Distrito de Escuelas Primarias Salinas
PROGRAMA PREESCOLAR ESTATAL
915 Larkin St., Rm. 201
Salinas, CA 93907
Tel. 831.784.5402
Office Hours: 8:30 am – 5:00 pm

PROCESO DE APLICACIÓN PARA EL PROGRAMA PREESCOLAR DEL ESTADO DE CALIFORNIA (CSPP)

Instrucciones para aplicar:

Paso 1: Recoge una solicitud en una de las siguientes escuelas: Boronda Meadows Elementary 915 Larkin St. Salinas, CA. 93907 o Sherwood Elementary School 110 S. Wood St. Salinas, Ca. 93905
O imprima la solicitud desde el sitio web del Distrito Escolar Primaria del la Ciudad de Salinas (Salinas City Elementary School District https://www.salinascityesd.org

Paso 2: Llame para programar una cita con la Oficina del Programa Preescolar, ubicada en la dirección mencionada anteriormente, para entregar el paquete de solicitud completo junto con la documentación requerida. O Envíe su solicitud por correo electrónico a: cspp@salinascityesd.org

- **SOLO SE ACEPTAN PAQUETES COMPLETOS CON LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA. ASEGÚRESE DE COMPLETAR Y FIRMAR TODAS LAS FORMAS.**
- **UNA VEZ QUE EL PERSONAL DE LA OFICINA REVISE SU SOLICITUD Y USTED CALIFIQUE, SU HIJO/A SERÁ COLOCADO/A EN UNA LISTA DE ESPERA.**

⇒ **SI SE LE LLAMA PARA REGISTRAR A SU HIJO/A, SE LE DARÁ UNA CITA PARA FINALIZAR LA REGISTRACIÓN. LA CITA TOMARÁ APROXIMADAMENTE 45-60 MINUTOS. SE LE PUEDE SOLICITAR QUE PROPORCIONE MÁS INFORMACIÓN DURANTE ESTA CITA.**

- **SOLAMENTE LOS PADRES O LOS TUTORES LEGALES PUEDEN FINALIZAR LA INSCRIPCIÓN.**

DESPUÉS DE COMPLETAR LA INSCRIPCIÓN:

⇒ **Debe asistir a una orientación en persona o virtual antes del primer día de clases. La hora y el enlace de zoom se enviarán a medida que se acerquen las fechas.**

⇒ **Descargar la aplicación de Learning Genie para padres, en su teléfono celular.**

Revised 07/24/26 cld

***** CONSERVE ESTA FORMA COMO REFERENCIA*****

Distrito de Escuelas Primarias Salinas
PROGRAMA PREESCOLAR ESTATAL
915 Larkin St., Rm. 201
Salinas, CA 93907
Tel. 831.784.5402
Office Hours: 8:30 am – 5:00 pm

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA LA APLICACIÓN DE PREESCOLAR

*El paquete debe completarse con tinta azul o negra.

❑ **Actas de Nacimiento originales de todos los niños de la familia de 17 años o menores (para comprobar el tamaño de la familia)**

❑ **Vacunas del niño/a que quiere registrar para preescolar**

❑ **Examen fisico actual del niño/a que quiere registrar para preescolar**

❑ **Ingreso actual** (Comprobante de ingresos familiares de los últimos 2 meses), por ejemplo:

- Talones de cheque/pago
- Negocio propio (Reporte reciente de ganacias/perdidas, declaración de impuestos más reciente)
- Desempleo
- Discapacidad
- Compensación de trabajadores
- CalWORKs/Ayuda Monetaria y/o CalFresh (estampillas) Aviso de Acción
- Manutención de menores

❑ **Comprobante de dirección** – (Recibo de utilidad, Estado de cuenta de tarjeta de crédito, Estado de cuenta del banco, Póliza de seguro de automóvil, Recibo de celular o internet)

❑ Plan de Educación Individualizado (PEI) (Se requiere *una copia del PEI, si es aplicable*)

❑ ***Opcional:*** Ser voluntario en el salón de clases y interactuar con los niños require vacunas: (SB 792 requiere que todos los padres, tutores y voluntarios se vacunen contra la tos ferina, el sarampión y la influenza). También se require una prueba cutánea de TB/PPD/Quantiferon/Radiografias y/o una carta medica (válida por 4 años), así como completar una capacitación para denunciantes obligatorios de abuso infantil y completar y firmar el Formulario de Acuerdo Voluntario y Renuncia y Exención de Reclamaciones del Distrito de Escuelas Primarias de Salinas.

