



Aplicación Preliminaría Preescolar Estatal

Cual sitio preescolar desea: Turnos AM y PM son de lunes a viernes

Earths Park Oaks Neighborhood City Center for Young Children

¿Viene de regreso el niño/a al programa estatal? Si No

Nuestro programa requiere que su niño/a este entrenado para ir al baño. ¿Está entrenado? SI No

Prioridades de inscripción: 1) niños de 4 0 3 años que reciben servicios de protección al menor 2) niños que estuvieron inscritos en el programa a los 3 años de edad
 3) niños de 4 años en las cuales familias tengan los ingresos más bajos 4) niños de 3 años en las cuales familias tengan los ingresos más bajos

NIÑO/A QUE VA INGRESAR: Primer Nombre _____ Apellido _____ Fecha de Nacimiento _____

Sexo: F M Lenguaje(s) que habla _____ Tiene su niño(a) alergias, problemas médicos, u otra preocupación que deberíamos saber _____

¿Ha sido examinado su hijo para problemas de comunicación oral o de desarrollo? _____

PADRE/ADULTO A: Relación al niño/a _____

Circule uno: Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Lenguaje(s) que habla: _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Correo electrónico _____

Domicilio _____

PADRE/ADULTO B Relación al niño/a _____

Circule uno: Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

Primer Nombre: _____

Apellido: _____

Lenguaje(s) que habla: _____

Teléfono de casa _____ Celular _____

Correo electrónico _____

INFORMACION DE INGRESO DE LA FAMILIA: Adjunte copias de talones de cheques de los últimos 30 días. Si tiene empleo por su cuenta, por favor adjunte copias de Forma Federal 1040 y una Declaración de Sueldo Aproximado y Corriente.

Ingresos Brutos de la Madre (mensual) _____ **Ingresos Brutos del Padre (mensual)** _____

Otros Sueldos y Beneficios para Adultos en Casa: Adjunte copias de verificación de sueldo por cada uno de los ingresos adicionales: Asistencia Monetaria (cash

aid) \$ _____ Desempleo \$ _____ Seguro de Incapacidad Estatal/Privada \$ _____ Beneficios de Jubilación \$ _____ Mantenimiento de

niños \$ _____ **INGRESO TOTAL: \$** _____ **Tamaño de Familia** _____

Para comenzar el proceso de certificación, por favor haga una cita con una de las coordinadoras en uno de los siguiente sitios: **Earths: 498-8391, Park Oaks: 241-1776, Neighborhood City Center 494-8100.** Por favor traiga prueba de ingresos de los últimos 30 días, prueba de domicilio (copia de factura de servicios o contrato de alojamiento residencial) registro de nacimiento para todos niños menores de 18 años de edad, que viven en casa y al cual tiene responsabilidad de manutención, **tarjeta de vacunas y reporte corriente del médico incluyendo certificación de tuberculosis para el niño que está aplicando, prueba de tuberculosis para Padre/Madre.** NOTA si aparece el nombre del padre en registro de nacimiento, pero el padre no vive en el hogar, favor de someter uno de los siguientes: Comprobante de domicilio corriente para el padre ausente, evidencia de mantenimiento de niños documentos de divorcio o separación confirmando que usted es responsable por su niño(s).

Yo declaro bajo pena de perjurio que la información escrita arriba es verdadera y correcta.
Entiendo que esto es SOLAMENTE una aplicación preliminaría y no garantiza matriculación en el programa.

 (Firma de madre/padre/guardián)

 (Parentesco con el niño)

 (Fecha)

Rank Number _____