

Estimado padre/tutor legal,

Le agradecemos su interés en los programas de Early Head Start, Head Start y Preescolar Estatal. Brindamos servicios preescolares de día completo y día parcial, 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 cetro para niños recién nacidos y hasta los 36 meses de edad. Por favor, llene la aplicación por completo y si usted necesita ayuda, puede llamarnos al **(408) 453-6900** o **(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 inscripción, usted tendrá una entrevista con un miembro del personal.

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

- Verificación de Ingresos – Los documentos deben mostrar sus ingresos de los últimos 12 meses.** Se debe presentar todos los ingresos recibidos de cada padre o tutor en casa. Esto incluye pero no se limita a:
 - **Talones de cheques de los últimos 12 meses** o los últimos dos meses de talones de cheques en combinación con:
 - **Última declaración de impuestos (1040) o W-2**
 - **Aviso de acción** (si recibe CalWORKs o CalFresh/SNAP)
 - **Comprobante de manutención para sus hijos**
 - **Comprobante de beneficios SSI recibidos– Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI)**
 - **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/tarjeta de vacunación**
- Comprobante de domicilio (Factura del agua o teléfono, etc.)**
- IEP (Plan educativo individualizado) o IFSP (Plan individualizado de servicios familiares) vigente** (si aplica)
- Documentos legales/Órdenes judiciales de los niños de acogida** (si aplica)
- Verificación de día completo** (día completo requiere que ambos padres/tutores legales deben trabajar tiempo completo más de 30 horas por semana o estudiar a tiempo completo tomando 12+ unidades) (si aplicando para servicios de día completo)

PROGRAME SU ENTREVISTA

Cuando haya reunido todos los documentos y llenado la aplicación, **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 aplicación completa.

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

TENGA EN CUENTA:

Si su hijo es aceptado en el programa, **se le obligará** que presente la **Evaluación de Riesgo de TB** y el **Examen Físico actual** dentro de 30 días de la inscripción. Se pueden enviar con la aplicación si los tiene disponible.

APLICACIÓN DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

CPID _____

Me gustaría solicitar

- Sesión AM Sesión PM Día completo Sesión Única (6 horas)
 Día completo de EHS (0-3 años de edad) Cuidado infantil familiar de EHS (0-3 años de edad) Visitas al hogar de EHS (0-3 años de edad)

Niño(a) (Solicitante)

Nombre	Apellido	Segundo nombre	Género <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	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"/> Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> Isleño del pacífico/Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Más de una raza (Bi-racial/Multi-racial) <input type="checkbox"/> Otra _____	

Información sobre la familia

Idioma 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				
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 prepa <input type="checkbox"/> Algo de universidad 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"/> Sin terminar la prepa <input type="checkbox"/> Algo de universidad 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

Total de personas que viven en la casa (incluyéndose usted) por las cuales brinde apoyo financiero: Total de personas que viven en la casa:

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre	Teléfono ()	Parentesco

APLICACIÓN DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento _____

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"/> Garaje rentado	<input type="checkbox"/> Remolque rentado, casa rodante en propiedad privada <input type="checkbox"/> Viviendo con dos o más familiares debido a dificultades económicas <input type="checkbox"/> Con otro adulto (quien no es el padre/tutor legal) <input type="checkbox"/> Apartamento/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 _____	Nombre del padre/tutor legal secundario _____
¿Ingresos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	¿Ingresos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Marque todos los que aplican. Usted recibe: <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs/CalFresh (SNAP) <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingreso _____	
Información de empleo	
Nombre del empleador _____	Teléfono del empleador () _____
Nombre del empleador _____	Teléfono del empleador () _____
Periodo de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual Ingreso total \$ _____ Por _____	
Información de estudios/capacitación	
¿Está inscrito en una escuela o centro de capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Unidades escolares: _____	
Nombre de la escuela _____	Teléfono de la escuela () _____

Información de Historial Medico	
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 discapacidades	
¿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 IFSP más reciente. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 Early Learning Services _____ Fecha _____

A la admisión, favor de que el padre firme abajo (Requerido para revisión anual)

Firma de padre/tutor legal _____ Fecha _____

REVISE ANUALMENTE CON PADRES/TUTORES LEGALES