

Estimados padres de familia,

Adjunto encontrará la solicitud del Programa de Preescolar de Colorado Head Start que ha solicitado. **Actualmente estamos aceptando aplicaciones para el año escolar 2018-2019.**

Head Start es un programa financiado por el gobierno federal para apoyar a los niños y sus familias a través de servicios de educación, de salud y familiares. **Programa Preescolar de Colorado** es financiado por el estado y tiene objetivos similares. La elegibilidad para estos programas dependerá de factores de riesgo tales como los ingresos de su familia y los retos a los que se puede identificar en el desarrollo académico de su hijo.

Los espacios son limitados, así que si usted no califica para uno de los programas ya mencionados, también puede elegir que su hijo sea agregado a la lista de espera como estudiante basado de matrícula en cualquiera de nuestros centros preescolares; esto requiere que tendrá que pagar la cuota mensual directamente a la escuela / programa que elija. Por favor pregunte a cualquiera en nuestro equipo ayuda si tiene alguna pregunta. Nuestro programa está diseñado para ayudar a su hijo a tener éxito en la escuela y la vida.

Para tramitar su solicitud, se deben incluir copias de los siguientes documentos:

- **ACTA DE NACIMIENTO de su hijo;**
- **Tarjeta o certificado de VACUNACIÓN;**
- **VERIFICACIÓN DE INGRESOS para la familia de los últimos 12 meses.** Por favor incluya ingresos de los dos padres y/o tuto en casa. Usted puede presentar documentos como el formulario W-2 (de ingresos), talón de cheque los más reciente, una carta de su patrón en la cual describa sus ingresos, documentos que muestren que usted recibe asistencia pública, o recibo de desempleo y otros. Por favor, llámenos si es que no puede obtener estos documentos para verificar los ingresos o no tiene ningún tipo de ingreso en este momento.

Por favor envíe su solicitud completa a:	Si prefiere entregar su solicitud completa o necesita ayuda en llenarla, por favor visítennos en Eagle o Avon:
ECSD Early Childhood Programs PO Box 4212 Eagle, CO 81631	960 Chambers Ave. Suite A203 Eagle, CO 81631 <u>Adentro de la Escuela Primaria de Avon, aula 204</u> 0850 W. Beaver Creek Blvd. Avon, CO 81620

La aplicación incluye el cuestionario Ages and Stages. La información que nos comparta nos ayudara a determinar si su hijo califica para obtener servicios adicionales.

Las decisiones de la matrícula para el año escolar 2018-2019 se harán en la primavera y verano del 2018. Todas las personas que hayan llenado solicitudes recibirán una respuesta en agosto del 2018. Si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al siguiente número de teléfono: 328-3942.

Atentamente,

*Los coordinadores de servicios familiares
Rocío García, Brenda Chávez, Melina Valsecia-Monreal, Elsa Carrillo*

Notas importantes:

- Los programas del preescolar sirven niños con necesidades especiales y le recomiendan a las familias aplicar si este es su caso.
- Ni Head Start ni el Programa Preescolar de Colorado proveen transporte para niños inscritos en el preescolar.
- En el caso de Head Start o CPP, es posible recibir bonos para transporte público (el ECO bus). Además, las coordinadoras de servicios familiares ayudarán a las familias a coordinar transporte cuando sea posible.



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA PREESCOLAR DE COLORADO Y DE HEAD START PARA EL DISTRITO ESCOLAR DEL CONDADO DE EAGLE

Fecha de hoy: _____

Nombre legal del niño(a): _____

Fecha de nacimiento del niño(a): _____ **Lugar de nacimiento** _____

Género: Masculino Femenino **Origen étnico--Hispano/Latino:** Sí No

Idioma principal que se habla en casa: Inglés Español Otro: _____

Dirección postal: _____

Dirección física: _____

Números de teléfono: casa: _____ celular: _____

Correo electrónico (email): _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA:

1. Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

2. Nombre: _____ Teléfono: _____ Relación: _____

¿Cómo se enteró del programa? Evento comunitario Folleto Anuncio público

Ex-miembro del programa/Amigo familiar Correo Agencia comunitaria Otro

¿Cuál preescolar prefiere para su niño(a)?

RSES (Vail) HPS (Eagle-Vail) AES (Avon)

JCES (Edwards) EES (Edwards) FLC (Edwards)

BCES (Eagle) EVES (Eagle) GES (Gypsum) RHES (Gypsum)

Por favor indique las Opciones de horario en las que está interesado (a) para su hijo (a):

El horario del día escolar es de 4 o 5 días, y sigue las mismas horas que la escuela a la que asiste.

