

# MONTEREY COUNTY OFFICE OF EDUCATION EARLY LEARNING PROGRAM



*Se proporcionan servicios para niños de 3-5 años de edad,  
incluyendo niños/as con discapacidades.*

**¡Aplica para el Programa de Aprendizaje Temprano AHORA!  
No es necesario que su niño/a este entrenado/a para ir al baño.**

Si necesita asistencia o tiene alguna pregunta acerca de su formulario de interés, favor de llamar a de forma gratuita al (888)973-2800 o (831)755-0350

**Paso 1: Documentos requeridos para determinar elegibilidad.**

- Comprobantes de los **ingresos** del hogar de los últimos 12 meses (formas 1040 del año anterior, W-2, talones de cheques, TANF (ayuda monetaria)/Reporte de Pasaporte a Servicios, desempleo, pensión por hijos menores y pagos por discapacidad.)
- Talones de cheques actualizados (debe presentar ingresos recientes adicionales un mes antes del inicio de la escuela.
- Cartilla de **Vacunación** del Niño/a Actualizada
- Certificado de nacimiento de todos los niños en el hogar
- Comprobante de azeguranza medica del niño/a (si aplica)
- Comprobante de domicilio (si no está ya en los documentos de ingresos)
- Cuestionario de Salud (adjunta)
- Formulario de vivienda (adjunta)
- Plan Individualizado de Educación Actualizado o Plan Familiar de Servicios Individualizados (si aplica solamente)

**Paso 2: Por favor regrese todos los documentos a la siguiente dirección o otras opciones mencionadas aquí:**

MCOE Early Learning Program  
P.O. Box 80851  
Salinas, CA 93912

Entregue al centro mas cercano.  
(consulte el folleto para sitios)

Envie aplicacion con todos los  
documentos requeridos al siguiente  
correo electronico:

[Headstartapp@montereycoe.org](mailto:Headstartapp@montereycoe.org)

**Paso 3: Gracias por someter su aplicación. Nosotros le notificaremos sobre el estado de elegibilidad de su aplicación después de que haya sido procesada**

Nota: El programa de Aprendizaje Temprano de la Oficina de Educación del Condado de Monterey **NO** proporciona transportación. \*  
La inscripción se seleccionará según el sistema de clasificación de prioridades del Programa Preescolar Estatal de California.  
Si hay cambios de ingresos después de que el niño está inscrito, el padre debe informar al programa de los cambios dentro de 30 días.