El Programa Preescolar del Estado de California de SCESD se reserva el derecho de solicitar información adicional para verificar la elegibilidad.

SOLO SE ACEPTARÁN PAQUETES COMPLETOS JUNTO CON LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS.
SI NECESITA AYUDA, LLAME A LA OFICINA PREESCOLAR.

Revised 07/24/26 cld

***** CONSERVE ESTA FORMA COMO REFERENCIA*****

Distrito de Escuelas Primarias Salinas

Solicitud para el Programa Preescolar Estatal de California (CSPP)

Escuela Meadows Elementary, 915 Larkin St., Salon 201, Salinas, CA 93907
Tel. (831) 784-5402

Gracias por aplicar al Programa Preescolar Estatal

Instrucciones:

1. Complete todas las formas y **llame para hacer una cita** para entregar su aplicación junto con los documentos requeridos.
2. Si necesita ayuda para llenar la aplicación, por favor de llamarnos al (831) 784-5402.
3. Es su responsabilidad informarnos de cualquier cambio en su hogar, incluyendo el número de teléfono, dirección, ingresos, y la familia/tamaño del hogar.

Elija la escuela y/o el programa que prefiera: (si marca más de una escriba 1ra, 2da opción, etc.)
(La disponibilidad de las escuelas podría cambiar)

Tiempo Parcial (8:00-11:00 am / 12:00-3:00 pm / 1:00-4:00 pm) 180 dias/año ❑ AM o ❑ PM

- ❑ Boronda Meadows, 915 Larkin St.,93907
- ❑ El Gabilan, 1256 Linwood Dr., 93906
- ❑ Kammann, 521 Rochex Ave., 93906
- ❑ Lincoln, 705 California St., 93901
- ❑ Loma Vista, 757 Sausal Dr., 93906
- ❑ Los Padres, 1130 John St., 93905
- ❑ Natividad, 1465 Modoc Ave., 93906
- ❑ Roosevelt, 120 Capitol St., 93901
- ❑ Sherwood, 110 S. Wood St., 93905

Tiempo Completo (8:00 am – 4:00 pm) 210 dias/año
(Horas basadas en la NECESIDAD)

- ❑ Boronda Meadows, 915 Larkin St.,93907
- ❑ Natividad, 1465 Modoc Ave., 93906
- ❑ Sherwood, 110 W. Wood St., 93905
- ❑ Lincoln, 705 California St., 93901
- ❑ Roosevelt, 120 Capitol St., 93901

Información de Padre/Madre o Tutor/a

	1er Padre/Madre/Tutor: ☐Madre ☐Padre ☐Tutor/a ☐Otro_____	2do Padre/Madre/Tutor: (solo si vive en el mismo hogar) ☐Madre ☐Padre ☐Tutor/a ☐Otro_____
Primer Nombre y Apellido		
Dirección:		
Ciudad y Codigo Postal:		
Teléfono Celular:		
Tel. del Trabajo:	¿Llamar al Trabajo? ☐Si ☐No	¿Llamar al Trabajo? ☐Si ☐No
Correo Electronico:		
Idioma principal del padre/tutor?		
Alguno de los criterios de necesidad aplica a usted? (Marque todo lo que aplique)	☐ Servicios de Protección Infantil ☐ Riesgo de abuso, negligencia o explotación ☐ Está Trabajando o Negocio Propio ☐ Buscando Trabajo ☐ Buscando Vivienda Permanente ☐ Falta de Vivienda ☐ Entrenamiento Vocacional ☐ Programa Educativo ☐ Incapacitación ☐ Sin necesidad	☐ Servicios de Protección Infantil ☐ Riesgo de abuso, negligencia o explotación ☐ Está Trabajando o Negocio Propio ☐ Buscando Trabajo ☐ Buscando Vivienda Permanente ☐ Falta de Vivienda ☐ Entrenamiento Vocacional ☐ Programa Educativo ☐ Incapacitación ☐ Sin necesidad

