



## 2018-2019 Solicitud de inscripción para programas de educación infantil - Ottawa County

(Por favor, use este formulario para inscripción o para recibir información de programas de educación infantil en Ottawa County)

Para inscribirse online, vaya a [hmgottawa.org](http://hmgottawa.org) y haga click en Preschool/ Free and Low-cost Preschool

### INFORMACIÓN DEL NIÑO

### Fecha de inscripción

Apellido <b>legal</b> del niño	Primer nombre	Segundo nombre	Apodo	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de nacimiento (mes/día/año)	Mi niño está terminando con Early Head Start <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		Mi niño está terminando con Early On <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	
¿Tiene Ud. o su doctor alguna preocupación acerca del desarrollo de su niño? (Ej.: lenguaje, motricidad, conducta, etc.) <input type="checkbox"/> SÍ (Por favor, explique.) <input type="checkbox"/> NO				
Actualmente, ¿tiene su hijo/a un IEP o IFSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				

### INFORMACIÓN DEL HOGAR

#### DOMICILIO

Dirección: Calle / Apartamento	Ciudad / Estado / Código postal	Condado	Teléfono
Dirección postal ( <b>si es diferente</b> ): Calle / Apartamento	Ciudad / Estado / Código postal	Condado	Teléfono
¿En qué distrito escolar vive Ud.? (Marque uno) Allendale    Coopersville    Grand Haven    Hamilton    Holland    Hudsonville    Jenison    Saugatuck    Spring Lake    West Ottawa    Zeeland			
¿Cuántas veces se ha mudado en el último año?	¿Tiene Ud. una residencia permanente? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Ha estado sin hogar en el último año? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Correo electrónico:	Estoy interesado/a en recibir información de educación infantil por medio de <input type="checkbox"/> email <input type="checkbox"/> texto <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> ninguno		

#### HOGAR – INGRESO LISTA DE MIEMBROS

						Marque uno			
Apellido	Primer Nombre	Inicial 2º nombre	Fecha de nac.	Relación con el niño	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Graduado secundario	No grad.	GED	Trabajando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido	Primer Nombre	Inicial 2º nombre	Fecha de nac.	Relación con el niño	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Graduado secundario	No grad.	GED	Trabajando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido	Primer Nombre	Inicial 2º nombre	Fecha de nac.	Relación con el niño	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Graduado secundario	No grad.	GED	Trabajando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido	Primer Nombre	Inicial 2º nombre	Fecha de nac.	Relación con el niño	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Graduado secundario	No grad.	GED	Trabajando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido	Primer Nombre	Inicial 2º nombre	Fecha de nac.	Relación con el niño	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Graduado secundario	No grad.	GED	Trabajando <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Número total de personas en el hogar:	Ingreso de los últimos 12 meses: \$
---------------------------------------	-------------------------------------

Nombre de cualquiera de los padres que no viva con el niño: \_\_\_\_\_ Relación con el niño: \_\_\_\_\_

#### **PARA QUE ESTA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN SEA PROCESADA, DEBE INCLUIR LA VERIFICACIÓN DE LOS ÚLTIMOS 12 MESES DE INGRESOS.**

(Copia de declaración de impuestos de 2017, W2, verificación de pensión alimenticia del niño, desempleo y/o ingreso por discapacidad.)

Indique si la familia está recibiendo alguno de los siguientes servicios:

MDHS Reembolso de guardería     SSI     Pagos de FIP     Work First     El niño es Foster Child

Nombre	Ingreso <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> semanal Monto \$ _____	Descripción
Nombre	Ingreso <input type="checkbox"/> anual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> semanal Monto \$ _____	Descripción

INFORMACIÓN DE TRANSPORTE (si transporte está disponible)			
Recoger en <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Guardería	Si es guardería, nombre:	Dirección	Teléfono:
Recoger en <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Guardería	Si es guardería, nombre:	Dirección	Teléfono:
¿Puede Ud. transportar a su niño? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			

### INFORMACIÓN DE LOS PADRES

¿Los padres hablan inglés? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		Principal idioma en el hogar:		Segundo idioma en el hogar:	
¿Alguno de los padres tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Alguno de los padres está en servicio militar activo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		¿Alguno de los padres está encarcelado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Ha fallecido uno de los padres o hermanos del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Ha sido abusado el niño, o se ha involucrado CPS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Algún miembro de la familia tiene una enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Es Ud. un inmigrante o un refugiado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Ha habido en el pasado o hay actualmente violencia doméstica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	¿Adicción o abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
¿Cómo se enteró de este programa?					

SI NO SE PUEDE COMUNICAR CONMIGO, POR FAVOR, COMUNÍQUESE CON		
Nombre	Teléfono	Relación con el niño
Domicilio		Ciudad/ Estado/ Código Postal
<p>Autorizo a que esta información sea compartida por Help Me Grow-Ottawa, Ottawa Area Intermediate School District, Child Development Services - Lakeshore Head Start y todo lugar de preferencia indicado debajo.</p> <p>Además, si no calificase para programas preescolares gratuitos, otorgo permiso a Ottawa Area Intermediate School District para dar mi solicitud de inscripción a programas de asistencia de matrícula (Ready for School) <b>Sí No</b></p>		
<b><u>NOTA: ESTA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEBE ESTAR FIRMADA PARA SER PROCESADA.</u></b>		
Firma de Padre/ Madre/ Guardián:		Fecha:

Marque todas las opciones en las que quiera inscribirse:

Si es una derivación de agencia, por favor, complete:

<input type="checkbox"/> Servicios en el hogar (Parents as Teachers/ Early Head Start)
<input type="checkbox"/> Guardería
<input type="checkbox"/> Preescolar para 3 años Lugar de preferencia _____
<input type="checkbox"/> Preescolar para 4 años Lugar de preferencia _____
<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Preescolar todo día (para familias de Head Start)
Para elegir mejor, consulte la guía adjunta de referencia de elegibilidad por ingreso y opciones de programas.

Persona de contacto: _____
Agencia: _____
Teléfono/Email: _____

<b>Por favor, devuelva esta solicitud a:</b>
<b>CDS Lakeshore Head Start</b>
Attn: Amanda McCreight
100 South Pine St., Suite 220
Zeeland, MI 49464
Or
<a href="mailto:amccreight@cdsdc.org">amccreight@cdsdc.org</a>
<b>Si tiene preguntas, llame a:</b>
616-786-0736

\*Completar esta solicitud de inscripción no garantiza la aceptación en los programas ofrecidos.