

## Formato de Admisión al Preescolar del Condado de Kent para el 2016-2017

Por favor complete la siguiente información para poder determinar la elegibilidad para el preescolar gratuito en el condado de Kent. Si tiene preguntas sobre este formato, 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 GSRP y los organizaciones comunitaria que oferta GSRP, esta información estará disponible para el personal del programa. Necesitamos su permiso verbal para compartir esta información. Después de leer la siguiente declaración, por favor, indique su permiso verbal para compartir su información.

**Informacion del nino(a): Apunte la informacion acerca de su hijo abajo** Fecha: \_\_\_\_\_

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_

Sufijo: \_\_\_\_\_ Sexo:  Mujer  Varon Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Direccion: \_\_\_\_\_ Depto/Habitacion/Apartado postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Codigo postal: \_\_\_\_\_

Distrito de su Residencia: \_\_\_\_\_

**Raza/Ethnicidad:** Su hijo es Hispano/Latino?  Si  No

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

Nativo de America/Nativo de Alaska  Asiatico  Negro/Afro Americano

Nativo de Hawaii/Otro Isleno del Pacifico  Blanco

Idioma hablado en casa: \_\_\_\_\_ Segundo Idioma: \_\_\_\_\_

**Informacion de la familia:** Complete la siguiente informacion acerca de su familia. Esta informacion es REQUERIDA y sera fundamental para el seguimiento de la solicitud de su hijo.

Madre Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Padre Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Tutor Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_ Numero de Telefono: \_\_\_\_\_

Contacto de Emergencia: \_\_\_\_\_ Numero: \_\_\_\_\_

Relacion: \_\_\_\_\_

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

Madre  Padre  Ambos Padres  Cuidado de guarda  Tutor Legal

Abuelo  Custodia conjunta – Fisica  Custodia conjunta – Legal  Hermanos en Head Start

### Factores eligible por categoria para Head Start

El hijo y la familia no tienen hogar  El nino o la familia esta recibiendo SSI

El nino tiene un Programa de Educacion Individualizado  En hogares de guarda

**Ingreso Anual:**

Ingreso Anual del hogar: \_\_\_\_\_  
Apunte el ingreso anual al dolar entero mas cercano

Cantidad de miembros de familia: \_\_\_\_\_  
Apunte el numero total de las personas que viven en su hogar

**GSRP Factores de elegibilidad:**

- Discapacidad diagnosticada o retraso del desarrollo identificado** El ninos elegible para servicios de educacion especial o el progreso en el desarrollo del nino es menor de lo esperado para sue dad cronologica o problemas de salud cronicos causan problemas de desarrollo o de aprendizaje..
- Comportamiento grave o dificil** El nino ha sido expulsado del programa preescolar o centro de cuidado infantil
- Lengua materna primaria que no sea ingles** No se hable ingles en el hogar del nino; el ingles no es el primer idioma
- Padres/Tutores con bajo nivel educativo** El padre no se ha graduado de la escuela secundario o es analfabeta
- Abuso/Negligencia del nino/algun padre** Abuso domestico, sexual, fisico del nino o de un padre; de negligencia del nino. Informe de los servicios de Proteccion de menores de edad.
- Riesgo del medio ambiente** La perdida de los padres debida a la muerte, el divorcio, el problemas encarcelamiento, servicio military, o ausencia; problemas entre hermanos, padre adolescente, la familia no tiene hogar o una vivienda estable; la exposicion prenatal o postnatal a la sustancia toxica conocida por causar retrasos de aprendizaje o retrasos en el desarrollo.

**Preguntas Adicionales:**

Preferencia del Programa:  Manana  Tarde  Dia completo

Segunda Preferencia:  Manana  Tarde  Dia completo

Esta su hijo(a) matriculado actualmente en un programa?  Si  No  
En caso afirmativo, Donde: \_\_\_\_\_

Tiene su hijo un plan de Educacion Individual activo?  Si  No

Lugar de Preferencia: \_\_\_\_\_

Correo electronico: \_\_\_\_\_

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

**Como se entero del preescolar gratuito?**

- Escuela/Preescolar:  Hoja Informativa  Foletto  Letrero  Amigo
- Agencia  Cartelera  Programa de Visitas de Casa
- Clinica/Oficina de Medico  Facebook/ Medios de Comunicacion de las Redes Sociales

Devuelva este formulario completado a: **Kent County Preschool Intake (Admision Preescolar del Condado de Kent)**  
2930 Knapp NE, Grand Rapids, MI 495



