

2020-2021 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 y haga click en

Contact Us

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Fecha de inscripción

Apellido legal 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 (si es diferente): 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 – INGRESE 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 2019, 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"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Ha sido abusado el niño, o se ha involucrado CPS? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Algún miembro de la familia tiene una enfermedad crónica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Es Ud. un inmigrante o un refugiado? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Ha habido en el pasado o hay actualmente violencia doméstica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Adicción o abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> SI <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) SI No</p>		
NOTA: ESTA SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEBE ESTAR FIRMADA PARA SER PROCESADA.		
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 _____
Para elegir mejor, consulte la guía adjunta de referencia de elegibilidad por ingreso y opciones de programas.

Persona de contacto:
Agencia:
Teléfono/Email:

<p>Por favor, devuelva esta solicitud a: CDS Lakeshore Head Start Attn: Amanda McCreight 100 South Pine St., Suite 220 Zeeland, MI 49464 or amccreight@cdsoc.org Si tiene preguntas, llame a: 616-786-0736</p>
--

Office use only:	
Type of interview: PHONE IN PERSON	Who did you speak with? _____
Verify family/household information (i.e. is this everyone living in the household?) _____	
Is proof of income attached that is appropriate to the family situation? Yes No	
Staff Signature _____	date: _____

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