Fuentes de Ingresos:		1st Padre/Madre/Tutor	2nd Padre/Madre/Tutor
Trabajo/Empleo/Negocio	□Si □No	Mensual: $	Mensual: $
Sustento de Menores Recibido	□Si □No	Mensual: $	Mensual: $
Sustento de Menores Pagado	□Si □No	Mensual: $	Mensual: $
Beneficios de Discapacidad o Compensación de Trabajo	□Si □No	Mensual: $	Mensual: $
Beneficios de Desempleo	□Si □No	Mensual: $	Mensual: $
Asistencia Pública/ TANF/Asistencia Monetaria	□Si □No	Mensual: $	Mensual: $
Estampillas	□Si □No	Mensual: $	Mensual: $
Otro (Describa):		Mensual: $	Mensual: $

Marque todo lo que aplique a su familia:

□ Servicios de Protección Infantil
□ Riesgo de abuso, negligencia o explotación
□ Plan de educación individualizado (PEI) – Niño/a con necesidades especiales **(COPIA DEL PEI ES REQUERIDA)**
□ Falta de Vivienda
□ Recibiendo Ayuda Monetaria (Cash Aid)
□ Ninguno

Informacíon de sus hijos/hijas: (Anote a todos sus hijos de 17 años o menores que viven con usted.)

Necesita Preescolar?		Primer Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Tipo de Familia (Normal/Adoptiva/ Tutor)	Tiene su hijo/a Necesidades Especiales?
S / N	1				M / F / NB	N / F / G	□Si □No
S / N	2				M / F / NB	N / F / G	□Si □No
S / N	3				M / F / NB	N / F / G	□Si □No
S / N	4				M / F / NB	N / F / G	□Si □No
S / N	5				M / F / NB	N / F / G	□Si □No

Derecho a Compartir Información

La información que he proporcionado es verdadera y correcta. Entiendo que la elegibilidad de mi familia se basará en la información proporcionada aquí y que se requerirá documentación antes de la inscripción. El Programa Preescolar del Distrito Escolar Primario de Salinas tiene mi permiso para compartir esta información con el Departamento de Educación de California.

Firma: _____ Fecha: _____

DO NOT FILL OUT THIS PART. THIS IS FOR OFFICE USE ONLY.

Gross Monthly Family Income: _____ □ Over 100% SMI □ 15% above 100% SMI **Household Size:** _____

□ **CPS/At Risk** □ **Exceptional Needs** □ **Homeless** □ **Cash Aid** □ **Income Eligible** □ **Full Day w/Need**

Notes: _____

_____

Revised 8/22/2024-mdg

Distrito de Escuelas Primarias Salinas
840 South Main St.
Salinas, California 93901

FORMULARIO DE INSCRIPCION DEL ESTUDIANTE
POR FAVOR LLENE TODOS LOS ESPACIOS

SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA	☐ Immunizations Pending	☐ Birth Verified
School_____	☐ Immunizations Verified	☐ DI Request
Date Enrolled _____	☐ Proof of Residence	☐ Intra
Grade_____ Room #_____	☐ Custody Doc#_____	☐ Inter
Teacher_____	☐ LDC ☐SDC ☐ EDC ☐BUS	☐ Foster

Nombre del Estudiante: _____ **Teléfono del hogar** _____
Apellido Nombre Segundo nombre o apellido

☐ Masculino ☐ Femenino Lugar de nacimiento_____ **Fecha de nacimiento** (mm)_____(dd)_____(AAAA)_____
(ciudad) (estado) (país)

Domicilio del hogar _____
Número Nombre de la Calle Apto.# Ciudad Código Postal

Domicilio postal (si es diferente al de arriba) _____
Número Nombre de la calle Apto.# Ciudad Código Postal

INFORMACIÓN SOBRE LA ESCOLARIDAD ANTERIOR

¿Ha participado su hijo en alguno de los siguientes programas? (maque todo lo que aplica) ☐ Migrante ☐ Habla ☐ Dotados y Talentosos ☐ Escuela de Verano ☐ Preescolar

Última escuela a la que asistió (incluyendo preescolar)	Fecha: / /	Grado:	Nombre de la Escuela/Ciudad/Estado
Fecha en que entró por primera vez a una escuela TK-6 en los EEUU	Fecha: / /	Grado:	Nombre de la Escuela/Ciudad/Estado
¿Ha asistido a una escuela TK-6 en Salinas, CA? ☐ SÍ ☐ NO	Fecha: / /	Grado:	Nombre de la Escuela/Ciudad/Estado