Día preescolar extendido 4-5 días a la semana desde el comienzo de la escuela hasta las 5:00 pm

Año extendido-será durante el verano, por favor pida detalles

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:

PRIMER PADRE DE FAMILIA O TUTOR

1. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Madre Padre Pa/Madrastra(o) Abuelo/a Padre/Madre adoptivos

Padres "Foster" Otro _____

• Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Temporal Sin empleo

• Lugar de Trabajo: _____ Teléfono de Trabajo: _____

• Horario típico de trabajo: _____

• Nivel de Educación: No se graduó de la preparatoria/no tiene GED

se graduó de la preparatoria/tiene "GED" Estudios de Universidad Título universitario

• ¿Sirve usted en el ejército o las fuerzas armadas de Estados Unidos? Sí No

• ¿Vive usted con el niño? Sí No

• ¿Hace usted un aporte económica para el niño(a)? Sí No

SEGUNDO PADRE DE FAMILIA O TUTOR (SI APLICA)

2. Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Madre Padre Pa/Madrastra(o) Abuelo/a Padre/Madre adoptivos

Padres "Foster" Otro _____

• Empleo: Tiempo Completo Medio Tiempo Temporal Sin empleo

• Lugar de Trabajo: _____ Teléfono de Trabajo: _____

• Horario Típico de trabajo: _____

• Nivel de Educación: No se graduó de la preparatoria/no tiene GED

se graduó de la preparatoria/tiene "GED" Estudios de Universidad Título universitario

• ¿Sirve usted en el ejército o las fuerzas armadas de Estados Unidos? Sí No

• ¿Vive usted con el niño? Sí No

• ¿Hace usted un aporte económica para el niño(a)? Sí No

HERMANOS: (menores de edad o dependientes)

1. Nombre: _____ FDN: _____ Género: Masculino Femenino

2. Nombre: _____ FDN: _____ Género: Masculino Femenino

3. Nombre: _____ FDN: _____ Género: Masculino Femenino

4. Nombre: _____ FDN: _____ Género: Masculino Femenino

¿Cuántos miembros de familia componen su hogar? _____

INFORMACIÓN MÉDICA Y DISCAPACIDAD:

- ¿Ha sido su niño diagnosticado con alergias? Sí No ¿De qué tipo? _____
- ¿Ha sido su niño diagnosticado con alguna enfermedad (como asma, epilepsia, diabetes, etc.)?
 Sí No ¿De qué tipo? _____
- ¿Tiene su niño alguna discapacidad o alguna necesidad especial? Sí No
- ¿Tiene un plan "IEP" o "IFSP" para recibir educación especial o servicios especiales? Sí No

Recursos adicionales en la comunidad:

- ¿Usted autoriza que el Distrito Escolar del Condado de Eagle comparta su nombre y dirección con otras agencias comunitarias que podrían brindar servicios a su niño(a)? Sí No
- ¿Su familia se ha **movido** de un distrito escolar a otro en los últimos 3 años? Sí No
- ¿Algún padre/guardián ha trabajado en la agricultura, planta de empaquetado de carne o productos agrícolas, o ha calificado para programas para trabajadores o familias migrantes en los últimos 3 años? Sí No

ASISTENCIA PÚBLICA:

Está su niño (a) inscrito con alguno de los siguientes programas:

- ¿Colorado Works TANF? (Madres e hijos) Sí No
- ¿SSI? (Ingresos de la seguridad social para discapacitados) Sí No
- ¿WIC? (Programa de alimentos y nutrición) Sí No
- ¿SNAP? (Estampillas de alimentos) Sí No
- ¿Medicaid? (Seguro médico para personas con bajos ingresos) Sí No
- ¿CHP+? (Seguro médico para niños con bajos ingresos) Sí No

INGRESOS:

	Padre/tutor #1:	Padre/tutor #2 (si aplica)
¿Recibe usted un sueldo o salario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe usted ingresos no registrados (Propinas, ingresos en efectivo)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe usted indemnización por desempleo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe usted indemnización por accidente laboral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe usted manutención infantil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe usted manutención de cónyuge?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe usted pensión o beneficios por jubilación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe usted beneficios de seguridad social?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe usted beneficios de veteranos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Distrito Escolar del Condado de Eagle RE 50J es una institución de oportunidad de educación igual y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, o discapacidad en la admisión o acceso o tratamiento o en un empleo en sus programas o actividades educativas. Investigación referente al Título VI, Título IX, Sección 504 y ADA pueden ser referidos al Superintendente, Distrito Escolar del Condado de Eagle, PO Box 740, Eagle, CO, (970) 328 a 6321. La Oficina de la Primera Infancia se encuentra en 757E. 960 Chambers Ave. Suite A203 Eagle, CO 8163 o por correo mail at P.O. Box 4212, Eagle, CO 81631; (970)328-3942

VERIFICACIÓN DE INGRESOS:

- **Por favor, llene el cuadro para todos los ingresos que usted reciba. Incluye todos los ingresos en que respondió si en las preguntas arriba.**
- **Por favor, brinde documentación sobre todos los ingresos que usted(es) han recibido en los últimos 12 meses.** (Ejemplos: W-2, talones de cheque para todos los empleos en los últimos 12 meses, factura de indemnización por desempleo, factura por manutención infantil, una carta de su empleador, etc.)

