

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 aplicación, favor de llamar a de forma gratuita al (888)973-2800 o (831)755-0350

Paso 1: Documentos requeridos para determinar elegibilidad. Las aplicaciones no se podrán procesar sin:

Día parcial (3.5 horas) documentos requeridos:

- Comprobantes de TODOS 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.)
- Cartilla de **Vacunación** del Niño Actualizada
- Acta de **Nacimiento** del Niño/a
- Comprobante de azeguranza medica del niño/a (si aplica)
- Cuestionario de Salud (adjunta)
- Formulario de vivienda (adjunta)
- Plan Individualizado de Educación Actualizado o Plan Familiar de Servicios Individualizados (si aplica solamente)

Día extendido (6.5 horas) documentos requeridos:

- Comprobantes de TODOS 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 120 días 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
- 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

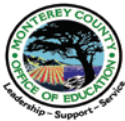
Paso 3: Gracias por someter su aplicación. Nosotros le notificaremos sobre el estado de elegibilidad de su aplicación después de que haya sido procesada

Nota: El programa de Aprendizaje Temprano de la Oficina de Educación del Condado de Monterey **NO** proporciona transportación.

*Early Learning Program tomará en cuenta a familias con ingresos superiores con niños que tengan una discapacidad

El Programa de Aprendizaje Temprano diagnosticada y puede haber otras oportunidades para familias con ingresos superiores.

**Los niños/as son seleccionados basado en el criterio de selección.



MONTEREY COUNTY OFFICE OF EDUCATION EARLY LEARNING PROGRAM



Aplicación de Matricula

****UNA Aplicación es requerida por CADA niño.****

ID#: _____

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					
Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> 0 al 9 ^{no} <input type="checkbox"/> 10 ^{mo} <input type="checkbox"/> 11 ^{vo} <input type="checkbox"/> 12 ^{vo} <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			Estatus de Empleo: (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					
Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> 0 al 9 ^{no} <input type="checkbox"/> 10 ^{mo} <input type="checkbox"/> 11 ^{vo} <input type="checkbox"/> 12 ^{vo} <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			Estatus de Empleo: (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)											
¿Cuál es el número de personas que viven en su casa y se mantienen con los ingresos reportados?						<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? <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							
¿Está alguno de los padres encarcelado? <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							
¿Fue usted referido(a) por una agencia de asistencia social (CPS/Cuidado Temporal/Adopción/Refugio, etc.)? <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 Padres Iniciales _____											
¿Hay algo más que desee que consideremos para su elegibilidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explicación: _____											
¿Centro preferido? 1 ^{ero} _____ 2 ^{do} _____ <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>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<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>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<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>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>4. Su hijo/a es alérgico/a algún medicamento? a. Medicamento(s): _____ b. b. Reacción alérgica: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>5. Su hijo/a ha tenido cirugía o a estado hospitalizado en algún momento? a. Fecha de cirugía/hospitalización ____/____/____ b. b. Razón: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<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>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<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 atención médica por esta preocupación? c. ¿Su hijo toma medicamentos para esta preocupación? Nombre del medicamento: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<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>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<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 _____
(nombre de medico) (domicilio de el medico) (teléfono)

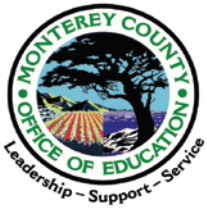
Que comparta información médica de mi hijo/a con el programa de Early Learning Program de MCOE. Esta información será utilizada para acomodar sus necesidades médicas de mi hijo/a en el programa. El programa de Early Learning mantendrá toda información de salud confidencial.

Padre/tutor: _____ /_____/_____
(firma de padre/tutor) (Nombre de Padre/tutor) (fecha)

Application Review Date: _____ Reviewer initials: _____
 Registration Review Date: _____ Reviewer Initials: _____

No Changes

ER.17a.SP
 1/10/2020



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):
<input type="checkbox"/> Una casa, apartamento o condominio con NINGUNA otra familia
<input type="checkbox"/> Una casa, apartamento o condominio CON otra familia:
<input type="checkbox"/> Conveniencia / usted eligio (plan a largo plazo)
<input type="checkbox"/> Necesidad usted/necesitas (temporal) (ej: pérdida de vivienda u otra razón que hizo que la convivencia sea la única opción)
<input type="checkbox"/> Un garaje
<input type="checkbox"/> Un motel / hotel
<input type="checkbox"/> Un refugio
<input type="checkbox"/> Un automóvil, un parque, un campamento o alguno edificio sin agua ni electricidad
<input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> 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 _____