

Solo para uso de la oficina

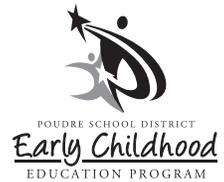
Fecha de recepción:

Año escolar para el que se solicita:

Solicitud del Programa Prenatal Distrito Escolar de Poudre Programa de Educación Temprana

Centro de Aprendizaje Fullana
220 N. Grant Avenue, Fort Collins, CO 80521
Teléfono: (970) 490-3204 Fax: (970) 490-3134

Correo electrónico: psdece@psdschools.org bit.ly/PSDpreschool



El Programa de Educación Infantil Temprana del Distrito Escolar de Poudre ofrece oportunidades educativas integrales y de calidad para niños desde el nacimiento hasta los cinco años, así como para madres en etapa prenatal.

Complete esta solicitud con los siguientes documentos. Son necesarios para determinar la elegibilidad y la inscripción. Complete esta solicitud completamente y de manera legible con tinta azul o negra. Documentos que debe traer o adjuntar al correo electrónico:

- Comprobante de los ingresos actuales de su familia de los últimos 12 meses o el año calendario anterior, ejemplos:
 - Formulario de impuestos federal (preferido) - el más reciente
 - W-2 - el más reciente
 - Prueba de inscripción en SSI, TANF o SNAP
 - Talonarios de pago que reflejen los ingresos actuales de los últimos tres meses
 - Ingresos de estudiantes (becas/subvenciones/estipendios mensuales para cubrir gastos de vida)
 - Beneficios universitarios
 - Documentación de manutención infantil
- Factura de servicios públicos o contrato de arrendamiento/hipoteca para la verificación de la dirección (el contrato debe estar firmado por el arrendador)

¡Solicite hoy mismo!
Las inscripciones se realizan durante todo el año escolar.

(970) 490-3204

Esta solicitud se completa mejor en una computadora portátil o de escritorio. Hay computadoras disponibles en el Centro de Aprendizaje Fullana.

DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA

Está solicitando ser madre prenatal en el Programa de Educación Infantil Temprana del Distrito Escolar de Poudre.

El programa Early Head Start atiende a madres prenatales y niños desde el nacimiento hasta los tres años de edad. Las madres inscritas recibirán visitas domiciliarias cada dos semanas de un especialista familiar de EHS. Las visitas domiciliarias brindan la oportunidad de desarrollar metas, aprender sobre educación, hábitos prenatales saludables, desarrollo infantil e identificar recursos que apoyarán a los padres y niños en los primeros años de vida.

Por favor, lea y firme al lado de la siguiente declaración:

Entiendo que las visitas domiciliarias son una parte importante del Programa Early Head Start. _____ Iniciales

INFORMACIÓN DE LA MADRE PRENATAL

Nombre de la madre:		Apellido:			
Edad:	Fecha de nacimiento:		Fecha de parto:		
Dirección:			Dirección postal (si es diferente):		
Ciudad:	Estado:	Código postal:	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono celular:			Teléfono de trabajo:		
Correo electrónico:					
Se considera usted de etnia Latino o Hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Considera que su raza es (marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana <input type="checkbox"/> Hawaiana/Pacífica <input type="checkbox"/> Blanca			
Idioma principal:			Segundo idioma:		
Qué tan bien habla inglés? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No bien <input type="checkbox"/> No habla inglés					
Estado actual de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Temporada <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Madre que se queda en casa <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado					
Educación: <input type="checkbox"/> Licenciatura o superior <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Escuela técnica <input type="checkbox"/> Actualmente en la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Sin diploma Último grado completado: _____					
Cómo se enteró del Programa de Educación Infantil Temprana?					

