

# 2026-2027 ENROLLMENT APPLICATION

Plattsmouth Early Childhood Center  
1912 Old Hwy 34  
Plattsmouth, NE 68048  
Teléfono: 402-296-5250  
Fax: 402-296-5202

Programa  
☐ Sixpence ☐ Early Head Start  
☐ Conestoga ☐ Plattsmouth ☐ Otro

## Mi familia está solicitando:

|                                                                         |                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Basado en el hogar (prenatal hasta los 3 años) | <input type="checkbox"/> Preescolar (de 3 a 5 años) |
|                                                                         | <input type="checkbox"/> Día completo               |
|                                                                         | <input type="checkbox"/> Medio día                  |

## Solicitante # 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre legal del solicitante: Apellido                                                                                                                                                                                                                                      | Nombre:                                                                                  |                                                                                 |
| Fecha de nacimiento:                                                                                                                                                                                                                                                        | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino             |                                                                                 |
| Peso de nacimiento:<br>¿Nació el niño antes de las 37 semanas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                      | Primer Idioma:<br>Otros idiomas que se hablan en casa:                                   |                                                                                 |
| Etnia (elija una): <input type="checkbox"/> Origen hispano/latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano/no latino                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                 |
| Raza: <input type="checkbox"/> indio americano <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Birracial/Multirracial <input type="checkbox"/> Otro  |                                                                                          |                                                                                 |
| El solicitante es una mujer embarazada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, fecha prevista de parto:                                                                                                                                |                                                                                          |                                                                                 |
| ¿Tiene el niño una necesidad especial o discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> sospechoso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿IFSP? <input type="checkbox"/> ¿PEI?<br>En caso afirmativo, indique el diagnóstico y la fuente: |                                                                                          |                                                                                 |
| ¿El niño ha sido diagnosticado por un médico con algún diagnóstico médico crónico como asma, alergias, convulsiones, diabetes, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>En caso afirmativo, indique:                                                |                                                                                          |                                                                                 |
| ¿El niño fue remitido al programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>(En caso afirmativo, ¿por quién?) (¿Por qué?)                                                                                                                                 |                                                                                          |                                                                                 |
| ¿Fue remitido a servicios por una agencia de bienestar infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                 |
| ¿Su hijo recibe alguno de los siguientes:<br>¿Conexión para niños (chips)?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                       | ¿Medicaid (no Kid's Connection)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Tienes seguro privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene usted la custodia legal de este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sin tipo de custodia: <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Articulación                                                                             |                                                                                          |                                                                                 |
| * Es posible que se requiera documentación del estado de custodia                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |                                                                                 |

## Solicitante # 2

|                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                          |                                                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre legal del solicitante: Apellido                                                                                                                                                                                                                                      | Nombre:                                                                                  |                                                                                 |
| Fecha de nacimiento:                                                                                                                                                                                                                                                        | Género: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino             |                                                                                 |
| Peso de nacimiento:<br>¿Nació el niño antes de las 37 semanas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                      | Primer Idioma:<br>Otros idiomas que se hablan en casa:                                   |                                                                                 |
| Etnia (elija una): <input type="checkbox"/> Origen hispano/latino <input type="checkbox"/> Origen no hispano/no latino                                                                                                                                                      |                                                                                          |                                                                                 |
| Raza: <input type="checkbox"/> indio americano <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Birracial/Multirracial <input type="checkbox"/> Otro  |                                                                                          |                                                                                 |
| El solicitante es una mujer embarazada: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, fecha prevista de parto:                                                                                                                                |                                                                                          |                                                                                 |
| ¿Tiene el niño una necesidad especial o discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> sospechoso <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿ISFP? <input type="checkbox"/> ¿PEI?<br>En caso afirmativo, indique el diagnóstico y la fuente: |                                                                                          |                                                                                 |
| ¿El niño ha sido diagnosticado por un médico con algún diagnóstico médico crónico como asma, alergias, convulsiones, diabetes, etc.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>En caso afirmativo, indique:                                                |                                                                                          |                                                                                 |
| ¿El niño fue remitido al programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>(En caso afirmativo, ¿por quién?) (¿Por qué?)                                                                                                                                 |                                                                                          |                                                                                 |
| ¿Fue remitido a servicios por una agencia de bienestar infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                    |                                                                                          |                                                                                 |
| ¿Su hijo recibe alguno de los siguientes:<br>¿Conexión para niños (chips)?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                       | ¿Medicaid (no Kid's Connection)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Tienes seguro privado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene usted la custodia legal de este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sin tipo de custodia: <input type="checkbox"/> Primario <input type="checkbox"/> Articulación                                                                             |                                                                                          |                                                                                 |
| * Es posible que se requiera documentación del estado de custodia                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |                                                                                 |

