EARLY LEARNING SERVICES
HEAD START STATE PRESCHOOL

SANTA CLARA COUNTY OFFICE OF EDUCATION
Early Learning Services Department
1290 Ridder Park Drive, MC 225
San Jose, CA 95131-2304

www.myheadstart.org

Estimado padre/tutor legal,

Le agradecemos su interés en los programas de Head Start y Preescolar Estatal. Brindamos servicios preescolares de día complete o medio día, gratuitos o de bajo costo, a familias elegibles que viven en los condados de Santa Clara y San Benito. También ofrecemos servicios en el hogar y en el centro para niños recién nacidos y hasta los 36 meses de edad. Por favor llene la solicitud por completo y si usted necesita ayuda puede llamarnos al **(408)453-6900** ó **(800)820-8182**, de lunes a viernes desde las 8:00 am a 5:00 pm.

Por favor tome en cuenta que, como parte de este proceso de matriculación, usted tendrá una entrevista con un miembro del personal.

DOCUMENTOS NECESARIOS (**Solamente copias; no se le podrán devolver los originales**)

- ☐ **Comprobante de ingresos** – Los documentos deberán mostrar sus ingresos **durante los últimos 12 meses**. Deberán mostrar todos los ingresos del los padres o tutores. Esto incluye:
  - **Talones de pago de los últimos 12 meses,** o talones de pago junto con:
    - **Declaración de impuestos más reciente (1040) o W-2**
  - **Aviso de acción** (si recibe CalWORKs)
  - **Comprobante de manutención infantil**
  - **Ingresos del seguro de discapacidad**
  - **Formulario llenado de "Comprobante de ingresos del empleador"** (Este es un formulario que muestra las horas de trabajo y el pago por hora – solo si no tiene los talones de pago)
- ☐ **Acta(s) de nacimiento** (para su hijo(a) y todos los hermanos menores de 18)
- ☐ **Cartilla de vacunación**
- ☐ **Comprobante de domicilio** (Factura del agua o teléfono, etc.)
- ☐ **IEP vigente (Programa educativo individualizado) o IFSP (Plan individualizado de servicios familiares)** (si aplica)
- ☐ **Documentos legales/Ordenes judiciales de los niños de acogida** (si aplica)

PROGRAME SU ENTREVISTA

Cuando haya reunido todos los documentos y llenado la solicitud, **llame a nuestra oficina.** Un miembro del personal, del Departamento de Early Learning Services, le devolverá la llamada para fijar la fecha y la hora para una entrevista en un lugar cercano a usted. Por favor asegúrese de llevar todos los documentos mencionados anteriormente y la solicitud completa.

Favor de llamar al 1 (408) 453-6900 o al 1 (800) 820-8182 para programar su cita.

TOME EN CUENTA: Si su hijo(a) es aceptado(a) en nuestro programa, usted **tendrá que entregar** una evaluación **de riesgo de tuberculosis** completa, antes del primer día de clases. Además deberá entregar la copia de un **examen físico vigente** dentro de los primeros treinta días de matriculación. Si usted cuenta con ambos documentos al momento de entregar su solicitud puede incluirlos.

EARLY LEARNING SERVICES
HEAD START STATE PRESCHOOL

Santa Clara County Office of Education

SOLICITUD DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

CPID _____

Me gustaría solicitar ☐ AM Session (3 ½ hrs.) ☐ PM Session (3 ½ hrs.) ☐ Full Day * (9 hrs.) ☐ Single Session (6 hrs.) ☐ Home-Based ☐ No hay preferencia

*Note: Día completo requiere que ambos padres/tutores trabajen tiempo completo más de 30 horas por semana o sean estudiantes de tiempo completo al tomar 12 unidades o más.

Niño(a) (Solicitante)

Nombre	Apellido	Segundo nombre	Género ☐ Masculino ☐ Femenino	Fecha de nacimiento

Domicilio	Ciudad/ Código postal	País de origen
Dirección de correo postal (si es diferente al domicilio)	Ciudad/ Código postal	

¿El/la niño(a) está en crianza temporal? ☐ Sí ☐ No

Etnia
☐Hispana/Latina
☐No-Hispana /No-Latina

Raza
☐Asiático
☐Blanca (europea, medio oriente, norteafricano)
☐ Isleño del pacifico/Hawaiano
☐ Indio americano/Nativo de Alaska
☐ Negra/Afroamericana
☐ Más de una raza (Bi-racial/Multi-racial)
☐ Otra _____

Información sobre la familia

Lenguaje principal hablado en casa ☐ Inglés ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Otro _____

¿Qué idioma habla su hijo(a) con más naturalidad? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Otro _____

¿Tiene el/la niño(a) (solicitante) un hermano(a) con un documento de IEP o IFSP vigente? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la(s) persona(s) con custodia legal del niño(a)	Padres/Tutores en el hogar ☐ Un padre ☐ Dos padres	¿En qué idioma le gustaría recibir la información escrita? ☐ Inglés ☐ Español ☐ Vietnamita

Nombre del padre/tutor primario	Fecha de nacimiento	Parentesco con el niño(a)

¿Vive con el/la niño(a)? ☐ Sí ☐ No	**Estado civil** ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Enviudado	**Número de teléfono celular** Desea recibir mensajes de texto: ☐ Sí ☐ No ( )	**Situación laboral** ☐ Empleado ☐ Empleado por temporada ☐ Jubilado ☐ Desempleado ☐ Buscando empleo ☐ Estudiante ☐ Discapacitado ☐ Incapacitado desde _____ hasta_____
Correo electrónico del padre/tutor primario		**Número de teléfono alterno** ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro ( )	**Educación** ☐ Sin terminar la preparatoria ☐ Algo de colegio o Diploma AA/AS ☐ Graduado de la prepa o GED ☐ Licenciatura o posgrado