RAZA Y ORIGEN ÉTNICO DEL ESTUDIANTE

I. ¿CUÁL ES EL ORIGEN ÉTNICO DE SU HIJO O HIJA? Marque un origen étnico solamente:
☐ **Hispano o Latino** (Una persona de cultura u origen cubano, mexicano, puertorriqueño, sudamericano o centroamericano, sin importar su raza.)
☐ **No Hispano o no Latino**

La pregunta anterior se refiere a lo étnico, no a la raza. No importa lo que usted marcó en la pregunta, por favor **continúe contestando lo siguiente,** marque una o más de las cajas para indicar lo que usted considere es la raza de su hijo o hija.

II. ¿CUÁL ES LA RAZA DE SU HIJO O HIJA? (requerido por la Póliza Federal US y CA Código de Educación) – Vea todas las que aplican:
☐ **Indio Americano o Nativo de Alaska (100)** (Una persona descendiente de cualesquier persona original de Sudamérica o Norteamérica [incluyendo Centroamérica], quien mantiene afiliación con su tribu o vínculos con su comunidad.)
☐ **Indio Asiático (205)** ☐ **Camboyano (207)** ☐ **Chino (201)** ☐ **Filipino (400)** ☐ **Hmong (208)** ☐ **Japonés (202)**
☐ **Coreano (203)** ☐ **Vietnamita (204)** ☐ **Laos (206)** ☐ **Otro Asiático (299)**
☐ **Hawaiiano o Isleño del Pacífico (301)** ☐ **Nativo de Guam (302)** ☐ **Samoano (303)** ☐ **Tahitiano (304)** ☐ **Otro Isleño del Pacífico (399)**
☐ **Negro o Afroamericano (600)** (Una persona descendiente de algún grupo de raza negra de África.)
☐ **Anglosajón (700)** (Una persona descendiente de alguna persona original de Europa, Medio Oriente o Norte de África.)

INFORMACION DE SALUD DE EMERGENCIA

Marque todo lo que aplica:
☐ Alergias_____
☐ Piquete de abeja
☐ Cacahuates
☐ Asma ☐ Diabetes
☐ Oído ☐Problemas del Corazón
☐ Ortopédicos ☐ Visión (Lentes)
☐ Cirugía reciente o enfermedad
☐ Convulsiones (Epilepsia)
☐ Otro:_____
☐ Medicamentos:_____
☐ Ninguno

INFORMACIÓN DEL PADRE(MADRE) O TUTOR

☐Madre ☐Padre ☐Guardián ☐Padrastros
Nombre:_____
¿Vive en el hogar? ☐ SÍ ☐ NO
¿Custodia Legal? ☐ SÍ ☐ NO Doc # _____
¿Militar Activo? ☐ SÍ ☐ NO Departamento:_____
Nombre del Empleador:_____
Teléfono:_____ ☐ Celular ☐ Trabajo

Padres o Tutor 1: Nivel de educación más alto
☐ No graduado de preparatoria(14)
☐ Graduado de la Preparatoria (13)
☐ Algunos años de Universidad (incluye diploma(AA))(12)
☐ Graduado de Universidad (Licenciatura.)(11)
☐ Maestría /Escuela de Postgrado (10)

☐Madre ☐Padre ☐Guardián ☐Padrastros
Nombre:_____
¿Vive en el hogar? ☐ SÍ ☐ NO
¿Custodia Legal? ☐ SÍ ☐ NO Doc # _____
¿Militar Activo? ☐ SÍ ☐ NO Departamento:_____
Nombre del Empleador:_____
Teléfono:_____ ☐ Celular ☐ Trabajo

Padres o Tutor 2: Nivel de educación más alto
☐ No graduado de preparatoria(14)
☐ Graduado de la Preparatoria (13)
☐ Algunos años de Universidad (incluye diploma(AA))(12)
☐ Graduado de Universidad (Licenciatura.)(11)
☐ Maestría /Escuela de Postgrado (10)

Por favor escoja un lenguaje de correspondencia (Mensaje de voz automatizado, Notificación de asistencia, verbal o impresa)
☐ Inglés ☐Español

La siguiente información es esencial para poder proveer una enseñanza significativa para todos los alumnos y es requerida por el Código del Departmento de Educación de CA

