

El Condado de Clatsop
Formulario Preescolar de Admisión
Coordinado para Kinder Ready Kids y Head Start

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Nombre del padre / tutor: _____

Teléfono de la casa: _____ teléfono celular: _____

Texto: Si/No

Ha recibido su hijo cualquier otro servicio de intervención temprana en la infancia ? Sí/No

Si es así, ¿dónde? __ Head Start __ NWREWS (EI / ECSE)
__ Otro / preescolar de la comunidad: _____

¿Recibe su hijo servicios de otros programas (logoterapia, terapia ocupacional, fisioterapia, orientación, etc.) Sí/No
En caso afirmativo, describa: _____

¿Refirieron a su hijo al programa? Sí/No
Si es así, ¿por quién? _____
¿Por qué? _____

¿Tiene su hijo una discapacidad o necesidad especial? Sí/No
Si es así, ¿Cuál es el diagnóstico, la fecha y la fuente: _____

¿Tiene su familia cualquier necesidad o crisis específicas? Si/No En caso afirmativo, describa:

Autorización para el Intercambio de Información

Este comunicado autoriza un intercambio mutuo de información entre los organismos con el fin de dar los servicios más completos y exhaustivos disponibles. No autoriza la liberación a cualquier otra persona o entidad, excepto aquellas agencias que aparecen a continuación. A menos que sea revocada por escrito, este comunicado e intercambio de información permanecerá en vigor por un período de 12 meses.

Ponga sus iniciales indicando su consentimiento para la siguiente información a ser intercambiada entre el Distrito Escolar Astoria, Northwest Regional Educational Service District, Head Start y / o proveedores adicionales _____ para ayudar a mejor servir su hijo a través de la planificación de la entrega de servicios coordinados.

- ___ formulario de admisión
- ___ / registros oficiales administrativos/académicos del estudiante
- ___ evaluaciones del equipo multidisciplinario para la Educación e informes relacionados
- ___ Plan de Servicio Familiar / Plan Sección 504
- ___ Discusión / Consultas entre los miembros de los organismos enumerados en torno a la coordinación del cuidado
- ___ Otro: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre legal del niño (nombre y apellido)		
Nombre preferido del niño (nombre y apellido)		
Fecha de nacimiento	Idioma primario: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Chino Otro _____	Raza/etnia del adulto primario(elijá todo lo que le corresponda) <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Alasqueño <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Inuit Canadiense, Metis, o First Nation <input type="checkbox"/> Caribe <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro <input type="checkbox"/> Hispano-Centroamericano <input type="checkbox"/> Hispano-Mexicano <input type="checkbox"/> Otro Hispano <input type="checkbox"/> Mexicano Indígena, Centroamericano indígena or Sudamericano indígena <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Eslavo/a <input type="checkbox"/> Sudasiático <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> Raza/etnia desconocido <input type="checkbox"/> Declinó para contesta
Sexo M/F		
INFORMACIÓN DE LA FAMILIA		
Adulto Primario		Dirección de domicilio
Dirección de correo electrónico		Dirección de correo:
Teléfono principal: ()		Otro Teléfono: ()
Texto	SÍ NO	Texto SÍ NO
Niño vive con padre / tutor qué porcentaje del tiempo: <input type="checkbox"/> 0-25% <input type="checkbox"/> 26-50% <input type="checkbox"/> 51-74% <input type="checkbox"/> 75-100%		
¿En qué idioma prefiere recibir: Comunicación escrita <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otros: _____ La comunicación verbal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Raza/etnia del adulto primario(elijá todo lo que le corresponda) <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Alasqueño <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Inuit Canadiense, Metis, o First Nation <input type="checkbox"/> Caribe <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Filipino/a <input type="checkbox"/> Guamanian or Chamorro <input type="checkbox"/> Hispano-Centroamericano <input type="checkbox"/> Hispano-Mexicano <input type="checkbox"/> Otro Hispano <input type="checkbox"/> Mexicano Indígena, Centroamericano indígena or Sudamericano indígena <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Eslavo/a <input type="checkbox"/> Sudasiático <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> blanco <input type="checkbox"/> Raza/etnia desconocido <input type="checkbox"/> Declinó para contesta		
adulto Secundario		Dirección de domicilio
Dirección de correo electrónico		Dirección de correo:
Teléfono principal: ()		Otro Teléfono: ()
Texto	SÍ NO	Texto SÍ NO

