

Estimado padre/tutor legal,

Le agradecemos su interés en los programas de Head Start y Preescolar Estatal. Brindamos servicios preescolares de día completo o medio día, gratuitos o de bajo costo, a familias elegibles que viven en los condados de Santa Clara y San Benito. También ofrecemos servicios en el hogar y en el centro para niños recién nacidos y hasta los 36 meses de edad. Por favor llene la solicitud por completo y si usted necesita ayuda puede llamarnos al **(408)453-6900** ó **(800)820-8182**, de lunes a viernes desde las 8:00 am a 5:00 pm.

Por favor tome en cuenta que, como parte de este proceso de matriculación, usted tendrá una entrevista con un miembro del personal.

**DOCUMENTOS NECESARIOS** (Solamente copias; no se le podrán devolver los originales)

- Verificación de Ingresos** – Los documentos deben mostrar sus ingresos de **los últimos 12 meses**. Se debe presentar todos los ingresos recibidos de cada padre o tutor en casa. Esto incluye pero no se limita a:
  - **Talones de cheques de los últimos 12 meses** o **los últimos 2 meses de talones de cheque** en combinación con:
    - **Ultima declaración de impuestos (1040) o W-2**
    - **Aviso de acción** (si recibe CalWORKs)
    - **Comprobante de manutención para sus hijos**
    - **Comprobante de beneficios SSI recibidos– Ingreso de Seguridad Suplementaria (SSI)**
    - **Ingresos del seguro de discapacidad**
    - **Formulario llenado de “Comprobante de ingresos del empleador”** (Este es un formulario que muestra las horas de trabajo y el pago por hora – solo si no tiene los talones de pago)
- Acta(s) de nacimiento** (para su hijo(a) y todos los hermanos menores de 18)
- Cartilla/tarjeta de vacunación**
- IEP vigente (Plan educativo individualizado) o IFSP (Plan individualizado de servicios familiares)** (si aplica)
- Documentos legales/Órdenes judiciales de los niños de acogida** (si aplica)
- Verificación de Empleo de Tiempo Completo o Entrenamiento** (solo si desea servicios de tiempo completo)

**PROGRAME SU ENTREVISTA**

Cuando haya reunido todos los documentos y llenado la solicitud, **llame a nuestra oficina**. Un miembro del personal, del Departamento de Early Learning Services, le devolverá la llamada para fijar la fecha y la hora para una entrevista en un lugar cercano a usted. Por favor asegúrese de llevar todos los documentos mencionados anteriormente y la solicitud completa.

**Favor de llamar al 1 (408) 453-6900 o al 1 (800) 820-8182 para programar su cita.**

**TENGA EN CUENTA:**

Si su hijo es aceptado en el programa, se le pedirá **que presente la Evaluación de Riesgo de TB y el Examen Físico actual dentro de 30 días** de la inscripción. Se pueden enviar con la solicitud si los tiene disponible.

**SOLICITUD DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS**

CPID \_\_\_\_\_

Me gustaría solicitar

- Sesión AM                       Sesión PM                       Día Completo de \*                       Sesión Única  
 Día Completo de EHS \* (0-3 años de edad)     Cuidado infantil familiar de EHS (0-3 años de edad)     Visitas al hogar de EHS (0-3 años de edad)

\*Note: Día completo requiere que ambos padres/tutores trabajen tiempo completo más de 30 horas por semana o sean estudiantes de tiempo completo al tomar 12 unidades o más.

**Niño(a) (Solicitante)**

Nombre	Apellido	Segundo nombre	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento
Domicilio		Ciudad/ Código postal		País de origen
Dirección de correo postal (si es diferente al domicilio)		Ciudad/ Código postal		
¿El/la niño(a) está en crianza temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnia <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No-Hispana /No-Latina	Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanca (europea, medio oriente, norteafricano)	<input type="checkbox"/> Isleño del pacifico/Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> Más de una raza (Bi-racial/Multi-racial) <input type="checkbox"/> Otra _____

**Información sobre la familia**

Lenguaje principal hablado en casa	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Qué idioma habla su hijo(a) con más naturalidad?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Tiene el/la niño(a) (solicitante) un hermano(a) con un documento de IEP o IFSP vigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Padres/Tutores en el hogar <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Dos padres	¿En qué idioma le gustaría recibir la información escrita? Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita

Nombre del padre/tutor primario	Fecha de nacimiento	Parentesco con el niño(a)
¿Vive con el/la niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Enviudado	Número de teléfono celular Desea recibir mensajes de texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ( )
Correo electrónico del padre/tutor primario	Número de teléfono alternativo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro ( )	Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por temporada <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Incapacitado desde _____ hasta _____
Educación <input type="checkbox"/> Sin terminar la preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de colegio o Diploma AA/AS <input type="checkbox"/> Graduado de la prepa o GED <input type="checkbox"/> Licenciatura o posgrado		

