

2020-2021 KALAMAZOO COUNTY PRE-K APPLICATION



Querida familia pre-kinder, estamos muy emocionados de ser parte de la próxima aventura de su hijo! Una experiencia valiosa de pre-kinder es un gran comienzo, y un gran beneficio en la preparación para el éxito en el kinder para un niño.

Si respondió "sí" a todas las preguntas anteriores, es probable que sea elegible para el programa de pre-kinder del condado de Kalamazoo. Favor de completar la aplicación de Pre-Kinder del Condado de Kalamazoo y entregarla con todos los documentos requeridos que se encuentran en la lista hacia abajo en la parte "Instrucciones de Paso a Paso" para determinar su elegibilidad.

Si respondió "no" a cualquiera de estas preguntas puede ser que todavía sea elegible para un programa de pre-kinder del condado de Kalamazoo. Lo animamos a completar la aplicación para pre-kinder. Favor de contactarnos por correo electrónico a hse-roll@kresa.org si tiene preguntas.

TAN FÁCIL COMO DECIR 1-2-3

Turn in the following three items with your child's application:

- 1. Registro de nacimiento del niño.
- 2. Comprobante de ingresos familiares anuales: ingresos por trabajo (W-2, declaración de impuestos o talones de cheques), manutención de menores, desempleo, seguro de ingreso suplementario (SSI), asistencia de dinero en efectivo y cualquier otra prueba de ingresos.
- 3. Comprobante de la dirección actual: licencia de conducir, recibo de alquiler (renta), recibo de servicios públicos, carta del refugio o anfitrión, si viven con otra familia temporalmente.

Lea las instrucciones paso a paso para obtener información más detallada.

KALAMAZOO RESA
INSPIRING EDUCATIONAL EXCELLENCE

KALAMAZOO COUNTY
PRE-K


KC Ready4s


GREAT START
COLLABORATIVE
Kalamazoo County


Great Start
Readiness Program
Michigan's Nationally Recognized Pre-K Program

 KALAMAZOO RESA
Head Start

Instrucciones de Paso a Paso

Paso 1: Aplicación de Pre-Kinder

- 1a Llenar la aplicación de Pre-Kinder del Condado de Kalamazoo completamente. La aplicación está disponible en inglés o español. Puede bajar una copia o completar una forma digital en DreamBigStartSmall.org.

Paso 2: Documentos Requeridos

Todos los aplicantes deben entregar los siguientes documentos con la aplicación. La elegibilidad no puede ser determinada a menos que se hayan entregado todos los siguientes documentos requeridos.

- ☐ 2a Documentación de edad. De acuerdo con las nuevas reglas todos los niños deben tener:
 - 3 años de edad antes del 1 de diciembre para ser elegibles para programas de niños de 3 años
 - 4 años de edad antes del 1 de diciembre para ser elegibles para programas de niños de 4 años
 - * La prioridad de la colocación será para aquellos niños que tienen 3 o 4 años de edad antes del 10 de septiembre.

Entregar uno de los siguientes documentos:

- Certificado de nacimiento (de preferencia)
- Pasaporte
- Declaración jurada de parentesco/Registro del hospital
- Registro bautismal
- Tarjeta de consentimiento de emergencia de hogar sustituto
- Carta de colocación de hogar sustituto
- Mandato judicial

- ☐ 2b Comprobante de ingresos. **El ingreso es el factor primario de elegibilidad.** Puede consultar las tablas de ingreso en kresa.org/qualifications para más detalles. Debe entregar documentos de todo tipo de ingresos en los últimos 12 meses. Estos documentos pueden incluir:

- La declaración de impuestos del año pasado (la primera página), o talón de pago con el año hasta la fecha enumerada, W2s o declaración escrita del empleador si la declaración de impuestos no está disponible
- TANF/FIP
- Seguro Social/Talón de cheque de SSI o estado mensual
- Talón de cheque de desempleo o declaración
- Asistencia financiera (becas)
- Manutención de hijos/Pensión alimenticia/Declaración de pensión

- ☐ 2c Documentación de domicilio. Entregar uno de los siguientes documentos:

- Licencia de conducir con la dirección correcta (de preferencia)
- Factura reciente de servicios públicos con su dirección (un bil)
- Contrato de alquiler o hipoteca o escritura de casa
- Carta escrita del refugio, si Usted se encuentra entre casas

- ☐ 2d Documentos adicionales:

- Registro actual de vacunación (antes del primer día de clase)
- Evaluación de salud/Examen físico durante los últimos 12 meses (durante los primeros 30 días del comienzo de su niño)
- Medicaid o tarjeta de seguro médico del niño

Paso 3: Entrega de los documentos

- ☐ 3a Una vez completada la aplicación con todos los documentos requeridos:

- Entregue la aplicación y documentos requeridos en línea DreamBigStartSmall.org
- Entregue la aplicación en papel con los documentos requeridos a:
 - » Kalamazoo RESA Head Start/GSRP Administration Office, 422 E. South St., Kalamazoo, MI 49007
 - » Kalamazoo RESA Early Childhood Office, GSRP, lower level of 4606 Croyden Ave., Kalamazoo, MI 49006
 - » Kalamazoo County Ready 4s Office, 259 E. Michigan Ave., Suite 409, Kalamazoo, MI 49007
 - » Consulte con su distrito escolar local para la ubicación.

