



Mill River Center
375 James Street
New Haven, CT 06513
(203) 836-5822
Fax: (203) 773-9320

Fay Miller Center
250 Cedar Street
New Haven, CT 06519
(203) 836-5850
Fax: (203) 777-8781

Crossroads Center
1399 State Street
New Haven, CT 06513

Forma de Pre-Applicación 2017

Esta pre-aplicación debe ser retornada con todos los documentos de matrícula.

Nombre del niño/a: _____ **Fecha de Nacimiento:** ____/____/____

Sexo: M____ F____ **Lenguaje Primario del Niño:** _____

Identidad Étnica/Raza: _____ **Es su niño/a hijo/a de crianza?** Si ____ No ____

Nombre de la Madre ó Guardián: _____ **F.d.N de Madre:** _____

Nivel de Educación de Madre: _____

Dirección: _____ **New Haven, CT** _____ (código postal)

Teléfono del Hogar: _____ **Teléfono del Trabajo:** _____ **Teléfono Celular:** _____

Nombre del Padre ó Guardián: _____ **F.d.N de Padre:** _____

Nivel de Educación de Padre: _____

Dirección: _____ **New Haven, CT** _____ (código postal)

Teléfono del Hogar: _____ **Teléfono del Trabajo:** _____ **Teléfono Celular:** _____

Necesita su niño/a cuidado a tiempo completo o medio tiempo? _____

Ha tenido usted algún otro niño/a matriculado en LULAC? _____, **si la respuesta es Sí, favor de proveer el nombre y fecha de nacimiento:** _____

Esta usted embarazada? _____, **Fecha que espera su bebe:** _____, **Es de alto riesgo?** _____

Información de la Familia

1. Número de miembros en la familia (inclúyase usted) _____
2. Número de niños en la familia _____ Número de niños actualmente en Head Start/EHS _____
3. Número de adultos en el hogar que están empleados _____

Ingreso (Total de ingreso antes de impuestos)

4. Asistencia Pública (TANF/SSI): Cantidad Mensual (**Dinero Efectivo**) \$ _____
5. Ingreso: \$ _____ semanal/quincenal/mensual/anual (**Circule uno**)
6. Otros Ingresos: SSI \$ _____ (**M**) Seguro Social \$ _____ (**M**) Beneficios de Desempleo \$ _____ (**S**)
Manutención Infantil \$ _____ semanal/quincenal/mensual/anual (**Circule uno**)

7. Tiene su niño/a alguna necesidad especial ó incapacidad que ha sido diagnosticada? *Si ó No*

8. Esta su niño/a recibiendo servicios de Birth to Three o ECAT? *Si ó No*

9. Necesita su niño/a que se le administre medicamentos en la escuela? *Si ó No*

10. Preocupaciones Familiares (Favor de marcar los que le apliquen a su familia)

Sin Hogar ____ Violencia Doméstica ____ Salud Mental ____ Abuso de Sustancia ____ Padres Encarcelado ____

Madre adolescente (13 a 19 año) ____ Guardián Legal ____ Matriculado en Escuela/Adiestramiento

Necesidad Especial (Nut./Med./Leng.) ____ Participación con DCF ____

Es hermano/a de niño/a actualmente matriculado ____

11. Ha sido usted referido/a a LULAC? *Si ó No* Tiene usted una carta de referido? *Si ó No*

12. Como aprendió usted de nosotros? Ferias, Agencias de Comunidad, Familiares/Amigos, Radio, Hojas de Promoción u otro

Yo afirmo que la información que estoy proveyendo es verídica y veraz, a con lo mejor de mi habilidad y conocimiento.

Firma de Madre/Padre o Guardián: _____ **Fecha:** _____

Firma de Empleado/a: _____ **Fecha:** _____

LULAC Head Start Inc.

LULAC Head Start Inc. está aceptando aplicaciones para el programa pre escolar de 4 a 10 horas diario, Este servicio incluye desayuno, almuerzo y merienda.

Esto será el comienzo a la educación futura de su niño/a.

“Estudios demuestran que los niños que son expuestos a programas de educación a temprana edad tienen éxito en la escuela y en su vida en general”.

Estimado Padre o Encargado:

Los siguientes documentos son necesario para completar la matrícula de su niño/a.

- **Certificado de Nacimiento (forma oficial o larga)**
- **Tarjetas de Seguro Social (del niño/a)**
- **Comprobantes de ingreso (incluyen carta del DSS, SS o SSI declarando cantidad de dinero que usted recibe mensual, los 4 ultimo talonarios (si cobra semanal) o 2 talonarios (si cobra quincenal), carta de patrón con membrete de compañía indicando sueldo por hora y horas que normalmente trabaja o copias de planillas de impuestos de año 2016 (W-2 o 1040)**
- **Comprobantes de dirección (actualizada) cuentas/facturas de utilidades, contrato de arrendamiento**
- **Examen Físico (forma amarilla)**
- **Examen Dental**
- **Tarjeta de seguro médico (blanca)**
- **Comprobante de custodia (si le aplica)**
- **Carta de empleo verificando el horario de trabajo, de escuela o adiestramiento (Es necesario para el programa de día y año completo)**
- **Numero de cupones de alimento y WIC**

Favor de comunicarse con nuestras Trabajadoras de Familias si usted tiene alguna pregunta y para matricular a su niño/a lo más pronto posible.

Esperamos poder proveerle a su niño/a con una educación temprana de alta calidad y servicios a su familia.