



**The Center at Lake County Elementary**  
Early Childhood Programs  
Lake County School District R-1

Head Start, Early Head Start, Children with disabilities, and Tuition Based

Queridos Padres,

Gracias por su interés en los Programas de la Primera Infancia del Centro. Nuestro programa ofrece un programa preescolar de preparación escolar y cuidado infantil de alta calidad de día extendido.

**Los siguientes elementos DEBEN incluirse con su solicitud para que pueda ser procesada.**

- Certificado de Nacimiento del Niño
- Tarjeta de Seguro de Salud-Seguro Privado, CHP o Medicaid
- **Si desea ser considerado para un punto preescolar DE HEAD START, debe incluir uno de los siguientes elementos como evidencia de elegibilidad. Estos documentos deben ser incluidos para cualquier adulto en el hogar que tenga un ingreso:**
  - 1040 Formulario de impuestos de 2021 o W-2 de 2021
  - Cuadillas de cheques que representan un año de ingresos
  - Declaración del empleador por un año de ingresos
  - Documentación de Foster Care o McKinney Vento Act documentando la falta de vivienda

**Debe tener uno de estos formularios de ingresos para ser considerado para Head Start.** El Centro hará copias de los documentos originales. Por favor, no deje documentos originales.

Una vez que haya completado esta solicitud, por favor trátela, envíela por correo electrónico o envíela por fax al Centro con los documentos requeridos. También podemos recibir solicitudes por correo regular. Evaluaremos sus solicitudes y le haremos saber para qué programa usted califica, qué programas tienen vacantes, y trabajaremos para crear un horario que se ajuste a las necesidades de su familia.

**COMPLETAR LA SOLICITUD NO GARANTIZA A SU HIJO UN LUGAR EN EL PROGRAMA.**

Si tiene alguna pregunta, o si desea ayuda para completar esta solicitud, llame a Lisa al 719-486-6928 o a Nancy al 719-486-6920 para español.

|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| Fecha en que se recibió la solicitud por oficina: | Persona que recibe la solicitud: |
|---|----------------------------------|

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de solicitud \_\_\_\_\_

## El Centro de la Escuela Primaria del Condado de Lake Solicitud preescolar 2022-2023

### Información del niño

|                        |                        |   |  |  |   |
|------------------------|------------------------|---|--|--|---|
| El apellido            |                        | El nombre de pila   |  | El segundo nombre  | Vive con: <ul style="list-style-type: none"> <li>• la mamá</li> <li>• el papá</li> <li>• ambos</li> <li>• fomentar</li> <li>• otro</li> </ul> |
| La fecha de nacimiento | El lugar de nacimiento | Lengua primaria <ul style="list-style-type: none"> <li>• el inglés</li> <li>• el español</li> <li>• otro - _____</li> </ul> |  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• el niño</li> <li>• la niña</li> </ul> |   |

Raza/Etnia – rodea todo lo que se aplica

Afro Americano   
  Hispano   
  el nativo americano   
  Asiático   
  Isleño del Pacífico   
  el Blanco

Otro-----

### Información de seguros

Medicaid# \_\_\_\_\_   
 CHP+# \_\_\_\_\_   
 Seguros Privados # \_\_\_\_\_   
 Sin seguro

|   |                 |  |                  |                                    |
|---|-----------------|--|------------------|------------------------------------|
| <b>Adulto Primario</b>                      | <b>La Madre</b> | <b>Padre</b>   | <b>Otro-----</b> | <b>¿Vive con la familia? Y / N</b> |
| el apellido                                 |                 | el nombre de pila  |                  | la fecha de nacimiento             |
| el teléfono de casa                         |                 | el teléfono celular  |                  | Dirección física Y postal          |
| el email                                    |                 |  |                  |                                    |
| Nombre del empleador / dirección y teléfono |                 | Idioma principal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inglés</li> <li>• Español</li> <li>• otro</li> </ul> |                  |                                    |

Para fines de notificación (inicio tardío, cierre de la escuela, etc.), ¿cómo desea que nos comuniquemos con usted?:

el teléfono de casa     
 el teléfono celular     
 el email

Raza/Etnia – rodea todo lo que se aplica

el afroamericano   
  hispano   
  el nativo americano   
  Asiático   
  isleño del Pacífico   
  el blanco   
 otro-----

|                          |                 |                     |                  |                                    |
|--------------------------|-----------------|---------------------|------------------|------------------------------------|
| <b>Adulto Secundario</b> | <b>La Madre</b> | <b>Padre</b>        | <b>Otro-----</b> | <b>¿Vive con la familia? Y / N</b> |
| el apellido              |                 | el nombre de pila   |                  | la fecha de nacimiento             |
| el teléfono de casa      |                 | el teléfono celular |                  | Dirección física Y postal          |

