Aplicación para Asistencia Financiera 2026-2027

Múltiples fuentes de ayuda están disponibles para familias que califiquen. (No todas las becas son en base a los ingresos) Si lo requiere será considerado en base a necesidades, fondos disponibles, prueba de ingresos, y deberá completar el papeleo y las formas de inscripción.

NOMBRE LEGAL DEL ESTUDIANTE **FECHA:_____**

Nombre::	**Segundo Nombre:**	**Apellido:**
Fecha de Nacimiento:	**Edad al 1 de Sept 2026:**	Adoptado? ☐ SI ☐ NO

1. ¿Su hijo ha completado una Evaluación de la edad temprana en un distrito escolar?

☐ SÍ - Completada en distrito escolar:_____ ☐ **NO** - Llame (651) 306-7503 o vaya a www.ighEarlyLearning.org para una cita

2. ¿Ha aplicado o planea aplicar para Head Start?	☐ SI ☐ NO
3. ¿Ha aplicado o recibido antes una beca Pathways One del Estado de Minnesota?	☐ SI ☐ NO
4. ¿Ha solicitado o recibido una beca Pathways Two o becas de otro programa de cuidado infantil u otro preescolar?	☐ SI ☐ NO

5. ¿Su hijo recibe ayuda de un médico o salud mental, un terapeuta o un especialista en conducta?	☐ SI ☐ NO
6. ¿Su hijo ha sido evaluado o recibido servicios de Educación Especial en los últimos 4 años?	☐ SI ☐ NO
7. ¿Tiene su hijo actualmente un IEP o IFSP con un distrito escolar para servicios de Educación Especial?	☐ SI ☐ NO

8. ¿Es uno de los padres un migrante o trabajador agricultural temporal?	☐ SI ☐ NO	12. ¿Su hijo ha estado sin hogar donde vivir en los ultimos 24 meses?	☐ SI ☐ NO
9.¿Es uno de los padres menor a 21 y estudando para obtener diploma de high school o GED?	☐ SI ☐ NO	13. ¿Su hijo esta aprendiendo el idioma Inglesr?	☐ SI ☐ NO
10. ¿Esta uno de los padres actualmente en un programa de tratamiento de abuso de sustancias, carcel, prision, centro de detención o en supervisión activa?	☐ SI ☐ NO	14. ¿Su hijo ha experimentado violencia domestica?	☐ SI ☐ NO
11. ¿Es uno de los padres actualmente en programa de tratamiento de salud mental?	☐ SI ☐ NO	15. Mi familia tiene otras circunstancias extenuantes. Por favor contacteme para discutirlo.	☐ SI ☐ NO

¿Su familia participa actualmente en alguno de estos programas fondeados públicamente? (Checar los que aplican)

☐	Beneficios Educacionales: Free and Reduced Lunch Program	☐	Food Support (SNAP)/Food Stamps
☐	Child Care Assistance (CCAP)	☐	Child and Adult Care Food Program (CACFP)
☐	Food Distribution Plan on Tribal Lands	☐	Minnesota Family Investment Program (MFIP)

Numero de adultos en la casa	A	**¿Cual fue el ingreso total de la casa antes de impuestos?**
Numero de niños menores de 18 en la casa	B.	**Por Año**_____ **O Por Mes**_____
TOTAL numero de gente en la casa (Sume linea A y linea B) =		**Prueba de Ingresos:** Para ser considerado para ayuda financiera, se requiere prueba de ingresos para la mayoría de becas. Documentos que se aceptan incluyen Cartas de uno de los programas mencionados arriba o 2 recibos de pago recientes de cada uno de los adultos que tengan ingresos.

Padre/Guardian #1

Nombre:
Firma:
Telefono:

Padre/Guardian #2 (opcional)

Nombre:
Firma:
Telefono:

Regrese las formas a IGH Early Learning Center, *Lunes - Viernes de 7:30 AM a 3:30 PM*

3203 68th St East, Inver Grove Heights MN 55076 (Junto a Hilltop Elementary Puerta #2)

Email: Preschool@isd199.org / Tel: 651-306-7503 / Fax: 651-306-7521