



FORMULARIO DE INGRESO PRE-ESCOLAR

APLICACION DEL NIÑO

Nombre del niño: _____

Fecha de Nacimiento (mm/dd/año): ____/____/____ Genero: niño niña

Idioma del niño

Cual es el principal idioma que habla el niño? Ingles Español Ruso Vietnamita Chino Otro: _____

DOCTOR

Nombre:	Direrccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Telefono
---------	------------	--------	--------	---------------	----------

DENTISTA

Nombre:	Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Telefono
---------	-----------	--------	--------	---------------	----------

¿El niño fue referido al programa? Si No Si es si, por quién? _____ Porque? _____

Seguro de Salud: Si No si es si, Nombre Seguro salud _____

INFORMACION DE LA FAMILIA

Padres o Tutor 1

Padres: _____

Niño vive con padres/Cuidador que porcentaje de tiempo: 0-25% 26-50% 51-74% 75-100%

Teléfono casa: _____ Móvil: _____ Email: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección Física (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Idioma

Principal idioma? Ingles Español Ruso Vietnamita Chino Otro: _____

Idioma que se habla en el hogar? Ingles Español Ruso Vietnamita Chino Otro: _____

Padre o Tutor 2

Padre/Cuidador: _____

Relación con el Niño: Padre Custodia Legal Padre adoptivo Otro: _____

Niño vive con padre/Cuidador que porcentaje de tiempo: 0-25% 26-50% 51-74% 75-100%

Teléfono casa: _____ Móvil: _____ Email: _____

Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección física (si es diferente): _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Idioma

Principal Idioma? Ingles Español Ruso Vietnamita Chino Otro: _____

Idioma que se habla en Casa? Ingles Español Ruso Vietnamita Chino Otro: _____

Padres status: uno Dos Cantidad en la familia: _____ Numero en el Hogar _____

¿La familia recibe o califica para alguno de los siguientes servicios o asistencia financiera?

Programa Estampillas de Comida(SNAP) Mujer, menor, y niños (WIC)

INFORMACION DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA- ADULTOS

Nombre y apellido de todos los adultos ~ Entre Principal Adulto Primero	Fecha de nacimiento	Seguro Salud	Genero	Educacion	Situacion Laboral	Apoyo Finaciero
		Si No	M F			Si No
		Si No	M F			Si No
		Si No	M F			Si No

Padre del Adolescente (19 o menos en el momento del nacimiento que se inscribe.): Si No

INFORMACION DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA -

Nombre y Apellido de los niños que viven en el hogar	Fecha de Nacimiento	Seguro de Salud	Genero	Nino/Primer adulto Relacion	Custodia
		Si No	M F		Si No
		Si No	M F		Si No
		Si No	M F		Si No
		Si No	M F		Si No
		Si No	M F		Si No

Niño/ Adulto Relacion: Padres, Custodia Legal, Adopcion, Nieto, sobrina/Sobrino, u otro: _____

USO DEL PERSONAL

Miembros de la familia	Fuente	Cantidad	Ingreso anual	Codigo	Codigo verificacion	Notas
		\$	\$			
		\$	\$			
		\$	\$			
		\$	\$			
Ingreso Anual Total			\$			

Description Cod

PEN = Pension
 SS = Social Security
 SSI = Supplemental Security Income
 CS = Child Support
 SSDI = Social Security Disability Income
 FC = Foster*
 HL = Homeless*
 TAN = TANF/Pre-TANF*

Verification Code

CS = Check Stub
 L = Letter
 W2 = W-2
 SD = Self Declaration
 TR = Tax Return
 O = Other

INFORMACION DE ELEGIBILIDAD – SOLO USO DEL PERSONAL

Elegibilidad del niño el prox. año: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Elegibilidad del Hermano prox. año: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Prueba de Nacimiento/Edad: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Prueba de residencia: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Documentos:	Documentation:
Ingreso Familiar es:	Discapacidad: <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sospecha <input type="checkbox"/> Diagnosticado
<input type="checkbox"/> <100% <input type="checkbox"/> 101%-130? <input type="checkbox"/> 130%-200% <input type="checkbox"/> >200%	Ingreso Condición: <input type="checkbox"/> Eligible HS <input type="checkbox"/> Elegible PP <input type="checkbox"/> No Elegible

AUTORIZACION PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACION

Este lanzamiento autoriza un intercambio mutuo de información entre las agencias para brindar los servicios más completos y completos disponibles. No autoriza la liberación a ninguna otra persona o agencia, excepto aquellas agencias que se detallan a continuación. A menos que se revoque por escrito, esta versión e intercambio de información permanecerá vigente por un período de 12 meses.

Indique su consentimiento inicial para intercambiar la siguiente información entre el Distrito Escolar de St. Helens, el Distrito de Servicios Educativos Regionales del Noroeste, Head Start y / o proveedores adicionales. _____ para ayudarnos a servir mejor a su hijo a través de la planificación y entrega de servicios coordinados.

Formulario de Ingreso. Plan de Servicio Familiar Individualizado / Plan de la Sección 504
 Registros académicos / administrativos oficiales de los estudiantes Discusión / Consulta entre miembros de las agencias listadas alrededor
 Evaluaciones educativas del equipo multidisciplinario e informes relacionados coordinación de cuidado
 Otro: _____

FIRMA DEL PADRE O TUTOR

Al firmar esta solicitud, juro que he brindado información verdadera y completa y que el Departamento de Educación de Oregon, la División de Aprendizaje Temprano y Head Start pueden verificar la información en esta solicitud. Entiendo que hacer declaraciones falsas u ocultar información puede someterme a sanciones estatales y federales. Entiendo que los fondos estatales ayudan a pagar la Promesa Preescolar y que el cuidado infantil puede finalizar si los fondos ya no están disponibles. Entiendo que la información en esta aplicación y los datos del aula se compartirán con el Programa de Promesa Preescolar, sus Comités de Inscripción, Proveedores y / o Personal, la División de Aprendizaje Temprano del Departamento de Educación de Oregon, Head Start y se utilizarán solo con fines de investigación y en formas que no revelarán quién eres. Las leyes federales o estatales pueden requerir que demos información a los funcionarios del gobierno (o patrocinadores) que son responsables de monitorear el programa. Sin embargo, se usará un número asignado para designar la información de su familia y de su hijo que no lo identifica personalmente. No será identificado en ninguna publicación de este programa ni en ningún archivo de datos compartido con otros investigadores

Este formulario de solicitud de elegibilidad confidencial no es una garantía de admisión en el Programa de Promesa Preescolar o Head Start.

Firma del padre / tutor y fecha requerida

Signature

03/2018 VM

Print Name

Date