Para asistencia favor de llamar al (269) 250-9333 de lunes a viernes, 8:00am – 4:00pm

Paso 4: Procesamiento de la Aplicación

- ☐ 4a Favor de tomar en cuenta que se necesita 2 a 4 semanas para procesar su aplicación. Una vez procesada la aplicación usted recibirá información sobre su elegibilidad.

Completa esta aplicación o inscribirse en línea en www.DreamBigStartSmall.org

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nomb. Legal del Niño: _____ Fecha Nacimiento: ____ / ____ / ____
Apellido Nombre Inicial segundo Mes Día Año

Sexo asignado al nacer: Masculino Etnicidad: Hispano o Latino No Hispano o Latino

Raza (Marcar todo lo que corresponda): Negro o Americano africano Asiático Blanca o Caucásica
 Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico

Preferencia del Programa (Día completo no está disponible en todos los programas): Día Completo Parte del Día
 (Si parte del día, Mañana Tarde Sin preferencias)

Basada en disponibilidad, ¿tiene una ubicación de programa que prefiera? _____

¿Cómo se enteró de Kalamazoo County Pre-Kindergarten? Experiencia anterior (programa preescolar) Experiencia anterior (temprana edad o semillas para el éxito)

Radio Volante Redes sociales Familia/Amigos – Nombre completo: _____ Otro: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR

Niño Vive con: Ambos Padres Madre Padre Custodia Compartida (Si compartida, Físico o Legal) Guardián legal
 Abuelo(s) Padres sustitutos Otro, Explicar: _____

Lengua familiar: Primero _____ Segundo _____ Familia Necesita un Intérprete

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE O GUARDIÁN LEGAL

INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE O GUARDIÁN LEGAL

Nombre Completo: _____ Fecha Nacimiento: _____ Dirección del Padre: _____ Correo Electrónico: _____ Legalmente Responsable de Apoyo Financiero: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo de Teléfono: _____ Número de Teléfono con Código de Área: _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje _____ Parentesco: <input type="checkbox"/> Padre Biológico o Adoptivo o Padrasto <input type="checkbox"/> Padre sustituto <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Otro Cuidador Educación (Marca el nivel más alto): <input type="checkbox"/> Sin diploma de Secundaria o Grado Más Alto: <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Diploma de Secundaria or <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diplomado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado Empleo u Otro (Marca todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Empleado de Media Jornada (Menos de 35 horas por semana) <input type="checkbox"/> Empleado de Jornada completa (Más de 35 horas por semana) <input type="checkbox"/> Asiste a la Escuela o la Universidad <input type="checkbox"/> Ama de Casa por Elección <input type="checkbox"/> Desempleado	Nombre Completo: _____ Fecha Nacimiento: _____ Dirección del Padre: _____ Correo Electrónico: _____ Legalmente Responsable de Apoyo Financiero: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tipo de Teléfono: _____ Número de Teléfono con Código de Área: _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje _____ Parentesco: <input type="checkbox"/> Padre Biológico o Adoptivo o Padrasto <input type="checkbox"/> Padre sustituto <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Otro Cuidador Educación (Marca el nivel más alto): <input type="checkbox"/> Sin diploma de Secundaria o Grado Más Alto: <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> Diploma de Secundaria or <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Diplomado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado Empleo u Otro (Marca todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Empleado de Media Jornada (Menos de 35 horas por semana) <input type="checkbox"/> Empleado de Jornada completa (Más de 35 horas por semana) <input type="checkbox"/> Asiste a la Escuela o la Universidad <input type="checkbox"/> Ama de Casa por Elección <input type="checkbox"/> Desempleado
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

OTROS NIÑOS Y OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA ADMITIDOS POR INGRESOS (SI NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTE UNA HOJA DE PAPEL)

Apellido	Nombre	Asistido Head Start?	Fecha Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo asignado al nacer	Parentesco	Si niño, edad de padre/madre cuando nació niño
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Por favor, escriba la(s) escuela(s) donde los hermanos asisten actualmente: _____

TIPO DE VIVIENDA ACTUAL DE LA FAMILIA

La familia vive actualmente: en una casa que alquila o propia en una situación de vivienda temporal en un hotel/motel
 en una casa propia o alquilada por otra persona sin residencia nocturna fija en un refugio

INFORMACIÓN DE DIRECCIÓN (INCLUYA EL NOMBRE DE COMPLEJO DE APARTAMENTOS, EN SU CASO)