HERMANOS Y HERMANAS INSCRITOS EN EL DISTRITO DE ESCUELAS PRIMARIAS SALINAS

Nombre	Género	Edad	Escuela	¿Vive en el hogar?
	☐ M ☐ F			☐ SÍ ☐ NO
	☐ M ☐ F			☐ SÍ ☐ NO

SERVICIOS DE EDUC. ESPECIAL

¿Tiene su hijo o hija necesidades especiales de conducta o aprendizaje?
☐ SÍ ☐ NO
Si marcó sí, por favor especifique:
_____
¿Recibió su hijo servicios de educación especial en su escuela anterior?
☐ SÍ ☐ NO
¿Tienen él o ella un Plan de Educación Individualizada (IEP)/ Plan 504?
☐ SÍ ☐ NO
Si marcó sí, por favor adjunte el actual PEI/ Plan 504 antes de inscribir a su hijo o hija.

ENCUESTA DE LENGUAJE EN EL HOGAR Y ENCUESTA DE MIGRANTES

¿Cuál idioma aprendió su hijo o hija cuando él o ella empezó a hablar? _____
¿Cuál idioma utiliza su hijo o hija con más frecuencia en el hogar? _____
¿Cuál idioma utiliza usted con más frecuencia cuando habla con su hijo o hija? _____
Dé el nombre del idioma que hablan con más frecuencia los adultos en el hogar: _____
El número I-94 de estudiantes (para refugiados solamente) _____
¿Se ha mudado su familia en los últimos tres años? ☐ SÍ ☐ NO
De *(Ciudad)* *(Estado)* *(Año)*

¿Cuándo se mudaron, usted o un miembro de su familia buscó u obtuvo empleo de temporada/Temporario:
☐ Agricultura ☐ Industria de acabados ☐ Empacadora de alimentos ☐ Viveros

ES SU RESPONSABILIDAD NOTIFICARLE A LA ESCUELA CUALQUIER CAMBIO EN LA INFORMACIÓN DADA ARRIBA.

Cualquier información falsa en este formulario podrá resultar en el traslado inmediato de su hijo o hija a otra escuela.

¡¡¡IMPORTANTE!!! Si hay alguna disputa de custodia y si usted no permite que el padre(madre) que no tiene la custodia recoja a este niño o niña hijo usted deberá proveer documentación de custodia legal para anexarla al expediente escolar del alumno.

Firma del Padre (Madre)/ Tutor _____ **Fecha** _____

DISTRITO DE ESCUELAS PRIMARIAS SALINAS
TARJETA DE EMERGENCIA
POR FAVOR LLENE TODOS LOS ESPACIOS

SÓLO PARA USO DE LA ESCUELA	☐ Immunizations Pending	☐ Birth Verified
School_____	☐ Immunizations Verified	☐ DI Request
Date Enrolled _____	☐ Proof of Residence	☐ Intra
Grade_____ Room #_____	☐ Custody Doc#_____	☐ Inter
Teacher_____	☐ LDC ☐ SDC ☐ EDC ☐ BUS	☐ Foster ☐ BEST

ALERTA
para la Oficina

Nombre del Estudiante: _____ **Teléfono del hogar** _____
Apellido Nombre Segundo Nombre/Apellido

☐ Masculino ☐ Femenino ☐ No Binario Lugar de Nacimiento _____ **Nacimiento** ____/____/____
(ciudad) (estado) (país) (mm) (dd) (AAAA)

Domicilio Particular _____
Número Nombre de la Calle Apto.# Ciudad Zona Postal

Dirección Postal (si es diferente a la de arriba) _____
Número Nombre de la Calle Apto.# Ciudad Zona Postal

POR FAVOR LLENE TODOS LOS ESPACIOS Y FIRME EN LA PARTE DE ABAJO

Marque uno o más El/la estudiante vive con: ☐ **Ambos padres** ☐ **Madre** ☐ **Padre** ☐ **Tutor** ☐ **Otro**_____