|  |  |                           |
|--|--|---------------------------|
| el email   |  |                           |
| Nombre del empleador / dirección y teléfono  | Idioma principal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inglés</li> <li>• Español</li> <li>• otro</li> </ul> |                           |
| Para fines de notificación (inicio tardío, cierre de la escuela, etc.), ¿cómo desea que nos comuniquemos con usted?:<br>el teléfono de casa      el teléfono celular      el email |  |                           |
| Raza/Etnia – rodea todo lo que se aplica<br>el afroamericano    hispano    el nativo americano    Asiático    isleño del Pacífico    el blanco<br>otro-----                        |  |                           |
| <b>Otro adulto en casa:</b> el guardián    Padre de paso    Vivir en socio    el abuelo    otro-----   |  |                           |
| el apellido  | el nombre de pila  | la fecha de nacimiento    |
| el teléfono de casa  | el teléfono celular  | Dirección física Y postal |
| Nombre del empleador / dirección y teléfono  | Idioma principal <ul style="list-style-type: none"> <li>• Inglés</li> <li>• Español</li> <li>• otro</li> </ul> |                           |
| Raza/Etnia – rodea todo lo que se aplica<br>el afroamericano    hispano    el nativo americano    Asiático    isleño del Pacífico    el blanco    otro-----                        |  |                           |

| Otras personas en su hogar si aún no se han mencionado anteriormente - Incluya hermanos y hermanas |             |                        |
|--|-------------|------------------------|
| el nombre  | la relación | la fecha de nacimiento |
|  |             |                        |
|  |             |                        |
|  |             |                        |
|  |             |                        |

| Factores familiares confidenciales (verifique todos los que correspondan, esto nos ayuda a encontrar una fuente de financiamiento para satisfacer las necesidades de su familia) |   |   |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• padre menor de 18 años en el momento del nacimiento del niño</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• violencia/abuso en el hogar – actual o pasado</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Viví en más de una casa en el último año. ¿Cuántos? _____</li> </ul> |

|  |  |   |                        |
|--|--|---|------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• uno o ambos padres desplegados</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• miembro de la familia encarcelado</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas sin hogar.</li> <li>• No hay vivienda permanente,</li> <li>• Motel</li> <li>• Campamento</li> <li>• refugio,</li> </ul> |                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• involucrado con DHS</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• uno de los más padres / tutores no completó una educación secundaria o equivalente</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• miembro de la familia que lucha contra la depresión (incluso el posparto), enfermedad crónica o discapacidad</li> </ul>          |                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• abuso de drogas o alcohol en el hogar, actual o pasado</li> </ul>   |  |   |                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• recibe asistencia (rodea todos los que aplican)</li> </ul> <p>TANF CCAP (cuidado infantil) LEAP WIC Cupones de alimentos Desempleo Gratis y Almuerzo Reducido SSI</p> |  |   |                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• tipo de apoyo tiene su familia? (Amigos, familiares, grupos de la iglesia, etc.)</li> </ul>   |  |   |                        |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguna otra información familiar que sea importante que conozcamos?</li> </ul>   |  |   |                        |
| AM   | PM   | Si se desea un día completo, por favor rodee la razón:<br>Trabajo a tiempo completo estudiante búsqueda de empleo<br>Otro: _____  | la base de operaciones |
| Si es prenatal, ¿cuál es su fecha de parto?  |  |   |                        |

| Factores infantiles (verifique todo lo que se aplica, esto nos ayuda a asegurarnos de que estamos satisfaciendo todas las necesidades de su hijo) |  |   |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuve problemas durante / justo después del nacimiento</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para ver o frota / parpadea mucho los ojos</li> </ul>                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Me preocupa el habla o el lenguaje de mi hijo</li> </ul>     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pesaba menos de 5 lb. 8 oz.</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para oír o tubos en los oídos o infecciones frecuentes del oído</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Me preocupa el comportamiento de mi hijo</li> </ul>          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene una enfermedad en curso:</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene una discapacidad diagnosticada</li> </ul>                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Me preocupa el desarrollo físico de mi hijo</li> </ul>       |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problemas de salud que limitarán las actividades en la escuela:</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene un IFSP o IEP o recibe terapia privada</li> </ul>                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Me preocupan las habilidades sociales de mi hijo</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rara vez juega con otros niños de su edad</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha recibido intervención temprana en el pasado</li> </ul>                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Me preocupa la capacidad de mi hijo para aprender</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Alguna otra información que necesitemos saber sobre su hijo?</li> </ul>                                 |  |   |

¿Es usted un empleado del Distrito Escolar del Condado de Lake? Sí / No ¿Qué escuela -----

¿Necesitas horarios extendidos? Por favor, enumere -----

**Firma(s) requerida(s):**

Firma de padre/tutor: \_\_\_\_\_ la fecha: \_\_\_\_\_

Firma de padre/tutor: \_\_\_\_\_ la fecha: \_\_\_\_\_

Firma del personal: \_\_\_\_\_ la fecha: \_\_\_\_\_

**Staff use only – Dates:** Application received \_\_\_\_\_ Enrolled \_\_\_\_\_

Start date: \_\_\_\_\_

**Program:** Head Start CPP IEP District Employee Tuition

**Schedule:** AM PM FULL DAY Home based

Updated Initials \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Updated Initials \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Updated Initials \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_ Updated Initials \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_