

Estimado padre/tutor legal,

Gracias por su interés en los programas de Early Head Start, Head Start y State Preschool (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 centro para niños recién nacidos hasta los 36 meses de edad. Por favor llene la solicitud 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 las 5:00 pm.

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

DOCUMENTOS NECESARIOS (Solamente copias; no se devolverán los originales)

- Verificación de ingresos** – Los documentos deben mostrar sus ingresos **de los últimos 12 meses**. Se debe entregar todos los ingresos de cada padre o tutor. Esto incluye, pero no se limita a:
 - **Talones de pago de los últimos 12 meses**, o **los últimos 2 meses de talones de pago** en combinación con
 - **Última declaración de impuestos (1040) o W-2**
 - **Notificación de acción** (si recibe CalWORKs/CalFresh/SNAP/Medi-Cal)
 - **Manutención de hijos o manutención conyugal**
 - **WIC**
 - **Ingresos Suplementales de Seguridad (SSI)**
 - **Ingresos de discapacidad**
 - **Formulario “Verificación de ingresos del empleador” completo** (Esto es un formulario que muestra las horas laborales y la tasa de pago – solo si no tiene los talones de pago)
- Acta(s) de nacimiento** (para el niño solicitante y todos los hermanos menores de 18)
- Tarjeta de vacunación**
- Comprobante de domicilio** (Ejemplo: factura de teléfono, factura del agua, etc.)
- IEP (Plan educativo individualizado) o IFSP (Plan de servicio familiar individualizado) vigente** (si corresponde)
- Documentos legales/Órdenes judiciales para niño en cuidado adoptivo temporal** (si corresponde)
- Verificación de día completo** Día completo requiere que ambos padres/tutores legales deben trabajar tiempo completo más que 30 horas por semana o estudiar a tiempo completo tomando 12+ unidades (si está aplicando para servicios de día completo)

Si tiene preguntas, por favor llame 1 (408) 453-6900 o 1 (800) 820-8182.

Para entregar la solicitud completada, puede comunicarse con la oficina principal para ver cuál es el centro más cercano a usted o entregar la solicitud por correo electrónico a nuestra oficina principal al HSreceptionist@sccoe.org
Una vez que se haya entregado la solicitud tarda 2-3 semanas* para procesar la solicitud.

Si la solicitud está incompleta, se retrasará el proceso.

***Durante horas punta de inscripción podría tardar más de 3 semanas. Por favor planifique en consecuencia.**

TENGA EN CUENTA:

Si se acepta a su hijo en el programa, se le **obligará** que entregue la **Evaluación de riesgo de TB actual y el Examen físico actual** dentro de 30 días de inscripción. Se puede entregarlos con la solicitud si los tiene.