MONTEREY COUNTY OFFICE OF EDUCATION  
**EARLY LEARNING PROGRAM**

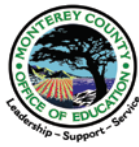


**Formulario de Interés CSPP**

ID#: \_\_\_\_\_

**\*\*UNA formulario de interés es requerida por CADA niño.\*\***

Apellido del Solicitante/Niño(a):		Nombre:		Fecha de Nacimiento:		País de Nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> No Binario			
¿Es usted una mujer embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza: <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Oceánico <input type="checkbox"/> Otro: _____				Origen Étnico: Hispano ó Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Qué idioma aprendió primero su hijo/a? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____				¿Qué idioma se habla más frecuente en su hogar?: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____							
Padre o Tutor #1:			Fecha de Nacimiento:			¿Vive en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Nivel de Educación:</b> <input type="checkbox"/> 0 al 9 <sup>no</sup> <input type="checkbox"/> 10 <sup>mo</sup> <input type="checkbox"/> 11 <sup>vo</sup> <input type="checkbox"/> 12 <sup>vo</sup> <input type="checkbox"/> Diploma de Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de Colegio <input type="checkbox"/> Escuela Técnica/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Título de AA <input type="checkbox"/> Título Universitario/Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría			<b>Estatus de Empleo:</b> (Marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Retirado/Deshabilitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento de Empleo/Escuela <input type="checkbox"/> Me dedico al hogar <input type="checkbox"/> Desempleado/a → ¿Recibe beneficios de desempleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Idioma Principal: _____ Nivel de Inglés: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada						Ocupación:					
Padre o Tutor #2:			Fecha de Nacimiento:			¿Vive en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
<b>Nivel de Educación:</b> <input type="checkbox"/> 0 al 9 <sup>no</sup> <input type="checkbox"/> 10 <sup>mo</sup> <input type="checkbox"/> 11 <sup>vo</sup> <input type="checkbox"/> 12 <sup>vo</sup> <input type="checkbox"/> Diploma de Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de Colegio <input type="checkbox"/> Escuela Técnica/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Título de AA <input type="checkbox"/> Título Universitario/Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría			<b>Estatus de Empleo:</b> (Marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Retirado/Deshabilitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento de Empleo/Escuela <input type="checkbox"/> Me dedico al hogar <input type="checkbox"/> Desempleado/a → ¿Recibe beneficios de desempleo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Idioma Principal: _____ Nivel de Inglés: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada						Ocupación:					
Dirección:				Ciudad:		Estado:		Código Postal:			
Dirección para correspondencia (si es diferente) P.O. Box:				Ciudad:		Estado:		Código Postal:			
1º Número: _____		Textos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		2º Número: _____		Correo electrónico: _____					
¿El solicitante/niño(a) vive con? <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro: _____											
¿El/La niño/a tiene un acuerdo de custodia emitido por una corte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si es así, por favor adjunte la documentación)											
<b>¿Cuál es el número de personas que viven en su casa y se mantienen con los ingresos reportados?</b>						<u>Anote otros miembros abajo.</u>					
Otros miembros de familia		Fecha de Nacimiento		Otros miembros de familia		Fecha de Nacimiento		Otros miembros de familia		Fecha de Nacimiento	
1. _____		_____		3. _____		_____		5. _____		_____	
2. _____		_____		4. _____		_____		6. _____		_____	
¿Recibe TANF/CalWORKs (ayuda monetaria)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Tiene acceso a cuidado de niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Recibe manutención de menores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Paga usted por el cuidado de niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Está recibiendo algún miembro de su familia beneficios de SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Es por lo menos un padre/tutor legal un miembro activo del servicio militar de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No o Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Está su familia recibiendo SNAP/CalFresh/Estampillas de comida? Número de caso de CalFresh _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				El tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Privada ¿El seguro incluye cobertura dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Número de caso de CalWORKS _____				¿Está alguno de los padres encarcelado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Fue usted referido(a) por una agencia de asistencia social (CPS/Cuidado Temporal/Adopción/Refugio, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Tienes familiares empleados por MCOE Early Learning Program? Si es así, ¿quién? _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
¿Su familia se ha visto afectada/afectada por la violencia*? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (*Cualquier forma de violencia física, abuso sexual, emocional o psicológico o trauma.)											
Yo doy permiso para que el personal de Early Learning Program contacte a terceras personas que puedan verificar la actual circunstancia de mi familia para propósitos de verificación de elegibilidad. <i>El personal usará las Pólizas y procedimientos de privacidad del programa.</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Padres Iniciales</b> _____											
¿Hay algo más que desee que consideremos para su elegibilidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explicación: _____											
¿Centro preferido? 1 <sup>ero</sup> _____ 2 <sup>do</sup> _____ <input type="checkbox"/> Cualquier sitio en la ciudad de: _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Día Extendido											
<i>Yo certifico que las declaraciones en esta aplicación, los documentos legales y los ingresos proporcionados son verdaderos y completos. Si algo fuese falso, mi participación en Head Start podrá ser terminada. Comprendo que esta información está siendo proporcionada en conexión con el recibimiento de fondos federales. Libero de responsabilidad a personas u organizaciones que reporten información requerida por esta aplicación. Comprendo que la mal interpretación deliberada de información me sujetará a la persecución bajo regulaciones estatales y federales.</i>											
Firma del Padre/Tutor Legal _____						Fecha _____					
Firma del Personal _____						Fecha _____					



MONTEREY COUNTY OFFICE OF EDUCATION  
**EARLY LEARNING PROGRAM**



CUESTIONARIO DE SALUD

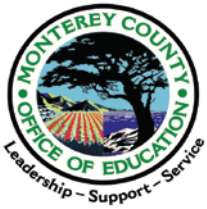
Nombre de niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre) (Inicial)

