

Forma de Admisión al Preescolar del Condado de Kent para el año 2017-2018

Por favor complete la siguiente información para determinar su elegibilidad para el preescolar gratuito en el condado de Kent. Si tienes preguntas sobre este forma, por favor llame a Admisiones del Preescolar del Condado de Kent al (616) 447-2409. (Por favor, tenga en cuenta que llenar este formulario no garantiza un lugar en el preescolar gratuito.)

Porque esta información será utilizada para determinar la elegibilidad para los programas de GSRP y las organizaciones comunitarias que ofrecen GSRP, esta información estará disponible para el personal del programa. Necesitamos su permiso para compartir esta información. Después de leer la siguiente declaración, por favor, indique su permiso para compartir su información.

¿Nos das permiso para compartimos su información con los programas de Great Start Readiness y las escuelas en el condado de Kent, y también los organizaciones comunitarias que ofrecen el programa de Great Start Readiness?

___ Si, doy permiso.

Información sobre niño: Apunte la información acerca de su hijo debajo de este línea.

Fecha: _____

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre: _____
Apellido: _____

Sufijo: _____ Sexo: Mujer Varón Fecha de Nacimiento: _____

Dirección: _____

Departamento/Habitación/Apartado postal: _____

Ciudad: _____ Código postal: _____

Distrito de su Residencia: _____

Por favor marque si su familia está sin hogar, en un refugio, un motel, viviendo de lugar en lugar, viviendo con otra familia, o con una agencia de comunidad.

Raza/Etnicidad: ¿Su hijo es Hispano/Latino? Sí No

¿Cuál de los siguientes grupos describe la raza de su hijo? Por favor seleccione al menos uno.

Nativo de América/Nativo de Alaska Asiático Negro/Afro Americano

Nativo de Hawái/Otro Isleño del Pacífico Blanco

Idioma hablado en casa: _____ Segundo Idioma: _____

Información de la familia: Complete la siguiente información acerca de su familia. Esta información es REQUERIDA y será fundamental para completar su aplicación para preescolar.

Madre Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Apellido: _____ Número de Teléfono: _____

Padre Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Apellido: _____ Número de Teléfono: _____

Tutor Primer Nombre: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

Relación: _____ Número de Teléfono: _____

En caso de que no podemos contactar contigo, necesitamos un contacto de emergencia.

Contacto de Emergencia: _____ Número: _____

Relación: _____

El niño vive con: (Por favor marque todas las que apliquen)

- Madre Padre Ambos Padres Cuidado de guarda Tutor Legal
 Abuelo Custodia conjunta – Física Custodia conjunta – Legal Hermanos en Head Start

Factores de elegibilidad para Head Start

- El hijo y la familia no tienen hogar El hijo o la familia está recibiendo SSI
 El hijo tiene un Programa de Educación Individualizado El hijo está en cuidado de crianza

Ingreso Anual:

Ingreso Anual del hogar: _____ Cantidad de miembros de familia: _____
Apunte el ingreso anual al dólar entero más cercano Apunte el número total de las personas que viven en su hogar

GSRP Factores de elegibilidad:

- Discapacidad diagnosticada o retraso del desarrollo identificado** El niño es elegible para servicios de educación especial o el progreso en el desarrollo del niño es menor de lo esperado para su edad cronológica o problemas de salud crónicos causan problemas de desarrollo o de aprendizaje
- Comportamiento grave o difícil** El niño ha sido expulsado del programa preescolar o centro de cuidado infantil
- Lengua materna primaria que no sea inglés** No se habla inglés en el hogar del niño; el inglés no es el primer idioma
- Padres/Tutores con bajo nivel educativo** Uno de los padres no se ha graduado de la escuela secundaria o es analfabeto
- Abuso/Negligencia del niño/algún padre** Abuso doméstico, sexual, físico del niño o de un padre; de negligencia del niño. Informe de los servicios de protección de menores de edad.
- Riesgo del medio ambiente** La pérdida de los padres debida a la muerte, el divorcio, encarcelamiento, servicio militar o ausencia; problemas entre hermanos, padre adolescente, la familia no tiene hogar o una vivienda estable; la exposición prenatal o postnatal a la sustancia tóxica conocida por causar retrasos de aprendizaje o retrasos en el desarrollo.

Preguntas Adicionales:

Preferencia del Programa: Mañana Tarde Día completo

Segunda Preferencia: Mañana Tarde Día completo

¿Está su hijo se ha matriculado actualmente en un programa? Sí No

En caso afirmativo, donde: _____

¿Tiene su hijo un plan de Educación Individual activo? Sí No

Lugar de Preferencia: _____

Correo electrónico: _____

Transporte: ¿Es el transporte una barrera para que su hijo llegue al programa? Sí No

¿Como se entera del preescolar gratuito?

____ Escuela/Preescolar: _____
____ Hoja Informativa ____ Panfleto ____ Letrero ____ Amigo
____ Agencia ____ Cartelera ____ Programa de Visitas de Casa
____ Clínica/Oficina de Médico ____ Facebook/ Medios de Comunicación de las Redes Sociales

Devuelva este formulario completada a:
Kent County Preschool Intake (Admisión Preescolar del Condado de Kent)
2930 Knapp NE, Grand Rapids, MI 49525
ATTN: Kent County Preschool Intake

O

Puedes mandar por fax a:

(616) 301-8836

con

ATTN: Kent County Preschool Intake

Si tienes preguntas, puedes nos llamar a (616)447-2409 y presione opción dos para hablar en español.