

# Salem- Keizer Aplicación de Pre-Kínder

2025-2026

## Regréselo a:

1850 45<sup>th</sup> Ave. NE  
Salem, OR 97305  
503-399-5510

## Información del programa

El Distrito Escolar de Salem Keizer ofrece programas de pre-kínder de medio día en las áreas de: Bush, Grant, Four Corners, Highland, Scott, Swegle, Richmond, Washington y Yoshikai.

Lo que usted deberá saber:

1. Debe vivir en el área de asistencia de las siguientes escuelas: Bush, Grant, Four Corners, Highland, Scott, Swegle, Richmond, Washington y Yoshikai.
2. Su hijo/a debe tener 4 años para el 10 de septiembre. Los niños que tengan 5 años para el 10 de septiembre califican para el kínder.
3. Favor de llenar la aplicación completamente para ser considerado para este programa.

## Información del Estudiante

Primer Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ (circule uno) Masculino Femenino

Dirección \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Dirección de Guardería \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

OFFICE USE ONLY:

DATE APPLICATION RECEIVED \_\_\_\_\_

HOME SERVICE AREA: \_\_\_\_\_

DAYCARE SERVICE AREA: \_\_\_\_\_

### Padre/Tutor #1 ó Cuidador Primario

Primer nombre del Padre/Madre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa/Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Vive con su niño/a (circule uno):      Si      No

### Padre/Tutor #2 ó Cuidador Primario

Primer nombre de Padre/Madre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono de Casa/Celular \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo \_\_\_\_\_

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Vive con su niño/a (circule uno):      Si      No

### Encuesta Familiar de Pre-Kínder (circule todo lo que aplique)

**El niño/a vive con:** Ambos Padres    Madre    Padre    Abuelos    Tutor    Otro

Si selecciono otro en la parte de arriba, favor de explicar: \_\_\_\_\_

**¿Recibe su hijo/a servicios de cualquier otro programa (WESD, etc.)?**

No    Si

Si así es, favor describa. \_\_\_\_\_

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_

**¿Está actualmente viviendo con otra familia u otro miembro de la familia debido a los costos de vivienda**

No    Si

**¿Esta temporalmente viviendo en asistencia de vivienda, un motel o un albergue?**

No    Si