fecha que termino (si aplica) |
| 1 | | | | 1 | | | |
| 2 | | | | 2 | | | |
| 3 | | | | 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 | |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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 _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | ¿Alguien le ayudo a llenar esta solicitud? Si, quien: _____ Teléfono: (_____) _____ ¿Podemos contactar esta persona? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Relacion a la madre prenatal: _____ |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Doy permiso para que se contacte a la persona mencionada anteriormente para ayudarme inscribir en el programa. |