<p>1. Su hijo/a tiene problemas de respiración o asma?  a. Su hijo/a a utilizado alguno de estos medicamentos: <input type="checkbox"/> Inhalador? <input type="checkbox"/>Nebulizador?  i. Para que condición medica? _____  ii. Cuando fue la última vez que lo utilizo? ____/____/____ (fecha)</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>2. A tenido su hijo/a ataques epilépticos o convulsiones?  a. Toma medicamentos para esta condición? _____(medicamento)  b. Cuál es la causa de su epilepsia o convulsiones? _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>3. ¿Su hijo tiene alergias? Si es así, explique a que:  _____  a. Reacción alérgica que presenta su hijo/a: _____  _____  b. Tiene su hijo/a algún problema al comer que requiere cambios alimentosos o equipo especial?  i. Que tipos de problemas tiene? _____  ii. Cuáles son los cambios o equipo especial que necesita? _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>4. Su hijo/a es alérgico/a algún medicamento?  a. Medicamento(s): _____  b. b. Reacción alérgica: _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>5. Su hijo/a ha tenido cirugía o a estado hospitalizado en algún momento?  a. Fecha de cirugía/hospitalización ____/____/____  b. b. Razón: _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>6. Su hijo/a esta diagnosticado/a con alguna discapacidad?  a. Nombre de discapacidad: _____  b. Tiene su hijo/a un "IEP" (Plan de Educación Individualizado) o IFSP (Plan Familiar de Educación Individualizado)? Si la respuesta es sí, incluya la copia más reciente.</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>7. Tiene alguna preocupación acerca de la:  <input type="checkbox"/> El habla <input type="checkbox"/> La audición <input type="checkbox"/> La visión <input type="checkbox"/> Problemas dentales <input type="checkbox"/> Otro _____  a. Por favor describa la preocupación: _____  b. ¿Su hijo está bajo atencion médica por esta preocupación?  c. ¿Su hijo toma medicamentos para esta preocupación?  Nombre del medicamento: _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>8. ¿Su hijo requiere cambio de pañal?  Si es así, ¿Cuál es el tamaño del: <input type="checkbox"/> paña o <input type="checkbox"/> pull-up? _____</p>	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<p>9. Por favor, escriba alguna otra información que nos ayudaría a entender el estado de salud presente de su hijo/a, o algún otro problema con su desarrollo del cual usted este preocupado: _____  _____</p>	

Yo autorizo \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_ (teléfono)  
(nombre de medico) (domicilio de el medico)

Que comparta información médica de mi hijo/a con el programa de Early Learning Program de MCOE. Esta información será utilizada para acomodar sus necesidades médicas de mi hijo/a en el programa. El programa de Early Learning mantendrá toda información de salud confidencial.

Padre/tutor: \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(firma de padre/tutor) (Nombre de Padre/tutor) (fecha)



# MONTEREY COUNTY OFFICE OF EDUCATION EARLY LEARNING PROGRAM



## Formulario de Vivienda

Nombre del Solicitante/Niño(a): \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Nombre de Padres: \_\_\_\_\_  
(Apellido) (Nombre)

Sus respuestas ayudarán a determinar los documentos necesarios para la matriculación del solicitante/niño(a).

*Por favor, elija uno*

1. ¿El/La niño/a mencionado/a arriba vive actualmente en (elija uno):

Una casa, apartamento o condominio con NINGUNA otra familia

Una casa, apartamento o condominio CON otra familia:

Conveniencia / usted eligio (plan a largo plazo)

Necesidad usted/necesitas (temporal) (ej: pérdida de vivienda u otra razón que hizo que la convivencia sea la única opción)

Un garaje

Un motel / hotel

Un refugio

Un automóvil, un parque, un campamento o alguno edificio sin agua ni electricidad

Otro: (Por favor explique la situación actual de la vida). \_\_\_\_\_

**Solo complete si solicita para las ubicaciones de Greenfield o King City.**

2. ¿Tiene intención de vivir en California?

Sí

No

3. ¿Cuál es su plan para asegurar una residencia fija regular y adecuada? \_\_\_\_\_

Yo  doy /  no doy permiso para que el personal de Early Learning Program contacte a terceras personas que puedan verificar la actual circunstancia de mi familia para propósitos de verificación de elegibilidad. *El personal usará las pólizas y procedimientos de privacidad del programa.*

¿Con quien nos podemos comunicar para verificar? Nombre \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_

Yo certifico que las declaraciones son verdades y completas. Desligo de responsabilidad a las organizaciones que reporten la información requerida por esta aplicación. Tengo entendido que hacer mala representación de la información me puede someter a persecución bajo reglamentos Estatales y Federales Seccion 37.10 Penal Code.

Firma del Padre/Guardian \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Verificado por Personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_