

Programa de Desarrollo Infantil Preescolar Estatal Jumpstart

Esta aplicación es
para el año escolar
2021/2022

○

2022/2023

Por favor marque el
año de interés

No le garantizamos la inscripción de su hijo o hija. Usaremos la información del presente cuestionario para compararla con la "lista de elegibilidad."

La admisión a este programa está basada en las pautas determinadas por el estado y prioridad según la edad.

Cuestionario de elegibilidad

ATLAS (Saticoy) E.P. Foster Montalvo
(AM clase doble inmersión)

Pacific High Portola Sheridan Way Will Rogers
(Completamente inclusivo) (AM clase doble inmersión)

NOTA: INO SE PUEDEN GESTIONAR los cuestionarios incompletos y tendremos que DESCARTARLOS!

Información de la familia

A: Nombre del padre/madre (padre/tutor/padre de crianza) B: Nombre del padre/madre (padre/tutor/padre de crianza)

Nombre del niño/a Fecha de nacimiento Fecha de hoy

Dirección Ciudad Estado Zona postal

No. de teléfono de la casa Teléfono del trabajo padre/madre (A) Teléfono del trabajo padre/madre (B)

¿Cuáles son sus fuentes de ingreso? Marque las que correspondan.

Lo siguiente corresponde al padre o tutor del rubro A
Por favor nombre el ingreso **mensual** promedio bruto (antes de deducciones)

1. _____ Ingreso familiar (bruto) \$ _____
2. _____ Seguro de desempleo \$ _____
3. _____ Pensión/anualidad \$ _____
4. _____ Miembros de la familia en AFDC en el hogar \$ _____
5. _____ Seguro social \$ _____
6. _____ Incapacidad \$ _____
7. _____ Propina/comisión/trabajo particular \$ _____
8. _____ Manutención/pensión de alimentos \$ _____
9. _____ Otro (Explique) _____ \$ _____
10. _____ TANF \$ _____

Lo siguiente corresponde al padre o tutor del rubro B
Por favor nombre el ingreso **mensual** promedio bruto (antes de deducciones)

1. _____ Ingreso familiar (bruto) \$ _____
2. _____ Seguro de desempleo \$ _____
3. _____ Pensión/anualidad \$ _____
4. _____ Miembros de la familia en AFDC en el hogar \$ _____
5. _____ Seguro social \$ _____
6. _____ Incapacidad \$ _____
7. _____ Propina/comisión/trabajo particular \$ _____
8. _____ Manutención/pensión de alimentos \$ _____
9. _____ Otro (Explique) _____ \$ _____
10. _____ TANF \$ _____

Ingreso familiar total (Padres de los rubros A y B) \$ _____

¿Paga usted manutención ordenada por la corte por otros hijos que no viven con usted? Si No Si es así ¿cuánto? \$ _____

***For Jumpstart Use Only**

Waiting List: _____

Family Size: _____

Eligibility #: _____

Date Enrolled: _____

Income: _____

School Year: _____

AM PM

Programa de Desarrollo Infantil – Preescolar Estatal Jumpstart
Cuestionario de elegibilidad – Página 2

Por favor liste cualquier dependiente y/o niño que usted mantenga y que vive en el hogar.

Nombre (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco
Nombre (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco
Nombre (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco
Nombre (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco
Nombre (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco
Nombre (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco
Nombre (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco
Nombre (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco
Nombre (Nombre y apellido)	Fecha de nacimiento	Parentesco

Por favor marque lo que corresponde a su hijo o hijos.

1. Necesidades excepcionales. Esto se refiere a un niño se ha determinado elegible para educación especial u otro servicio relacionado. Este niño cuenta con un programa individualizado de educación (IEP) y está recibiendo servicios de educación especial. Nombre del niño o niños que recibe servicios: _____
2. Impedimento severo. Un niño con un trastorno físico o emocional.
Nombre del niño o niños: _____
Explicación: _____
3. Servicios de protección infantil. Aquellos niños que reciben servicios de respaldo de cualquier departamento del condado o refugio de emergencia debido a un riesgo de abuso o desatención.
Si es así, nombre la agencia: _____
Nombre del niño/s que recibe servicios: _____
Por favor adjunte la carta de recomendación de la agencia licenciada.

Por favor nombre el idioma(s) que el niño habla en la casa: _____

Certificación

Declaro que en lo mejor de mi conocimiento y creencia, la información anterior es verdadera y correcta. Acuerdo notificar a la agencia inmediatamente si se realiza cualquier cambio en la información de esta forma. Comprendo que dicha información es confidencial y se utilizará para determinar mi elegibilidad para recibir servicios de desarrollo infantil y establecer mi prioridad en la lista de espera. Comprando además que toda la información provista será verificada antes que los servicios sean aprobados.

Firma del solicitante	Fecha	Parentesco con el niño/s
-----------------------	-------	--------------------------