Nombre de la **Madre** o Tutora: ¿Custodia Legal? ☐ **SI** ☐ **NO** ¿Qué lenguaje habla?: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro	Domicilio Particular (si es diferente a la del estudiante- incluya Ciudad, Zona Postal) Nombre del empleador: Dirección del trabajo: Ciudad: ¿Militar Activo? ☐ SÍ ☐ NO Departamento:_____	Teléfono del hogar (código de área): Teléfono celular/Localizador(código de área): Teléfono del trabajo (código de área): E-mail (opcional):	**Por Favor escoja un lenguaje de correspondencia** (Mensaje de voz automatizado, Notificación de asistencia, verbal o impresa) ☐ **Inglés** ☐ **Español**
Nombre del **Padre** o Tutor: ¿Custodia Legal? ☐ **SI** ☐ **NO** ¿Qué lenguaje habla?: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro	Domicilio Particular (si es diferente a la del estudiante- incluya Ciudad, Zona Postal) Nombre del empleador: Dirección del trabajo: Ciudad: ¿Militar Activo? ☐ SÍ ☐ NO Departamento:_____	Teléfono del hogar (código de área): Teléfono celular/Localizador(código de área): Teléfono del trabajo (código de área): E-mail (opcional):	

CONTACTO(S) DE EMERGENCIA LOCAL: LISTE EN ORDEN DE PREFERENCIA A OTROS QUE NO SEAN LOS LISTADOS ARRIBA

Nombre (Parentesco) Domicilio Número(s) de Teléfono Lenguaje Hablado

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Nombre de hermanos(as) Género Grado/Salón Escuela

_____
_____
_____

Yo entiendo que el Distrito de Escuelas Primarias Salinas no provee seguro médico accidental para estudiantes por lastimaduras ocurridas en la escuela pero sí ofrece seguro accidental de compra voluntaria. *En caso de una emergencia, cuando ustedes no puedan ser contactados, las autoridades escolares tienen su permiso de usar su mejor criterio en el interés de la salud y bienestar de su hijo o hija. La escuela no asume la responsabilidad financiera, si se requirieran servicios de emergencia que involucren una acción médica o si se requiriera tratamiento y no se pudiera localizar a ninguno de los padres ni al médico de familia para que dieran su consentimiento, el padre (madre) por este medio da su consentimiento para dicho servicio médico de emergencia para el estudiante(s) arriba mencionado como se juzgue necesario en la opinión del personal médico que suministre dicho servicio.*

Nombre de la compañía de seguro médico _____ **Póliza #** _____
Médico de la familia: _____ Teléfono #: _____ Domicilio: _____
Dentista de la familia: _____ Teléfono #: _____ Domicilio: _____
¿Tiene su hijo o hija **condición(es) médicas**? ☐ **SI** ☐ **NO** Si su respuesta es sí explique por favor: _____
_____
¿Toma **medicamentos** su hijo/a? ☐ **SI** ☐ **NO** Si su respuesta es sí explique por favor: _____
_____

Se le debe anexar a todas las prescripciones y medicamentos comprados sin receta que se den en la escuela una autorización del médico y una solicitud del padre ***(formulario CSD 96).***

YO CERTIFICO QUE MI HIJO(A) RESIDE EN EL ESTADO DE CALIFORNIA.	☐ **SI** ☐ **NO**
EXCURSIONES ESCOLARES: Mi hijo(a) tiene mi permiso de participar en las excursiones autorizados por la escuela.	☐ **SI** ☐ **NO**
USO DE LA INTERNET: He leído y estoy de acuerdo con la política del distrito sobre el uso de la Internet por los estudiantes.	☐ **SI** ☐ **NO**
DERECHOS DE LOS PADRES Y ESTUDIANTES: He recibido y leído *el Aviso de los Derechos de los Padres.*	☐ **SI** ☐ **NO**
AUTORIZACION PARA USO DE FOTO: He leído y estoy de acuerdo con la política del distrito sobre el uso de fotos/vídeos de los estudiantes	☐ **SI** ☐ **NO**

ESTA AUTORIZACION SE UTILIZARÁ EN CASO DE UNA EMERGENCIA O ENFERMEDAD. USTEDES TIENE LA RESPONSABILIDAD DE NOTIFICARLE A LA ESCUELA CUALQUIER CAMBIO EN LA INFORMACION DE ARRIBA. *Cualquier información falsa en este formulario pudiera resultar en la inmediata transferencia de su hijo(hija) a otra escuela.*

¡¡¡IMPORTANTE!!! Si hay alguna disputa de custodia y si usted no permite que el padre(madre) que no tiene la custodia recoja a su hijo usted debe proveer documentación legal de custodia para anexarla al expediente escolar del alumno.