**Información familiar**

|                                                                                                                                                                             |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| Estado de los padres: <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Dos padres <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> No padre/tutor |                                                            |
| Cuidador principal en el hogar (nombre):                                                                                                                                    | Número de familiares directos:                             |
| Número en el hogar:                                                                                                                                                         | Número de niños por edad: 0 a 3 ____ 4-5 ____ 5 y más ____ |
| Nombre del cuidador adicional:                                                                                                                                              | Dirección de casa:                                         |
| Estado de la Ciudad:                                                                                                                                                        | Código postal: Condado:                                    |
| Dirección postal: (si es diferente a la anterior):                                                                                                                          | Estado de la Ciudad:<br>Código postal: Condado:            |
| Teléfono: Casa ( ) Trabajo ( ) Celular ( ) Dirección de correo electrónico:                                                                                                 |                                                            |
| Nombre/número de teléfono de contacto alternativo:                                                                                                                          |                                                            |

**Se requiere información sobre ingresos para programas gratuitos o de precio reducido**

|                                                                   |                                                                                                              |                        |      |                          |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------|--------------------------|
| Nombres de todos los miembros de la familia que reciben ingresos. | RENTA BRUTA DEL HOGAR<br>Enumere los ingresos del último mes a continuación. No indique el salario por hora. |                        |      |                          |
| Apellido nombre                                                   | Ganancias del trabajo antes de deducciones                                                                   | Pensiones, jubilación, | Otro | NO Ingreso               |
|                                                                   | ps                                                                                                           | ps                     | ps   | <input type="checkbox"/> |
|                                                                   | ps                                                                                                           | ps                     | ps   | <input type="checkbox"/> |
|                                                                   | ps                                                                                                           | ps                     | ps   | <input type="checkbox"/> |

\*\*\*\*Adjunte documentos de verificación de ingresos (recibo de pago, W-2, documentos fiscales, etc.)\*\*\*\*

☐ Elijo no presentar verificación de ingresos y entiendo que se me exigirá que pague la tarifa preescolar completa cada mes.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Otra información**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ¿Algún cuidador primario menor de 20 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                        |
| ¿Algún proveedor de atención primaria tiene una discapacidad o una condición o impedimento crónico físico, cognitivo o relacionado con la salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, especifique:                                                                                                                                 |
| ¿Algún proveedor de atención primaria tiene una enfermedad mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                |
| ¿Hay algún cuidador primario encarcelado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Durante los últimos 12 meses, ¿ha cambiado su empleo o sus ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>En caso afirmativo, especifique:                                                                                                                                                                                                          |
| ¿Su familia está necesitada o en crisis? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>En caso afirmativo, describa:                                                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Alguien en su familia recibe:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| TANF o ADC: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   SNAP: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No   SSI: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                        |
| ¿Está recibiendo el Cupones Mujeres, Bebés y Niños (WIC)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                         |
| ¿Al menos uno de los padres/tutores es miembro del ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>En caso afirmativo, ¿hay algún padre/tutor actualmente desplegado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es al menos el padre/tutor un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

**Información de miembros de la familia**

| Nombre y apellido de TODO miembros de la familia que viven en el hogar | Fecha de nacimiento | Género | La nota más alta Terminado | Relación con el solicitante |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------|--------|----------------------------|-----------------------------|
|                                                                        |                     | MF     |                            |                             |
|                                                                        |                     | MF     |                            |                             |
|                                                                        |                     | MF     |                            |                             |
|                                                                        |                     | MF     |                            |                             |
|                                                                        |                     | MF     |                            |                             |
|                                                                        |                     | MF     |                            |                             |

**Al ser aceptado en un programa, entiendo que tendré que proporcionar el certificado de nacimiento del niño, un registro de vacunación completo y actual, verificación de la fuente de ingresos y un examen de bienestar infantil actualizado.**

**Certificación:** Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede terminarse y puedo estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información contenida en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y será accesible para mí durante el horario comercial normal.

Firma del padre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Aprobado por el Consejo de Políticas el 26/1/26 & BOE on 9/2/26

Revisado Noviembre, 2025