Nombre del padre/tutor secundario	Fecha de nacimiento	Parentesco con el niño(a)

¿Vive con el/la niño(a)? ☐ Sí ☐ No	**Estado civil** ☐ Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Enviudado	**Número de teléfono celular** Desea recibir mensajes de texto: ☐ Sí ☐ No ( )	**Situación laboral** ☐ Empleado ☐ Empleado por temporada ☐ Jubilado ☐ Desempleado ☐ Buscando empleo ☐ Estudiante ☐ Discapacitado ☐ Incapacitado desde _____ hasta_____
Correo electrónico del padre/tutor secundario		**Número de teléfono alterno** ☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro ( )	**Educación** ☐ No terminó la preparatoria ☐ Algo de colegio o Diploma AA/AS ☐ Graduado de la prepa o GED ☐ Licenciatura o posgrado

Nombre todos los familiares que viven en su hogar cuyo cuidado y bienestar es responsabilidad de usted- <u>NO MENCIONADOS ANTERIORMENTE</u>:

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	¿Esta persona tiene parentesco con los padres del niño(a)?	¿Esta persona es sustentada por el ingreso de los padres?
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

Número total de personas que viven su hogar (incluyéndolo a usted) y a quienes usted apoya económicamente _____

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre	Teléfono	Parentesco
	( )	

SOLICITUD DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

Nombre del Niño _____ **Fecha de Nacimiento** _____

Residencia familiar

Situación de residencia familiar (Marque todas las que apliquen)

☐ Albergue
☐ Motel/Hotel
☐ Vivienda de transición
☐ Ocupación de un solo cuarto (SRO por sus siglas en inglés)
☐ Carro, remolque o campamento
☐ Garage rentado
☐ Remolque rentado, casa rodante en propiedad privada
☐ Con otro adulto (Quien no es el padre/tutor legal)
☐ Departamento/casa de otra familia
☐ No aplica ninguna de las opciones
☐ Otro (No diseñado para seres humanos)

Elegibilidad

Padre/Tutor legal primario

Nombre del padre/tutor legal primario	¿Ingresos? ☐ S ☐ N

Marque todos los que aplican
Usted recibe:
☐ TANF/CalWORKs (no vales de comida) ☐ SSI ☐ Manutención infantil
☐ Otras fuentes de ingreso_____

Información de empleo

Nombre del empleador	Teléfono del empleador ( )
Nombre del empleador	Teléfono del empleador ( )

Período de pago ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ 2 veces al mes ☐ Mensual

Información de estudios/capacitación

¿Está inscrito en una escuela o centro de capacitación? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la escuela	Teléfono de la escuela ( )

Unidades escolares _____

Padre/Tutor legal secundario

Nombre del padre/tutor legal secundario	¿Ingresos? ☐ S ☐ N

Marque todos los que aplican
Usted recibe:
☐ TANF/CalWORKs (no vales de comida) ☐ SSI ☐ Manutención infantil
☐ Otras fuentes de ingreso_____

Información de empleo

Nombre del empleador	Teléfono del empleador ( )
Nombre del empleador	Teléfono del empleador ( )

Período de pago ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ 2 veces al mes ☐ Mensual

Información de estudios/capacitación

¿Está inscrito en una escuela o centro de capacitación? ☐ Sí ☐ No

Nombre de la escuela	Teléfono de la escuela ( )

Unidades escolares _____

Información del historial médico

Medicamentos

¿Se ha diagnosticado a su hijo(a) con una enfermedad crónica de salud? ☐ Sí ☐ No
¿Necesita su hijo(a) tomar medicamentos recetados? ☐ Sí ☐ No

¿Necesitará su hijo(a) tomar medicamentos recetados en la escuela? ☐ Sí ☐ No

Escriba todos los medicamentos, con o sin receta, que toma su hijo(a) regularmente y qué tipo de efectos secundarios muestra su hijo(a), si hay alguno

Su hijo(a) no va a recibir ningún medicamento en la escuela sin una nota del médico y un Plan de salud para el aula redactado por el padre y el personal del programa.
¿Tiene su hijo alguna alergia o restricción alimenticia? ☐ Sí ☐ No Si es así, escríbala_____

Dispositivos especiales

¿Necesita su hijo(a) usar algún dispositivo especial? ☐ Sí ☐ No	¿Necesita su hijo(a) usar algún dispositivo especial en casa? ☐ Sí ☐ No
Si es así, que tipo:	Si es así, que tipo:

Niños con discapacidad

¿Tiene su hijo un Plan de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) con algún distrito escolar local de su residencia o por parte de un programa de la Oficina de Educación? Si es así, por favor adjunte una copia del documento de IEP más reciente. ☐ Sí ☐ No

¿Tiene su hijo un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP por sus siglas en inglés) con un programa de intervención temprana, centro regional, Oficina de Educación o distrito escolar? Si es así, por favor adjunte una copia del documento de IFPS más reciente. ☐ Sí ☐ No

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Yo entiendo que el presentar información incorrecta puede resultar en el rechazo de esta solicitud o la terminación de los servicios de cuidado infantil.

Firma del padre/tutor legal_____ Fecha _____

Firma del personal de la oficina de Early Learning Services _____ Fecha _____

At intake, please have parent sign below ***(Required for Annual Review)***

Parent/Guardian Signature Date

REVIEW ANNUALLY WITH PARENTS/GUARDIANS