

Office Use Only

Date Received: \_\_\_\_\_

School Year Applying For: \_\_\_\_\_

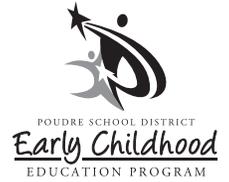
# Solicitud del Programa de Prenatal Distrito Escolar de Poudre Programa de Educación Temprana

Fullana Learning Center

220 N. Grant Avenue, Fort Collins, CO 80521

Teléfono: (970) 490-3204 Fax: (970) 490-3134

Correo electrónico: [psdece@psdschools.org](mailto:psdece@psdschools.org) [www.bit.ly/PSDpreschool](http://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.

### Complete esta solicitud con los siguientes documentos. Estos son necesarios para determinar la elegibilidad y la inscripción.

Complete esta solicitud con tinta azul o negra.

Documentos para traer o adjuntar al correo electrónico:

- Prueba de los ingresos actuales de su familia durante los últimos 12 meses o el año calendario anterior ejemplos:
  - Panilla de impuestos Federal (preferida) - mas reciente
  - Forma W-2 (preferida) - mas reciente
  - Prueba de inscripción de SSI, TANF o SNAP
  - Talones de pago que reflejen su ingresos de los últimos tres meses
  - Ingresos estudiantiles (becas/subvenciones/estipendios mensuales que cubren los gastos de subsistencial)
  - Documentos de mantenimiento
- Actura de servicios publicos o arrendamiento/hipoteca para verificación de domicilio (el contrato de arrendamiento debe ser firmado por el propietario)

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

### 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 cada dos semanas de un EHS Especialista de Familia. 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

<b>Apellido de la Madre:</b>			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: ( )			Trabajo: ( )			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/Africano 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?										
<b>Apellido de su pareja o otra persona:</b>					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: ( )			Trabajo: ( )			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/Africano 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							
<b>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):</b>							
Nombre Completo		Relacion a la madre prenatal		Fecha de Nacimiento			
<b>REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD</b>							
<b>Tiene usted o alguien más preocupaciones o piensa que su hijo necesita apoyo en las siguientes áreas de desarrollo?</b>							
<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 vivienda de emergencia o de transición?					
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Su casa no tiene instalaciones adecuadas de cocina/baño?					
<input type="checkbox"/> Si <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:							
<b>ELEGIBILIDAD DE INGRESOS</b>							
Nombre de Madre/Tutor: _____			Nombre de Padre/Tutor: _____				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Trabajo esta persona en los ultimos 12 meses? <b>(Si, por favor responda abajo.)</b>			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Trabajo su pareja en los últimos 12 meses? <b>(Si, por favor responda abajo.)</b>				
¿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)		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	Mantenimiento - En caso, 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	Subvenciones o becas escolares que incluyen gastos de manutención - En caso, incluya prueba de la cantidad de subvenciones o becas recibidas para gastos de manutención en los últimos 12 meses.
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Seguro Social, Retiro, Beneficios de Veterano o de Discapacidad - En caso, 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, 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"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Usted o alguien de su hogar esta inscrito en el Larimer County Works/TANF? En caso, 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"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Usted o algún miembro de su familia recibe SSI (Ingreso del Seguro Suplemental)? En caso, por favor adjunte una copia del último estado de cuenta del SSI.
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Está usted o alguien en su hogar inscrito en SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)? En caso afirmativo, adjunte una copia de su última carta de elegibilidad.

**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.