Firma del Padre(Madre) o Tutor _____ **Fecha** _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA ESCUELA
Fecha de inscripción _____ de _____ Expediente recibido en _____
Fecha de transferencia _____ a _____ Expediente enviado en _____
Fecha de regreso _____ de _____ **Comentarios** _____

HISTORIAL DE LA SALUD DEL NIÑO ANTES DE LA ADMISION—REPORTE DEL PADRE/MADRE

NOMBRE DEL NIÑO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO
NOMBRE DEL PADRE		¿VIVE EL PADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?
NOMBRE DE LA MADRE		¿VIVE LA MADRE EN EL HOGAR CON SU HIJO?
¿ESTA/HA ESTADO EL NIÑO BAJO LA SUPERVISION REGULAR DE UN MEDICO?		FECHA DEL ULTIMO EXAMEN FISICO/MEDICO

HISTORIAL DEL DESARROLLO *(*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)*

EMPEZO A CAMINAR A LOS* MESES	EMPEZO A HABLAR A LOS* MESES	SE LE EMPEZO A ENSEÑAR COMO IR AL BAÑO A LOS* MESES

ENFERMEDADES EN EL PASADO — Marque las enfermedades que el niño ha tenido y especifique las fechas aproximadas de las mismas:

	FECHAS		FECHAS		FECHAS
☐ Varicela		☐ Diabetes		☐ Poliomielitis	
☐ Asma		☐ Epilepsia		☐ Sarampión de diez días *(Rubeola)*	
☐ Fiebre reumática		☐ Tos ferina		☐ Sarampión de tres días *(Rubella)*	
☐ Fiebre del heno		☐ Paperas			

ESPECIFIQUE OTRAS ENFERMEDADES O ACCIDENTES SERIOS O GRAVES

¿TIENE EL NIÑO RESFRIADOS FRECUENTES? ☐ SI ☐ NO	¿CUANTOS EN LOS ULTIMOS DOCE MESES?	ANOTE CUALQUIER ALERGIA DE LA CUAL EL PERSONAL DEBE ESTAR ENTERADO

RUTINA DIARIA *(*solamente para los bebés y niños de edad preescolar)*

¿A QUE HORA SE LEVANTA EL NIÑO?*	¿A QUE HORA SE ACUESTA EL NIÑO?*	¿DUERME BIEN EL NIÑO?*
¿DUERME EL NIÑO DURANTE EL DIA?*	CUANDO?*	POR CUANTO TIEMPO?*

PATRON DE DIETA: (¿Qué come el niño usualmente para estas comidas?)		¿CUALES SON LAS HORAS USUALES DE ESTAS COMIDAS?
	DESAYUNO	DESAYUNO _____
	ALMUERZO	ALMUERZO _____
	CENA	CENA

¿HAY ALGUNOS ALIMENTOS QUE NO LE GUSTAN COMER?	¿TIENE ALGUN PROBLEMA DE ALIMENTACION?

¿SABE EL NIÑO COMO IR AL BAÑO?* ☐ SI ☐ NO	SI CONTESTA "SI", ¿EN QUE ETAPA DE APRENDIZAGE ESTA?*	¿TIENE EVACUACIONES INTESTINALES REGULARES?* ☐ SI ☐ NO	¿CUAL ES LA HORA USUAL?*
¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LAS EVACUACIONES INTESTINALES?*		¿CUAL ES LA PALABRA QUE SE USA PARA DESIGNAR LA DESCARGA DE LA ORINA?*	

EVALUACION DE LA SALUD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿ESTA EL NIÑO ACTUALMENTE BAJO EL CUIDADO DE UN DOCTOR? ☐ SI ☐ NO	SI CONTESTA "SI", ANOTE EL NOMBRE DEL DOCTOR:	¿ESTA TOMANDO EL NIÑO MEDICAMENTOS RECETADOS? ☐ SI ☐ NO	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE Y EFECTOS SECUNDARIOS:
¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL? ☐ SI ☐ NO	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE:	¿USA EL NIÑO ALGUN APARATO ESPECIAL EN SU CASA? ☐ SI ☐ NO	SI CONTESTA "SI", ANOTE LA CLASE:

EVALUCION DE LA PERSONALIDAD DEL NIÑO POR PARTE DEL PADRE/MADRE

¿COMO CONVIVE EL NIÑO CON SUS PADRES, HERMANOS, HERMANAS, Y OTROS NIÑOS?