Nombre completo del contacto secundario:				Relación con la madre prenatal:			
<input type="checkbox"/> La dirección es la misma que la de la madre prenatal?				Fecha de nacimiento:			
Dirección:				Dirección postal (si es diferente):			
Ciudad:		Estado :		Código postal:		Código postal:	
Teléfono celular:				Teléfono de trabajo:			
Correo electrónico:							
Considera usted que su origen étnico es latino o hispano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				Qué raza considera usted que tiene? (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo hawaiano/islense del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco			
Idioma del hogar/primario:				Segundo idioma:			
Qué tan bien habla inglés? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> No habla inglés							
Estado actual de empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Temporada <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Por cuenta propia <input type="checkbox"/> Padre que se queda en casa <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado							
Educación: <input type="checkbox"/> Licenciatura o superior <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Escuela técnica <input type="checkbox"/> Actualmente en la escuela secundaria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Sin diploma Último grado completado: _____							
Otras personas en el hogar: Enumere todos los niños o adultos que viven en el mismo hogar que usted (adjunte otra hoja si hay más de cuatro):							
Nombre completo		Relación con la madre prenatal		Fecha de nacimiento		Apoyado económicamente por la madre prenatal (S/N)	
SITUACIÓN DE VIVIENDA							
Marque cuál de las siguientes situaciones describe dónde reside el niño (elijá todas las que correspondan o Ninguna de las anteriores):							
<input type="checkbox"/> Viviendo con miembros de la familia extendida, o amigos							
<input type="checkbox"/> Motel, auto, campamento o parque							
<input type="checkbox"/> Refugio (casa de seguridad de emergencia) o programa de vivienda de transición							
<input type="checkbox"/> Vivienda inadecuada (falta de cocina adecuada, instalaciones de baño, agua o electricidad, y/o infestaciones, moho u otros peligros)							
<input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores							
<input type="checkbox"/> Otro, por favor explique:							
HISTORIAL LABORAL							
Nombre de la madre:				Nombre de la pareja:			
Por favor, complete la tabla a continuación indicando su situación laboral actual.				Por favor, complete la tabla a continuación indicando su situación laboral actual.			
	Nombre del empleador/Teléfono	Fecha de inicio	Fecha de término		Nombre del empleador/Teléfono	Fecha de inicio	Fecha de término
1				1			
2				2			
3				3			

OTRAS FUENTES DE INGRESOS	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención de menores - Si la respuesta es sí, incluya prueba del los últimos 12 meses.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Becas o ayudas escolares que incluyan gastos de vivienda - Si la respuesta es sí, incluya prueba del los últimos 12 meses.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios de Seguro Social, Jubilación, Veteranos o Discapacidad - Si la respuesta es sí, incluya prueba del los últimos 12 meses.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Beneficios de desempleo - Si la respuesta es sí, incluya prueba de los beneficios recibidos en los últimos 12 meses. Si trabajó en algún empleo en los últimos 12 meses, adjunte el último talón de pago de cada empleo o el formulario W-2 que indique el período trabajado.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted o alguien en su hogar está inscrito en Larimer County Works/TANF? Si la respuesta es sí, enumere el nombre de cada miembro de la familia inscrito y adjunte una copia del contrato de TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas).
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted o algún miembro de su hogar recibe SSI (Ingreso Suplementario de Seguridad)? Si la respuesta es sí, adjunte una copia del último estado de cuenta de SSI.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted o alguien en su hogar está inscrito en SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)? Si la respuesta es sí, adjunte una copia de su última carta de elegibilidad.

FACTORES AMBIENTALES/FAMILIARES			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La familia se encuentra actualmente sin hogar.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uno o ambos padres no se graduaron de la escuela secundaria ni obtuvieron un GED.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La familia estuvo sin hogar en los últimos 12 meses.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas actuales o pasados con violencia o abuso.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uno o ambos padres tenían 18 años o menos al nacimiento del niño solicitante.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uno o ambos padres tienen problemas de salud mental o un diagnóstico psiquiátrico.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La familia es una familia monoparental o con un tutor familiar.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uno o ambos padres han estado encarcelados.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Un miembro del hogar tiene problemas de salud periódicos o significativos. Explique:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Al menos uno de los padres/tutores es miembro activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Uno o ambos padres tienen antecedentes de abuso de alcohol o drogas.	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Al menos uno de los padres/tutores es veterano de las fuerzas armadas de los Estados Unidos.
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se habla algún otro idioma regularmente en el hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene servicio de internet en casa?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	La familia está trabajando actualmente con un trabajador social del Departamento de Servicios Humanos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene una computadora portátil o tableta en casa para el aprendizaje remoto?
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tiene un vale de elección de vivienda?

FIRME Y FECHA LA SOLICITUD

Con mi firma a continuación, estoy verificando que la información proporcionada al Programa de Educación Temprana (ECE) del Distrito Escolar de Poudre en esta solicitud de programa es, a mi leal saber y entender, completa y veraz. Entiendo que puedo ser retirada de la inscripción si alguna información que he proporcionado resulta ser falsa. Al firmar, también verifico que entiendo que enviar una solicitud no garantiza la inscripción y que la inscripción se basa en los requisitos de elegibilidad de los programas federales, estatales y del distrito.

Fecha:

Firma de la madre prenatal:

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Alguien le ayudó a completar esta solicitud? Si la respuesta es sí, quién? _____ Teléfono: _____ Podemos contactar a esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Relación con la madre prenatal: _____
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Doy permiso para que la persona mencionada anteriormente sea contactada para ayudar con mi inscripción en el programa.