Niño vive con padre / tutor qué porcentaje del tiempo: 0-25% 26-50% 51-74% 75-100%

¿En qué idioma prefiere recibir:
 Comunicación escrita inglés español Otros: _____
 La comunicación verbal: Inglés español Otro: _____

Raza/etnia del adulto primario(elijá todo lo que le corresponda)
 Afroamericano Alasqueño Nativo Americano
 Indio Asiático Inuit Canadiense, Metis, o First Nation Caribe Chino Phillipino/a Guamanian or Chamorro
 Hispano-Centroamericano Hispano-Mexicano Otro Hispano
 Mexicano Indígena, Centroamericano indígena or Sudamericano indígena Japonés Coreano Laosiano
 Samoano Esloveno/a Sudasiático Vietnamita blanco Raza/etnia desconocido Declinó para contesta

El estado de los padres: Uno/Dos	Número de personas en la Familia	Número que viven en el hogar	¿Está recibiendo TANF? Sí No	Los cupones de alimentos? Sí No	WIC: Sí No
-------------------------------------	----------------------------------	------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	---------------

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA DE MIEMBRO ~ Adultos

Nombre y apellido de todos los adultos en el hogar ~primero Introduzca el adulto primario	Fecha de nacimiento	Seguro	Sexo	grado más alto Completado	presente Estado de empleo	proporciona apoyo financiero
		Sí No	M F			sí no
		Sí No	M F			sí no
		Sí No	M F			sí no
		Sí No	M F			Sí No

Padres Adolescentes (19 o en el momento del nacimiento de inscribir a los niños): Sí No

Los niños

primer nombre y apellido de los niños que viven en el hogar	Fecha de nacimiento	Seguro	Sexo	la relación del adulto primario al niño	Custodia
		Sí No	M F		Sí No
		Sí No	M F		Sí No
		Sí No	M F		Sí No
		Sí No	M F		Sí No
		Sí No	M F		Sí No

La relación del adulta primario al niño

Nacimiento / Adoptado / Paso / de acogida Nieto sobrino/sobrina Otros

Marque aquí si hay otros niños en el hogar; haga lista en la parte posterior de esta página o un pedazo de papel por separado.

Uso exclusivo del personal

Miembro de la familia	Fuente	Monto	Ingresos anuales	Código de descripción	Codigos de verificacion	Nota
		\$	\$			
		\$	\$			
		\$	\$			
		\$	\$			
		\$	\$			
Ingreso anual total de familia			\$			

códigos de descripción

PEN =pensión
 SS =el Seguro Social
 SSI = ingreso del seguro social suplementario *
 CS = manutención infantil
 SSDI = Ingreso del seguro social para discapacitados
 FC = * De Acogida
 hl = sin hogar *
 = TAN / Pre-TANF *de TANF

códigos de verificación

CS = talón de cheque
 L = Carta
 W2 = W-2
 SD = Auto Declaración
 TR = declaración de impuestos
 O = Otro

* Cumple con los requisitos de elegibilidad de ingresos

Información de elegibilidad

niño elegible el próximo año: Sí No	Hermano / hermana elegible el próximo año? Sí No
Prueba de nacimiento / Edad: Sí No Documentación:	Prueba de residencia: Sí No Documentación:
Estado de ingresos: elegible más de 101% -130%	Estado de Discapacidad: Ninguna sospecha Diagnosticado:

Certificación: Certifico que esta información es verdadera, Si alguna parte es falsa, mi participación en programas de esta agencia puede ser terminado. También entiendo que la información en esta aplicación se llevará a cabo en estricta confidencialidad dentro de la agencia y es accesible durante el horario normal.

Padre / tutor Firma _____ Fecha: _____

Comprobación de un miembro del personal _____ Fecha: _____