Nombre del padre/tutor secundario	Fecha de nacimiento	Parentesco con el niño(a)
¿Vive con el/la niño(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Enviudado	Número de teléfono celular Desea recibir mensajes de texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ( )
Correo electrónico del padre/tutor secundario	Número de teléfono alternativo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro ( )	Situación laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por temporada <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Incapacitado desde _____ hasta _____
Educación <input type="checkbox"/> No terminó la preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de colegio o Diploma AA/AS <input type="checkbox"/> Graduado de la prepa o GED <input type="checkbox"/> Licenciatura o posgrado		

**Nombre todos los familiares que viven en su hogar cuyo cuidado y bienestar es responsabilidad de usted- NO MENCIONADOS ANTERIORMENTE:**

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	¿Esta persona tiene parentesco con los padres del niño(a)?	¿Esta persona es sustentada por el ingreso de los padres?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Total de personas que viven en la casa (incluyéndose usted) por las cuales ofrece apoyo financiero: \_\_\_\_\_ Total de personas que viven en la casa:

**Información de contacto en caso de emergencia**

Nombre	Teléfono	Parentesco
	( )	

# SOLICITUD DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

Nombre del Niño \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

## Residencia familiar

### Situación de residencia familiar (Marque todas las que apliquen)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Albergue<br><input type="checkbox"/> Motel/Hotel<br><input type="checkbox"/> Vivienda de transición<br><input type="checkbox"/> Ocupación de un solo cuarto (SRO por sus siglas en inglés)<br><input type="checkbox"/> Carro, remolque o campamento<br><input type="checkbox"/> Garage rentado | <input type="checkbox"/> Remolque rentado, casa rodante en propiedad privada<br><input type="checkbox"/> Viviendo con dos o más familias debido a dificultades económicas<br><input type="checkbox"/> Con otro adulto (Quien no es el padre/tutor legal)<br><input type="checkbox"/> Departamento/casa de otra familia<br><input type="checkbox"/> No aplica ninguna de las opciones<br><input type="checkbox"/> Otro (No diseñado para seres humanos) |
|---|--|

## Elegibilidad

Padre/Tutor legal primario		Padre/Tutor legal secundario	
Nombre del padre/tutor legal primario	¿Ingresos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Nombre del padre/tutor legal secundario	¿Ingresos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Marque todos los que aplican <b>Usted recibe:</b> <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs (no vales de comida) <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingreso _____		Marque todos los que aplican <b>Usted recibe:</b> <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs (no vales de comida) <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Manutención infantil <input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingreso _____	
Información de empleo		Información de empleo	
Nombre del empleador	Teléfono del empleador (    )	Nombre del empleador	Teléfono del empleador (    )
Nombre del empleador	Teléfono del empleador (    )	Nombre del empleador	Teléfono del empleador (    )
<b>Periodo de pago</b> <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual		<b>Periodo de pago</b> <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual	
Ingreso Total \$ _____ Por _____		Ingreso Total \$ _____ Por _____	
Información de estudios/capacitación		Información de estudios/capacitación	
¿Está inscrito en una escuela o centro de capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está inscrito en una escuela o centro de capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la escuela	Teléfono de la escuela (    )	Nombre de la escuela	Teléfono de la escuela (    )
Unidades escolares		Unidades escolares	

## Información del historial médico

Medicamentos	
¿Se ha diagnosticado a su hijo(a) con una enfermedad crónica de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Necesita su hijo(a) tomar medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesitará su hijo(a) tomar medicamentos recetados en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Escriba todos los medicamentos, con o sin receta, que toma su hijo(a) regularmente y qué tipo de efectos secundarios muestra su hijo(a), si hay alguno</b>	
<i>Su hijo(a) no va a recibir ningún medicamento en la escuela sin una nota del médico y un Plan de salud para el aula redactado por el padre y el personal del programa.</i> ¿Tiene su hijo alguna alergia o restricción alimenticia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, escríbala	
Dispositivos especiales	
¿Necesita su hijo(a) usar algún dispositivo especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita su hijo(a) usar algún dispositivo especial en casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, que tipo:	Si es así, que tipo:
Niños con discapacidad	
¿Tiene su hijo un Plan de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) con algún distrito escolar local de su residencia o por parte de un programa de la Oficina de Educación? Si es así, por favor adjunte una copia del documento de IEP más reciente. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>	
¿Tiene su hijo un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP por sus siglas en inglés) con un programa de intervención temprana, centro regional, Oficina de Educación o distrito escolar? Si es así, por favor adjunte una copia del documento de IFPS más reciente. <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</span>	

*Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Yo entiendo que el presentar información incorrecta puede resultar en el rechazo de esta solicitud o la terminación de los servicios de cuidado infantil.*

Firma del padre/tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal de la oficina de Early Learning Services \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**At intake, please have parent sign below (Required for Annual Review)**

Parent/Guardian Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_