SOLICITUD DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

CPID _____

Niño (solicitante)				
Nombre	Apellido	Segundo nombre	Género <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña	Fecha de nacimiento / /
Dirección de domicilio		Ciudad/ Código postal		Pais de orgien
Dirección de correo potal (si es diferente al domicilio)		Ciudad/ Código postal		
¿El niño está en cuidado adoptivo temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispanio/Latino <input type="checkbox"/> No Hispanio /No Latino	Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico (europeo, medio oriente, norteafricano) <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano	<input type="checkbox"/> Isleño del pacífico/awaiano <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Más de una raza (Bi-racial/Multi-racial) <input type="checkbox"/> Otro _____	
Información familiar				
¿Cuáles idiomas oye su hijo en casa?		<input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> otro _____		
¿Cuáles idiomas habla su hijo?		<input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> otro _____		
¿Cuáles idiomas entiende su hijo?		<input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> otro _____		
¿Cuáles idiomas oye su hijo en la comunidad?		<input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> vietnamita <input type="checkbox"/> otro _____		
Padres/tutores legales 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"/> vientamita		
Nombre del padre/tutor legal primario		Fecha de nacimiento / /	Parentesco con el niño	
Vive con el niño <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 Apuntarse recibir mensajes de texto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ()	Estado laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleo estacional <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 ____a ____	
Correo electrónico del padre/tutor legal primario		Número de teléfono alterno <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro ()	Educación <input type="checkbox"/> Sin terminar la preparatoria <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 legal secundario		Fecha de nacimiento / /	Parentesco con el niño	
Vive con el niño <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 Apuntarse recibir mensajes de texto <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ()	Estado laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleo estacional <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 ____a ____	
Correo electrónico del padre/tutor legal secundario		Número de teléfono alterno <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro ()	Educación <input type="checkbox"/> Sin terminar la preparatoria <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	
Apunte todos los parientes que viven en el 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?	¿Esta persona es mantenido por los ingresos 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 en su familia (incluyéndose usted) por las cuales brinde apoyo financiero			Total de personas que viven en el hogar	
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 corresponden)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Albergue
<input type="checkbox"/> Motel/Hotel
<input type="checkbox"/> Vivienda de transición
<input type="checkbox"/> Ocupación de habitación individual (SRO)
<input type="checkbox"/> Carro, remolque o campamento
<input type="checkbox"/> Garaje alquilado | <input type="checkbox"/> Remolque alquilado, 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 corresponde ninguna de las opciones
<input type="checkbox"/> Otro (No diseñado para seres humanos) |
|---|--|

Elegibilidad

Padre/Tutor legal primario

Nombre del padre/tutor legal primario	Tiene ingresos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
---------------------------------------	---

Marque todos los que corresponden. Usted recibe:

- TANF/CalWORKs/CalFresh (SNAP)/WIC
- SSI
- Medi-Cal
- Manutención de hijos
- Otras fuentes de ingresos _____

Información de empleo

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

Periodo de pago Semanal Quincenal 2 veces al mes Mensual

Ingreso bruto \$ _____ 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 ()

Padre/Tutor legal secundario

Nombre del padre/tutor legal secundario	Tiene ingresos <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
---	---

Marque todos lo que corresponden. Usted recibe:

- TANF/CalWORKs/CalFresh (SNAP)/WIC
- SSI
- Medi-Cal
- Manutención de hijos
- Otras fuentes de ingresos _____

Información de empleo

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

Periodo de pago Semanal Quincenal 2 veces al mes Mensual

Ingreso bruto \$ _____ 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 médico

Medicamentos

¿Se ha diagnosticado a su hijo con una enfermedad crónica de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Su hijo toma medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su hijo necesitará tomar medicamentos recetados en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	---

Escriba todos los medicamentos recetados que su hijo toma normalmente y qué tipo de efectos secundarios experimenta el niño, si hay alguno.

No se administrará medicamento a su hijo en la escuela sin una nota del médico y un Plan de salud para el salón escrito por el padre y el personal del programa.

¿Su hijo tiene alguna alergia o restricción alimenticia? Sí No Si es que sí, escríbala _____

Dispositivos especiales

¿Su hijo usa algún dispositivo especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es que sí, que tipo: _____	¿Su hijo usa algún dispositivo especial en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es que sí, que tipo: _____
---	---

Discapacidades

¿Su hijo tiene un Plan educativo individualizado (IEP, siglas inglés) con algún distrito escolar local de su residencia o con un programa de la Oficina de Educación del Condado? Si es que sí, por favor adjunte una copia del IEP más reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Su hijo tiene un Plan de servicio familiar individualizado (IFSP, siglas inglés) con un programa de intervención temprana, centro regional, Oficina de Educación del Condado o distrito escolar? Si es que sí, por favor adjunte una copia del IFSP más reciente.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que el informar información incorrecta puede ser motivo para el rechazo de esta solicitud o la terminación de servicios de cuidado infantil.

Firma del padre/tutor legal _____

Fecha _____

Firma del personal de Early Learning Services _____

Fecha _____

A la admisión, por favor haga que el padre firme abajo (Requerido para la Revisión anual)

Firma del padre/tutor legal _____

Fecha _____

REVISE ANUALMENTE CON PADRES/TUTORE LEGALES