SHASTA COUNTY OFFICE OF EDUCATION

Early Childhood Services
43 Hilltop Dr., Redding, CA 96003
(530) 225-2999 • Fax (530) 225-2977
SCOEAP@shastacoe.org

Solicitud de Shasta para Preescolar y Cuidado de Niños

Por favor seleccione los programas a los cuales desea aplicar:
☐ Cuidado de niños (Shasta AP) ☐ SCOE Preescolar (CSPP)
☐ Aula para bebés y niños pequeños (CCTR) ☐ Centro Educativo en Casa (FCCHEN)

Cómo te enteraste de nosotros: ☐ Correo Electrónico ☐ Proveedor de Cuidado ☐ Sitio web de Internet/Agencia ☐ Anuncio/Folleto ☐ Amigo/Pariente ☐ Referencia en el sitio ☐ Otro:_____

¿Está su familia? ☐ Reciben servicios de protección infantil ☐ En riesgo ☐ Trabajando con Dept.Child & Family Services

Circunstancias familiares: ☐ Padre Soltero ☐ Sin hogar ☐ Militar en servicio activo **Tamaño de Familia:** _____

Necesidades de cuidado de niños: ☐ Buscando Empleo ☐ Trabajando ☐ Incapacidad Médica ☐ Escuela
Direccion : _____
Dirección de correo : _____

Padre Inscrito: _____ **Lenguaje Primario:** _____
Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
Relación con el niño: ☐ Padre ☐ Abuelo ☐ Padre Foster ☐ Guardián ☐ Otro: _____
Teléfono Principal: _____ **Teléfono Secundario**: _____ **Teléfono del Trabajo:** _____
Correo Electrónico:_____ **Fecha de Nacimiento:** _____/_____/_____

Padre Secundario: _____ **Lenguaje Primario:** _____
Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer
Relación con el niño: ☐ Padre ☐ Abuelo ☐ Padre Foster ☐ Guardián ☐ Otro: _____
Teléfono Principal: _____ **Teléfono Secundario**: _____ **Teléfono del Trabajo:** _____
Correo Electrónico:_____ **Fecha de Nacimiento:** _____/_____/_____

Límites de Ingresos

Utilice la siguiente tabla para determinar el ingreso máximo para su familia según el tamaño de la familia y el programa.

- Ex: Una familia de 4 personas calificaría recibir cuidado de niños si su ingreso mensual bruto es inferior a $9,020.
- Los ingresos de las familias de foster se basarán únicamente en los ingresos de los niños de foster, y el tamaño de la familia sería el niño de foster más sus hermanos biológicos en la misma casa.
- **Si sus ingresos superan los límites establecidos, puede calificar si su familia recibe uno de los siguientes beneficios:** MediCal, CalFresh, CalWorks, WIC, Head Start, Programa de asistencia alimentaria de California, Programa federal de distribución de alimentos en reservas indígenas.

Elegibilidad para Preescolar Estatal

Tamaño de la familia	**1-2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
Ingresos brutos mensuales	$7,759	$8,790	$10,249	$11,889	$13,529	$13,837

Elegibilidad para cuidado de niños general, aula para bebés y niños pequeños

Tamaño de la familia	**1-2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	8+
Ingresos brutos mensuales	$6,860	$7,785	$9,020	$10,463	$11,906	$12,177	$12,447

¿Necesita ayuda para encontrar recursos adicionales? Comuniquese con Help Me Grow (530) 605-2645

Ingresos:

Ingresos mensuales antes de impuestos (empleo):	$_____ Padre Inscrito $_____ Padre Secundario	
Otros Ingresos, incluyendo pero no limitado a: manutención de los ninos, ingresos de incapacidad, desempleo, TANF, foster care:	$_____ Fuente:_____ $_____ Fuente:_____ $_____ Fuente:_____	
¿Los padres del hogar han recibido y se les ha cancelado la Asistencia Monetaria en los últimos 2 años? (Solo adultos, no niños) ☐ Sí ☐ No **Fecha de terminación:** ___/___/___	**¿Hay alguien dentro de su familia que actualmente reciben Asistencia Monetaria?** (Adultos y/o niños) ¿En qué condado?_____ Total mensual $_____	
Ingresos mensuales totales del hogar:	$_____	
Si usted paga manutención de niños o pensión (Esto será deducido de su ingreso bruto)	Restar de arriba $_____	**Nuevo Total:** **$**_____
Beneficios del Gobierno:	☐ WIC ☐ Medi-Cal ☐ Head Start ☐ CalFresh	

Niño Inscrito: _____ **Fecha de Nacimiento**: _____/_____/_____
Etnicidad: ☐Hispano ☐No-Hispano **Lenguaje Primario**: _____ **Sexo**: ☐ Hombre ☐ Mujer
Raza: ☐ Indio Americano ☐ Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Afroamericano ☐ Caucásico ☐ Isleño del Pacífico
Necesidades excepcionales: ☐ Sí ☐ No

Niño Inscrito: _____ **Fecha de Nacimiento**: _____/_____/_____
Etnicidad: ☐ Hispano ☐ No-Hispano **Lenguaje Primario**: _____ **Sexo**: ☐ Hombre ☐ Mujer
Raza: ☐ Indio Americano ☐ Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Afroamericano ☐ Caucásico ☐ Isleño del Pacífico
Necesidades excepcionales: ☐ Sí ☐ No

Apunte a todos los demás niños en el hogar menores de 18 años:
Nombre: _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de Nacimiento:___/___/___
Nombre: _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de Nacimiento:___/___/___
Nombre: _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de Nacimiento:___/___/___
Nombre: _____ Sexo: ☐ Hombre ☐ Mujer Fecha de Nacimiento:___/___/___

Preescolares y aulas para bebés y niños pequeños de SCOE

SCOE Early Childhood Services ofrece nuestra propia selección de aulas que brindan aprendizaje en la primera infancia, centrándose en el desarrollo cognitivo, físico y socioemocional. **Seleccione el sitio al que desea que asista su hijo.**
Aulas preescolares: Medio día (de 3 a 3,5 horas) Día completo (hasta 9 horas) Edades: 24 meses a 5 años
Aula para bebés y niños pequeños: Día completo (hasta 9 horas) Edades: 0 meses a 36 meses

Medio día Preescolar SCOE:	**Día completo Preescolar SCOE:**	**Aulas para bebés y niños pequeños:**
• Alta Mesa • Bella Vista • Columbia • Black Butte • Little Hill • Lassen View • Grand Oaks AM or PM • North Cottonwood AM Primera opción: _____ Segunda opción: _____	• Bella Vista • Columbia • Hilltop • Rother • Happy Valley • Magnolia Cottage • Juniper • Lassen View • Sycamore • Shasta Meadows Primera opción: _____ Segunda opción: _____	• Hilltop • Rother • Juniper Primera opción: _____ Segunda opción: _____

Al firmar este formulario, autorizo a la Oficina de Educación del Condado de Shasta a verificar la información anterior. Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada es verdadera según mi conocimiento.

Firma del padre/Guardián: _____ **Fecha**: _____