

Solicitud de inscripción en Prekinder de PPS

La presentación de esta solicitud no garantiza la inscripción. Se le notificará el estado de su solicitud tan pronto como sea posible.

Nombre legal del niño/a: Apellido _____ Nombre _____ **Fecha de nacimiento del niño/a** ____ / ____ / ____

Género del niño/a: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario Origen étnico del niño/a: ¿Es hispano/a? ☐ Sí ☐ No

Raza del niño/a (todas las que correspondan): ☐ Asiática ☐ Negra ☐ Multirracial ☐ Nativa americana ☐ Isleña del Pacífico ☐ Blanca

Si seleccionó nativa americana, ¿cuál es la afiliación tribal del niño/a? _____

Idioma del niño/a: Lengua materna _____ Segundo idioma _____

Dirección del hogar: _____ Ciudad _____ Código postal _____

Seleccione uno: ☐ Familia monoparental ☐ Familia de dos padres ☐ Familia de acogida ☐ Abuelos ☐ Otro

Nombre del primer adulto: Apellido _____ Nombre _____ **Fecha de nacimiento** ____ / ____ / ____

Género del primer adulto: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario Origen étnico del primer adulto: ¿Es hispano/a? ☐ Sí ☐ No

Raza del primer adulto: ☐ Asiática ☐ Negra ☐ Multirracial ☐ Nativa americana ☐ Isleña del Pacífico ☐ Blanca

Idioma del primer adulto: Lengua materna _____ Segundo idioma _____

Dirección del primer adulto (si es diferente:): _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono del primer adulto: _____ Cel ☐ Sí ☐ No Email: _____

Nombre del segundo adulto: Apellido _____ Nombre _____ **Fecha de nacimiento** ____ / ____ / ____

Género del segundo adulto: ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No binario Origen étnico del segundo adulto: ¿Es hispano/a? ☐ Sí ☐ No

Raza del segundo adulto: ☐ Asiática ☐ Negra ☐ Multirracial ☐ Nativa americana ☐ Isleña del Pacífico ☐ Blanca

Idioma del segundo adulto: Lengua materna _____ Segundo idioma _____

Dirección del segundo adulto (si es diferente:): _____ Ciudad _____ Código postal _____

Teléfono del segundo adulto: _____ Cel ☐ Sí ☐ No Email: _____

Familia del niño/a Nombre a los padres/tutores y hermanos:

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Idioma principal/¿Necesita intérprete?

Responda las siguientes preguntas detalladamente. Su respuesta nos ayudará a determinar la urgencia de las necesidades de su familia.

Ingreso bruto anual actual: Ingreso bruto mensual actual: Número de personas en el hogar:

Coloque una "X" en la columna Sí o No	Sí	No
¿Su familia actualmente recibe una subvención en efectivo u otros beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)?		
¿Usted o alguien en su familia reciben actualmente Ingresos de Seguro Suplementario (SSI)?		
¿Su familia recibe cupones de alimentos (Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria o SNAP)?		
¿Está recibiendo WIC para este niño? En caso afirmativo, ¿cuál es el número de identificación de WIC? _____		
¿Este niño/a recibe cuidados tutelares (<i>foster care</i>) por medio de DHS?		
¿Está compartiendo vivienda debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?		
¿Vive en un refugio de emergencia, motel, automóvil, parque, espacio público o vivienda precaria?		

Coloque una "X" en la columna Sí o No	Sí	No	Coloque una "X" en la columna Sí o No	Sí	No
¿Tiene el niño/a un padre/tutor militar?			¿Es una familia migrante o de refugiados?		
¿Fue o es un padre/madre adolescente?					
¿Hay un miembro de la familia encarcelado actualmente?			En caso afirmativo, ¿cuál es la relación con el niño/a?		
¿El niño/a tiene un problema de salud o discapacidad documentada?			En caso afirmativo, ¿qué tipo?		
¿El niño/a recibe servicios de Educación Especial?			En caso afirmativo, ¿cuál es el proveedor?		
¿Recibe su familia servicios de otra agencia?			En caso afirmativo, ¿qué agencia?		
¿El niño/a ha estado inscrito en otro preescolar?			En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?		
¿Se ha inscrito un hermano en PreK?			En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre? Cuando _____		
Seleccione cualquier problema en el entorno que haya afectado al niño/a en los últimos 2 años:					
☐ Abuso infantil/negligencia ☐ Enfermedad o muerte en la familia ☐ Violencia doméstica ☐ Abuso de drogas o alcohol					
☐ Divorcio ☐ Problema de salud infantil grave _____ ☐ Otra _____					

Profesional de servicios médicos del niño/a: Profesional de servicios dentales:

Número médico del niño/a o cobertura de seguro médico

Firma del padre/madre/tutor Fecha

Ubicaciones de centros de PPS. Indique el/los centro(s) que prefiere:

- ☐ Boise-Eliot Humboldt 620 N Fremont St.
- ☐ Clarendon Early Learning Center 9325 N VanHouten
- ☐ Creston Annex 4620 SE Powell Blvd.
- ☐ Faubion 2930 NE Dekum St.
- ☐ Grout 3119 SE Holgate Blvd.
- ☐ Jason Lee 2222 NE 92nd Ave.
- ☐ Kelly Center 9015 SE Rural St.
- ☐ Lent 5105 SE 97th Ave.
- ☐ Dr. Martin Luther King Jr. 4906 NE 6th Ave.
- ☐ Marysville 7733 SE Raymond St.
- ☐ Rosa Parks 8960 N Woolsey Ave.
- ☐ Sacajawea 4800 NE 74th Ave.
- ☐ Sitton 9930 N Smith St.
- ☐ Whitman 7326 SE Flavel St.