

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)

- 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 2 meses de talones de cheque** en combinación con:
 - **Ultima declaración de impuestos (1040) o W-2**
 - **Aviso de acción** (si recibe CalWORKs)
 - **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)
 - **Comprobante de domicilio** (Factura del agua o teléfono, etc.)
 - **Cartilla/tarjeta de vacunación**
 - **IEP vigente (Plan educativo individualizado) o IFSP (Plan individualizado de servicios familiares)** (si aplica)
 - **Documentos legales/Órdenes judiciales de los niños de acogida** (si aplica)
 - **Verificación de Empleo de Tiempo Completo o Entrenamiento** (solo si desea servicios de tiempo completo)

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.

TENGA EN CUENTA:

Si su hijo es aceptado en el programa, se le pedirá **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 solicitud si los tiene disponible.

SOLICITUD DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

CPID _____

Me gustaría solicitar

- Sesión AM Sesión PM Día Completo de * Sesión Única
 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)

*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 <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"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana | <input type="checkbox"/> Más de una raza (Bi-racial/Multi-racial) <input type="checkbox"/> Otra _____ |

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 | |
| Padres/Tutores en el hogar <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Dos padres | ¿En qué idioma le gustaría recibir la información escrita? 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 () |
| 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 () | 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 _____ |
| 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 () |
| 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 () | 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 _____ |
| 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 |

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

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) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <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"/> Viviendo con dos o más familias debido a dificultades económicas <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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Nombre del padre/tutor legal primario</td> <td style="width: 30%;">¿Ingresos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 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 _____ </td> </tr> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Información de empleo</th> </tr> <tr> <td>Nombre del empleador</td> <td>Teléfono del empleador ()</td> </tr> <tr> <td>Nombre del empleador</td> <td>Teléfono del empleador ()</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Período de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual Ingreso Total \$ _____ Por _____ </td> </tr> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Información de estudios/capacitación</th> </tr> <tr> <td colspan="2">¿Está inscrito en una escuela o centro de capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Nombre de la escuela</td> <td>Teléfono de la escuela ()</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Unidades escolares</td> </tr> </table> | Nombre del padre/tutor legal primario | ¿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 | | 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 Ingreso Total \$ _____ Por _____ | | 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 | | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%;">Nombre del padre/tutor legal secundario</td> <td style="width: 30%;">¿Ingresos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> 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 _____ </td> </tr> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Información de empleo</th> </tr> <tr> <td>Nombre del empleador</td> <td>Teléfono del empleador ()</td> </tr> <tr> <td>Nombre del empleador</td> <td>Teléfono del empleador ()</td> </tr> <tr> <td colspan="2"> Período de pago <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual Ingreso Total \$ _____ Por _____ </td> </tr> <tr style="background-color: #e0e0e0;"> <th colspan="2" style="text-align: center; padding: 5px;">Información de estudios/capacitación</th> </tr> <tr> <td colspan="2">¿Está inscrito en una escuela o centro de capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>Nombre de la escuela</td> <td>Teléfono de la escuela ()</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Unidades escolares</td> </tr> </table> | 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 | | 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 Ingreso Total \$ _____ Por _____ | | 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 del padre/tutor legal primario | ¿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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 Ingreso Total \$ _____ Por _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 Ingreso Total \$ _____ Por _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |