

Estimado padre/tutor legal

Le agradecemos su interés en los programas de Early Head Start, Head Start y Preescolar Estatal. Ofrecemos servicios preescolares de día completo y día paratuitos 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 aplicación por completo y si usted necesita ayuda, puede llamarnos al (408) 453-6900 o (800) 828-182, 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 inscripción, usted tendrá una entrevista con un miembro del personal.

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

- Aviso de acción (si recibe CalWORKs, CalFresh/SNAP)
- f Comprobante de manutención para sus hijos
- f Comprobante de beneficios SSI recibidos o Ingreso de Seguro Suplementaria (SSI)
- f Ingresos del seguro de discapacidad
- f & } CE u μ o CE] } o o v } ^ } u % o CE } v š [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
- ... Comprobante de domicilio (Factura del agua o teléfono, etc.)
- ... IEP Plan educativo individualizado o IFSP Plan individualizado de servicios familiares exigente (si aplica)
- ... Documentos legales Órdenes judiciales de los niños de acogida (si aplica)
- ... Verificación de día completo (día completo requiere que ambos padres/tutores legales trabajen tiempo completo más de 30 horas por semana o estudiar tiempo completo tomando 12+ unidades) (si aplicando para servicios de día completo)

PRET (a)-y5 eE mME+

Favor de llamar al 1 (408) 453-6900 o al 1 (800) 828-182 para programar su cita.

TENGA EN CUENTA:

Si su hijo es aceptado en el programa, le obligará que presente la Evaluación de Riesgo de TB y el Examen Físico actualizado de 30 días de la inscripción. Se pueden enviar copias si los tiene disponible

APLICACIÓN DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

CPID _____

Me gustaría solicitar

- Sesión AM Sesión PM Día completo Sesión Única (6 horas)
 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)

Niño(a) (Solicitante)

Nombre	Apellido	Segundo nombre	Género ... Male ... Female	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? ... Sí ... No	Etnia ... Hispana/Latina ... No-Hispana/No-Latina	Raza ... Asiático ... Blanca (europea medio oriente norteafricano) ... Negra/Afroamericana	... Isleño del pacífico/Hawaiano ... Indio americano/Nativo de Alaska ... Más de una raza (Bi-racial/Multi-racial) ... Otra _____	

Información sobre la familia

Idioma principal hablado en casa ... inglés ... español ... vietnamita ... otro _____				
¿Qué idioma habla su hijo(a) con más naturalidad? ... inglés ... español ... vietnamita ... otro _____				
¿Tiene el/la niño(a) (solicitante) un hermano(a) con un documento de IEP o IFSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Padres/tutores en el hogar ... Un padre ... Dos padres		¿En qué idioma le gustaría recibir información escrita? ... inglés ... español ... vietnamita		
Nombre del padre/tutor primario		Fecha de nacimiento / /	Parentesco con el niño(a)	
¿Vive con el/la niño(a)? ... Sí ... No	Estado civil .. Casado .. Soltero .. Divorciado .. Seporado .. Enviudado	Número de teléfono celular Desea recibir mensajes de texto ... Sí ... No ()	Situación laboral ...	

Nombre del niño