



Aplicación para Matriculación Edades 3-4



82 21^{na} Avenida, Suite B
Longmont, CO 80501
303-776-8523

Para calificar para nuestro programa preescolar necesita calificar por ingresos y por edad:

Por favor incluya copias de los siguientes documentos con su aplicación:

1. Acta de Nacimiento del Niño/a (para verificar la edad)

Los niños deben tener 3 o 4 años de edad para el 1ro de Octubre de el año para el que esta aplicando.

2. Comprobante de todas las formas de ingresos (para poder determinar si es elegible)

- **Ingresos Ganados (uno de estos)**
 - Copia de sus impuesto, Income Tax, (Forma 1040 o W-2)
 - 2 Talones de cheques mas recientes
 - Forma de Comprobación de Empleo (si le pagan en efectivo pida esta forma en la oficina)
- **Asistencia Publica**
 - Comprobante de TANF
 - Seguro Social/SSI estado de cuenta mensual
 - Comprobante de Desempleo que indique la cantidad recibida
- **Comprobante de Manutención de hijos que enseña la cantidad que recibe por mes.**
- **Padres de Crianza (Foster Care) necesita traer un documento que pruebe su estatus.**

Las Reglas Federales nos requieren que verifiquemos los ingresos anuales de la familia. Niños con necesidades especiales pueden calificar aunque tengan ingresos mas arriba de los que nos permiten aceptar.

Si tiene preguntas por llame a la oficina o venga a vernos.

Si usted esta embarazada o tiene niños menores de tres años pregunte sobre nuestro programa de Head Start para niños de Temprana Edad.

Es muy importante que incluya con esta aplicación estos dos documentos, porque si no los incluye no vamos a considerar su aplicación y por favor asegúrese de llenar la aplicación completamente!!!! Hacemos cada esfuerzo de procesar las aplicaciones dentro de 2 semanas pero por favor permítanos hasta 1 mes antes de contactarnos con respecto a la aplicación de su niño/a.

Usted puede entregar su aplicación o mandar su aplicación completa por correo con todo lo requerido a:

**Wild Plum Center for Young Children and Families
82 21st Avenue, Suite B
Longmont, CO 80501
303-776-8523**

Office Use Only	
_____	Program Year
_____	Age
_____	Program Specialist
_____	Accepted Date
_____	Enrollment Date
_____	Site Assignment

Date Received: _____ By: _____

Ciruela Silvestre
Centro Para Niños de Temprana Edad y Familias
82 21st Ave., Suite B Longmont, CO 80501
Teléfono (303) 776-8523 Fax (303) 485-9682

Aplicación de Matriculación para edades 3-4

Nombre del Niño(a): _____ Le dicen: _____

Niño ___ Niña ___ Fecha de Nacimiento: _____ Numero de Teléfono: _____

Primer idioma del niño/a: _____ segundo: _____

Grupo Étnico:

- Indo-Americano Afro-Americano Anglo-Americano Hispano/Latino
 Asiático Multirracial/Multicultural Otro _____

Quien tiene custodia legal del niño(a)? _____
(Favor de proveer documentos legales si no vive con los padres)

Dirección donde vive: _____

Dirección donde recibe correo: _____

Padre/Guardian 1	
Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	
Relación al Niño/a: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padre	
Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> casa	
Vive con el niño/a: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Actualmente Trabaja? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Actualmente esta estudiando? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Donde?	
Hasta que año escolar estudio? _____	

Padre/Guardian 2	
Nombre:	
Fecha de Nacimiento:	
Relación al Niño/a: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Padre de	
Teléfono: _____ <input type="checkbox"/> celular <input type="checkbox"/> casa	
Vive con el niño/a: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Actualmente Trabaja? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	
Actualmente esta estudiando? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si, Donde?	
Hasta que año escolar estudio? _____	

Mamá esta actualmente embarazada? No Si, cual es la fecha del parto _____

Estado Civil: ___ Casados ___ Divorciados ___ Separados ___ Soltero ___ Viviendo Juntos

Los padres tienen historial de: (marque todos los que apliquen)
___ Abuso de drogas o alcohol ___ Violencia domestica ___ Depresión o problemas emocionales ___ Encarcelación

El numero de personas que viven en la casa y que son mantenidos por los ingresos de el padre/guardián:
Numero de niños _____ numero de adultos _____ numero total de los que viven en casa _____

Tiene hijos menores de 3 años? No Si, edades de ellos _____

Como se entero de nuestro programa? _____

Arreglos de Vivienda

Nombre de Niño(a) _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de los padres _____ Teléfono _____

Tiene preocupaciones de salud, de desarrollo o del comportamiento de su niño(a)? ____ Sí ____ No
Cuáles son las preocupaciones? _____

Esta viviendo el niño bajo algunas de las circunstancias siguientes?: (marque todos los que apliquen)

- Sin Hogar, por cuanto tiempo _____.
- Viviendo en un motel, campamento, o albergué por perdida de su vivienda
- Comparte vivienda con otras personas debido a la perdida de su vivienda o dificultad económica .
- Viviendo en refugios de emergencia o de transición o
- Falta de residencia adecuada de noche.

Información de Transportación

Nosotros estamos pidiendo que todas las familias provean transporte para sus niños antes de y después de clase. Al transportar a su propio niño/a le ayuda a establecer una buena comunicación con la maestra involucrarse en la educación de su niño/a.

Por favor marque si necesita o no transportación para su hijo/a:

Yo NO necesito transportación, Yo puedo dejar y levantar a mi hijo/a de la escuela.

Yo SI necesito transportación, Yo no puedo dejar y levantara a mi hijo/a de la escuela.

Nosotros no garantizamos transportación para todos. Si necesita el transporte nosotros haremos un esfuerzo para proveerlo.

Lista de los Sitios

Tenemos 4 sitios diferentes con horarios variables de 8:00am-12:00pm, 9:00am-1:00pm, 8:00-11:30am, 12:00-3:30pm y 12:30-4:00pm. El sitio donde su niño/a asistirá dependerá de el cupo y de el transporte.

Edificio Powell 82 21 st Avenue Suite B	Primera Iglesia Metodista 350 11 th Avenue	Centro Meeker 839 Meeker St.	Casa de la Esperanza 1520 S. Emery St.
---	--	---------------------------------	---

Información del Cuidado del Niño/a:

Hay alguien que no son los padres que cuida al niño(a) durante el día? ____ Sí ____ No
 centro de guardería un pariente no es pariente

Si su respuesta es si, especifique el nombre, dirección, y las horas que su hijo/a asiste allí:

Cual es la probabilidad de que la información este sujeta a cambiar en los próximos 6 meses?
 muy probable algo probable no es probable

Yo, el candidato, afirmo que todo lo que hemos llenado, y el ingreso que hemos reportado es verdad. Entiendo que si mi niño(a) es aceptado en la programa con información falsa de ingresos o incompleta, mi niño(a) puede perder el lugar en la programa.

Firma del Padre/Guardián

Fecha