Dirección: _____ Condado: _____
Calle/Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Recoger al Niño (Si diferente): _____ Dirección de Dejar al Niño (Si diferente): _____

¿En qué distrito escolar vive? Climax-Scotts Comstock Galesburg-Augusta Gull Lake Kalamazoo Parchment
 Portage Schoolcraft Vicksburg Other: _____

INGRESOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA LEGALMENTE RESPONSABLE DE APOYO DEL NIÑO

Nombre: _____ Ingreso Total Anual: \$ _____

Nombre: _____ Ingreso Total Anual: \$ _____

Por favor marca **TODAS** las fuentes de ingresos de la familia recibido en los últimos 12 meses:

- Empleo a Tiempo Completo Ayudo en Efectivo (FIP) SSI Otro: _____
- Empleo a Tiempo Parcial Desempleo Reembolso de Cuidado de Niño _____
- Pensión Alimenticia Manutención de Niño Seguridad Social _____

PREGUNTAS SUPLEMENTARIAS

Contacto en Emergencias: _____ Número de Teléfono con Código del Área: _____

Dirección: _____
Calle/Apartamento Ciudad Estado Código Postal

¿Necesita usted cuidado infantil antes o después de la escuela? (No está disponible en todos los programas) Sí No

¿Puede usted transporter a su hijo de ida y vuelta a la escuela? Sí No

Por favor liste cualquier programa o guardería que su niño asiste actualmente: _____

ESTADO DE DISCAPACIDAD DEL NIÑO (SOLICITANTE)

¿Tiene el niño un retraso identificado en el desarrollo? No Sí – Describa, por favor: _____

¿Ha participado su niño con cualquiera de los siguientes programas? Early On PET Visitas al hogar – Contacto: _____

¿Ha recibido su hijo servicios para: Visión o Oído Logopedia Educación Especial de Infancia Temprana
 Terapia Ocupacional Fisioterapia IEP o IFSP

OTRO INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE PUEDA PRIORIZAR EL COLOCACIÓN

- ¿El comportamiento del niño alguna vez ha prevenido la participación en otras situaciones de grupo? Sí No
- ¿Alguien en el hogar hablan una lengua materna diferente al Inglés? Sí No
- ¿Alguien en los hogares ha sido abusado o descuidado? Sí No
- ¿Está el niño viviendo con un adulto sólo como resultado de un divorcio, la separación, el encarcelamiento, el servicio militar, o la muerte? Sí No
- ¿Tiene su hijo alguna enfermedad crónica o consideraciones médicas (asma, sonda de alimentación, alergias, infecciones del oído frecuentes, etc.)... Sí No
- ¿Es el niño en cuidado temporal? Sí No
- ¿Hay algún hermano que tiene una enfermedad crónica, problema de conducta, discapacidad o ha muerto?..... Sí No
- ¿Era uno de los padres menores de 20 años de edad cuando nació el primer hijo?..... Sí No
- ¿La familia está sin vivienda estable o está sin hogar?..... Sí No
- ¿Vive la familia en un barrio de alto riesgo? (Insegura debido a la criminalidad, la drogadicción, la contaminación, la infestación de insectos, etc.).... Sí No
- ¿Fue el niño expuesto a sustancias tóxicas antes o después del nacimiento? (Alcohol, drogas, envenenamiento por plomo, nicotina, etc.)... Sí No

FIRMA DEL PADRE/MADRE O GUARDIÁN LEGAL

Información en esta aplicación esta confidencial. El programa pre-kindergarten de su niño no discriminará a ninguna familia o estudiante sobre la base de raza, color, origen nacional, género o discapacidad.

- Certifico que la información, incluidos los ingresos, proporcionado en esta solicitud es correcta y verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad informar el programa de pre-kindergarten de mi niño si me mudo, o si tengo cualquier otro cambio en las circunstancias que podrían afectar a la inscripción o la colocación de mi niño. Yo entiendo que al participar en el programa de pre-kindergarten, el aprendizaje y el desarrollo de mi niño serán evaluados y monitoreados para apoyar un mayor crecimiento; y que algunos resultados se pueden informar como notas y se combinan con las notas de otros niños para futuras investigaciones relacionadas con el nivel general del impacto de la preparación para el kindergarten en todo el condado.
- Entiendo que esta información será ingresada en un sistema de base de datos central confidencial que pueda ser accesible para Kalamazoo RESA Head Start, Great Start Readiness Programs, el condado de Kalamazoo Ready 4s en un esfuerzo para colocar correctamente a mi niño en un Programa de Kalamazoo County Pre-K y para eficazmente analizar los servicios del Kalamazoo County a las familias y los niños. Mi firma abajo constituye un consentimiento para revelar la información en esta aplicación a las entidades enumeradas.

Firma* de Padre/Madre o Guardián Legal: _____ Fecha (mes/día/año): _____

*Si se da información verbal, el personal imprimirá el nombre del padre/madre o guardián arriba con la fecha, se marca esta casilla, y pondrá sus iniciales _____