

Centro del Niño

Solicitud de Matrícula 2019-2020

Nombre de Niño: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Mes / Día / Año

Dirección Residencial: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Género: Masculino Femenino Etnicidad: Hispana No Hispana Lengua primaria del niño: _____

Raza: Asiático Negro/Afroamericano Hawaii / Islas del Pacífico Blanco Otro

Nivel de dominio del inglés: (circule uno) Domina el inglés / Principiante en el inglés / No habla inglés

Información Padres / Encargados

El niño reside con: ____ Ambos padres ____ Madre ____ Padre ____ Otro _____ (Por favor especifica)

Nombre de la madre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Mes / Día / Año

Dirección Residencial: _____ Código postal _____
(Solo si es diferente a la anterior)

Número de teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Nivel Educación: <Grado 9 Grado 10 Grade 11 Grade 12

No Diploma de secundaria /GED Diploma Equivalente Diploma de escuela secundaria Certificado Cursos Universitarios Asociado Bachillerato Graduado/Maestría/Doctorado

Empleado (marque todas las que apliquen): Trabajo completo (35+horas) Medio tiempo Jubilado/Discapacitado Entrenamiento/Escuela Empleo estacional Desempleado
 Períodos múltiples de desempleo en los últimos 5 años.

Padre o madre adolescente (de 19 años o menos) cuando el niño nació: Si No Custodia: Si No

Correo electrónico: _____

Nombre de Padre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
Mes / Día / Año

Dirección Residencial: _____ Código postal _____
(Solo si es diferente a la anterior)

Número de teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Celular _____

Nivel Educación: <Grado 9 Grado 10 Grade 11 Grade 12

No Diploma de secundaria /GED Diploma Equivalente Diploma de escuela secundaria Certificado Cursos Universitarios Asociado Bachillerato Graduado/Maestría/Doctorado

Empleado (marque todas las que apliquen): Trabajo completo (35+horas) Medio tiempo Jubilado/Discapacitado Entrenamiento/Escuela Empleo estacional Desempleado
 Períodos múltiples de desempleo en los últimos 5 años.

Padre o madre adolescente (de 19 años o menos) cuando el niño nació: Si No Custodia: Si No

Correo electrónico: _____

Total de Personas: _____ (Ejemplo: 2 niños + 1 padre = 3) * *Quienes viven en el hogar, son apoyados por los ingresos de los padres/ encargados y están relacionados con los padres/encargados por sangre, matrimonio o adopción*

• Hay hermanos /as que actualmente asisten a BGCS o UCC Acosta Middle School? Si ____ No ____ En caso afirmativo, indique los nombres:

Nombre	Grado	Maestro / a

- ¿Estás solicitando para otros niños este año escolar académico? Si ____ No ____ En caso afirmativo, indique los nombres:

Nombre	Grado

- Ha estado inscrito su hijo en alguna otra guardería/escuela/Head Start? Si ____ No ____ Dónde? _____
- Ha tenido su hijo un hermano previamente inscrito en el programa de Head Start? Si ____ No ____ Dónde? _____
- Está su hijo capacitado para ir al baño? Si ____ No ____ En caso afirmativo, por cuanto tiempo? _____

NECESIDADES DEL NIÑO

¿Tiene su niño alguna discapacidad (diagnosticada por un doctor o un especialista)? Si No En caso afirmativo, indique la discapacidad específica: _____

¿Tiene el/la un IEP o IFSP? Si No ¿Su hijo recibe los servicios de educación especial? Si No (En caso afirmativo, favor marque el indicador apropiado)

¿Tiene usted alguna preocupación sobre su niño/a? En la lista a continuación, por favor marque todas las áreas que apliquen: * **Por favor, ofrecer**

documentación medico , si aplica *

Oído Visión Alergias Asma Problemas dentales Sobre/Bajo Peso Convulsiones Anemia Alto nivel de plomo

Diabetes Otros padecimientos médicos / dental / problemas nutrición / Otros Describalo por favor: _____

Desarrollo físico Comportamiento o problema emocional (ejemplo: berrinches) Describalo por favor: _____

Desarrollo de lenguaje/dialecto Mi hijo no tiene ninguna de las necesidades anteriores

NECESIDADES DE LA FAMILIA

¿Sufre su familia de abuso de drogas y alcohol, encarcelamiento, problemas de soporte de niño, violencia doméstica o un problema grave salud/mental Si No

SERVICIOS: ¿Qué servicios recibe su familia??

Actualmente, la familia recibe servicios o recibió servicios en los doce meses pasados del Departamento de Familias y Niños? Si No

Cupones de Alimentos (SNAP) Servicios de vivienda (Alojamiento público, sección 8) Seguro médico privado, ¿Cual? _____ Subvención de Cuidado/Adopción

WIC Asistencia social de otra agencia Ayuda de utilidad/energía ¿Tiene un trabajador del caso en otra agencia?

Servicios de la salud o del salud mental Apoyo de Niño Emergencia/crisis de intervención Ninguna de los anteriores

Recibe Usted: TANF? Si No Seguro Social? Si No

¿Está usted sin domicilio o se ha mudado dos veces o más en el último año? Si No

Subvención/documento para el cuidado del niño? Si No No sé qué es esto/desconozco Elegible para subsidio

ASUNTOS LEGALES:

¿Tiene actualmente su familia situaciones legales (juicio de familia, divorcio, periodo de prueba, encarcelamiento, etc.)? Si No

Si aplica, sea específico: _____ ¿Alguna vez fue usted desalojado por problemas económicos? Si No

¿Estuvo alguna vez su niño en cuidado adoptivo temporal o con una familia emparentada? Si No

NOTA: completar esta solicitud no significa que su hijo se inscribirá automáticamente en el Centro del Niño. Para que su hijo sea considerado para la selección debe presentar todos los documentos requeridos con esta solicitud. SOLAMENTE nos pondremos en contacto con usted para que asista a una reunión informativa en función de las vacantes disponibles. Todos los documentos presentados serán desechados si su hijo no es aceptado en el programa.

FIRME AQUI POR FAVOR para certificar que ha cumplimentado esta aplicación y ha ofrecido información verídica.

Firma del Padre/Madre/Tutor legal: _____ Fecha _____ / _____ / _____
Mes / Día / Año

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE

Recibido por: _____ Fecha: _____ Fecha de Entrada/Comienzo: _____

Pre-Ubicación Recomendada:

Early Head Start Head Start K3 K4 K5