

Estimado padre/tutor legal,

Le agradecemos su interés en los programas de Head Start y Preescolar Estatal. Brindamos servicios preescolares de día completo 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 de 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** completo, 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.

CPID # _____

SOLICITUD DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

Me gustaría solicitar la 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 estudiante de tiempo completo al tomar 12 unidades o más.

Niño(a) (Solicitante)				
Nombre	Apellido	Segundo nombre	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnia <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No-Hispana /No-Latina	Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanca (europea, medio oriente, norteafricano)	<input type="checkbox"/> Isleño del pacifico/Hawaiano <input type="checkbox"/> Más de una raza (Bi-racial/Multi-racial) <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana	

Información sobre la familia		
Lenguaje principal hablado en casa	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿Qué idioma habla su hijo(a) con más naturalidad?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿Tiene el/la niño(a) (solicitante) un hermano(a) con un documento de IEP o IFSP vigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre de la(s) persona(s) con custodia legal del niño(a)	Padres/Tutores en el hogar <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Dos padres	¿En qué idioma le gustaría recibir la información escrita? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita

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

Nombre del padre/tutor secundario		Fecha de nacimiento / /	Parentesco con el niño(a)
¿Vive con el/la niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Enviudado	Número de teléfono celular Desea recibir mensajes de texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ()	Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por temporada <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Incapacitado desde _____ hasta _____
Correo electrónico del padre/tutor secundario		Número de teléfono alternativo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro ()	Educación <input type="checkbox"/> No terminó la preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de colegio o Diploma AA/AS <input type="checkbox"/> Graduado de la prepa o GED <input type="checkbox"/> Licenciatura o posgrado

Nombre todos los familiares que viven en su hogar cuyo cuidado y bienestar es responsabilidad de usted- NO MENCIONADOS ANTERIORMENTE:				
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?
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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

Residencia familiar	
Situación de residencia familiar (Marque todas las que apliquen)	
<input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Motel/Hotel <input type="checkbox"/> Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Ocupación de un solo cuarto (SRO por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Carro, remolque o campamento <input type="checkbox"/> Garage rentado	<input type="checkbox"/> Remolque rentado, casa rodante en propiedad privada <input type="checkbox"/> Con otro adulto (Quien no es el padre/tutor legal) <input type="checkbox"/> Departamento/casa de otra familia <input type="checkbox"/> No aplica ninguna de las opciones <input type="checkbox"/> Otro (No diseñado para seres humanos)
Elegibilidad	
Padre/Tutor legal primario	Padre/Tutor legal secundario
Nombre del padre/tutor legal primario _____ ¿Ingresos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Nombre del padre/tutor legal secundario _____ ¿Ingresos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Marque todos los que aplican Usted recibe: <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs (no vales de comida) <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingreso _____	
Información de empleo	Información de empleo
Nombre del empleador _____ Teléfono del empleador () _____ Nombre del empleador _____ Teléfono del empleador () _____	Nombre del empleador _____ Teléfono del empleador () _____ Nombre del empleador _____ Teléfono del empleador () _____
Período de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	
Información de estudios/capacitación	Información de estudios/capacitación
¿Está inscrito en una escuela o centro de capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la escuela _____ Teléfono de la escuela () _____ Unidades escolares _____	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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Necesita su hijo(a) tomar medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesitará su hijo(a) tomar medicamentos recetados en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <i>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.</i> ¿Tiene su hijo alguna alergia o restricción alimenticia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, escríbala _____	
Dispositivos especiales	
¿Necesita su hijo(a) usar algún dispositivo especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, que tipo: _____	¿Necesita su hijo(a) usar algún dispositivo especial en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No 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. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
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