¿HA TENIDO EL NIÑO EXPERIENCIAS EN RELACION A JUEGOS EN GRUPO?

¿TIENE EL NIÑO ALGUN PROBLEMA/TEMORES/NECESIDADES ESPECIALES? (EXPLIQUE.)

¿CUAL ES EL PLAN PARA EL CUIDADO DEL NIÑO CUANDO ESTE ENFERMO?

RAZON PARA SOLICITAR LA COLOCACION EN UN LUGAR DONDE SE PROPORCIONE CUIDADO DE NIÑOS

FIRMA DEL PADRE/MADRE	FECHA

INFORMACIÓN DE IDENTIFICIÓN Y EMERGENCIA
GUARDERÍAS INFANTILES/HOGARES QUE PROPORCIONAN CUIDADO DE NIÑOS
A completarse por el padre/madre o el representante autorizado

NOMBRE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	SEXO	TELÉFONO ( )

DIRECCIÓN	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE DEL PADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMESTICA DEL PADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DE TRABAJO ( )

DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DEL HOGAR ( )

NOMBRE DE LA MADRE/TUTOR LEGAL/ PAREJA DOMESTICA DE LA MADRE	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DE TRABAJO ( )

DIRECCIÓN DEL HOGAR	NÚMERO	CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO DEL HOGAR ( )

PERSONA RESPONSABLE DEL NIÑO	APELLIDO	NOMBRE DE EN MEDIO	NOMBRE	TELÉFONO DEL HOGAR ( )	TELÉFONO DE TRABAJO ( )

PERSONAS ADICIONALES QUE SE PUEDEN LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO	PARENTESCO/ RELACIÓN

MÉDICO O DENTISTA QUE SE DEBE LLAMAR EN UNA EMERGENCIA

MÉDICO	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ( )

DENTISTA	DIRECCIÓN	NOMBRE Y NÚMERO DEL PLAN MÉDICO	TELÉFONO ( )

SI NO SE PUEDE HABLAR CON EL MÉDICO, QUE ACCIÓN SE DEBE DE TOMAR?

☐ LLAMAR AL HOSPITAL DE EMERGENCIA ☐ OTRA EXPLIQUE: _____

NOMBRE DE LAS PERSONAS AUTORIZADAS PARA LLEVARSE AL NIÑO DEL ESTABLECIMIENTO

(AL NIÑO NO SE LE PERMITIRÁ SALIR CON OTRA PERSONA SIN AUTORIZACIÓN POR ESCRITO DEL PADRE/MADRE O REPRESENTATE AUTORIZADO.)

NOMBRE Y APELLIDO	FIRMA LEGAL	PARENTESCO AL ESTUDIANTE

HORA EN QUE SE PASARÁ A BUSCAR AL NIÑO

FIRMA DEL PADRE/MADRE/TUTOR LEGAL O REPRESENTANTE AUTORIZADO	FECHA

A COMPLETARSE POR EL DIRECTOR/ADMINISTRADOR DEL ESTABLECIMIENTO O POR LA PERSONA CON LICNECIA DEL HOGAR QUE PROPORCIONA CUIDADO DE NIÑOS

DATE OF ADMISSION	DATE LEFT

Escala de Límites de Ingresos

Directives for Implementation

The following Schedule of Income Ceilings must be used for determining income eligibility for families initially certified or recertified on or after July 1, 2026. The schedule must also be used for determining maximum monthly income for 15 percent above the income eligibility threshold.

State Fiscal Year 2026–27 Schedule of Income Ceilings

Family Size	Family Yearly Income Ceiling (100% of SMI)	Family Monthly Income Ceiling (100% of SMI)	Maximum Monthly Income for 15% above Income Eligibility Threshold
1-2	$100,510	$8,376	$9,632
3	$113,708	$9,476	$10,897
4	$136,044	$11,337	$13,038
5	$157,811	$13,151	$15,124
6	$179,578	$14,965	$17,210
7	$183,659	$15,305	$17,601
8	$187,741	$15,645	$17,992
9	$191,822	$15,985	$18,383
10	$195,903	$16,325	$18,774
11	$199,985	$16,665	$19,165
12+	$204,066	$17,006	$19,556

Revised 07/24/26 cld

***** CONSERVE ESTA FORMA COMO REFERENCIA*****