

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** 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.

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 <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 pacífico/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

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"/> 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 _____	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	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	¿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	¿Necesita su hijo(a) usar algún dispositivo especial en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.	<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 _____

<i>At intake, please have parent sign below (Required for Annual Review)</i>	
Parent/Guardian Signature _____	Date _____