TABLA DE INGRESOS:

Fuente de Ingreso	Numero de meses que recibió sueldo en el último año.	Ingreso mensual (antes de Impuestos)	Ingreso por los últimos 12 meses (antes de impuestos)
Sueldo/salario para padre/tutor #1:			
Otros ingresos:			
Sueldo/salario para padre/tutor #2:			
Otros ingresos:			
Otros ingresos: (manutención infantil)			
			Ingreso total en los últimos 12 meses:

DESAFORTUNADAMENTE, NO SE PUEDE PROCESAR LA SOLICITUD SIN ESTA INFORMACION Y DOCUMENTACION PARA RESPALDARLA.

Certifico que todas las estimaciones de ingresos anteriores son verdaderas en virtud de mi conocimiento. Certifico que he declarado todos los documentos ingresos recibidos en el último año. Comprendo que el hacer una declaración falsa puede resultar en un proceso penal en virtud de la ley estatal y federal.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

SITUACIÓN FAMILIAR:

Head Start y CPP les dan prioridad a niños con dificultades en su hogar o su desarrollo. Algunas de las preguntas en esta solicitud tratan temas íntimos de su familia. Sin embargo, son importantes que los mencionen para identificar las necesidades de su hijo(a). La información que usted comparta con nosotros es confidencial, salvo en casos donde hayan riesgos inminentes con la seguridad de su hijo(a).

1. Si No ¿Es dueño de su casa/ o está haciendo pagos en su casa?
2. Si No ¿Comparte usted una vivienda con amigos, familiares u otras personas **debido a la pérdida del hogar, dificultades financieras u otra razón similar?**
3. Si No ¿Vive usted en un motel, hotel o campamento debido a la falta de vivienda permanente?
4. Si No ¿Vive usted en un refugio de emergencia o albergue transitorio?
5. Si No ¿Vive usted en la calle, en un parque, en un edificio abandonado u otros lugares no adecuados para vivir?
6. Si No ¿Ha sido su niño trasladado a una nueva residencia en 2 o más ocasiones en los últimos 2 años?
7. Si No ¿Fue usted madre o padre soltera cuando nació su niño?
8. Si No ¿Es usted madre o padre soltera(o)?
9. Si No ¿Alguna vez su niño(a) ha experimentado negligencia o abusos físicos, emocionales, sexuales?
10. Si No ¿Alguna vez su niño(a) ha sido expuesto a violencia doméstica?
11. Si No ¿Han tenido problemas con el consumo de alcohol o drogas en la familia?
12. Si No ¿Tiene su niño dificultad relacionarse con adultos y niños de su edad?
13. Si No ¿Tiene su niño dificultad para entender y expresar sus emociones de forma socialmente aceptable?
14. Si No ¿Tiene su niño dificultad para resolver conflictos y sobrellevar los retos?
15. Si No ¿Alguna vez su niño ha sido expulsado de un programa de cuidado infantil o prescolar?
16. Si No ¿Es el inglés el idioma principal de su niño?
17. Si No ¿Es el lenguaje de su niño entendible en su mayoría?
18. Si No ¿Su niño le entiende cuando usted le habla?
19. Si No ¿Algún familiar cercano ha fallecido durante el año anterior? ¿Quién? _____
20. Si No ¿Hay alguien en la familia inmediata que esté bajo tratamiento médico por alguna enfermedad grave? Explique: _____
21. Si No ¿Hay alguna otra información de una crisis en la familia u otra dificultad que debamos tomar en cuenta en esta solicitud? _____
22. Si No ¿Tiene el niño un hermano(a) que haya estado en el Programa Head Start o el Prescolar en Colorado?
23. Si No ¿Ha sido el niño matriculado anteriormente en Early Head Start o en otro programa Head Start?

Yo certifico que toda la información en esta solicitud es correcta y precisa. Comprendo que esta información es clasificada y será guardada en estricta confidencialidad y tiene el propósito de determinar la elegibilidad de los programas de Head Start y el Programa de Prescolar de Colorado

Firma del Padre o Tutor _____ **Fecha:** _____