



LULAC HEAD START INC.

Mill River Center
375 James Street
New Haven, CT 06513
(203) 777-4006
Fax: (203) 773-9320

Fay Miller Center
250 Cedar Street
New Haven, CT 06519
(203) 777-4006
Fax: (203) 777-8781

Crossroads Center
54 East Ramsdell Street
New Haven, CT 06515
(203) 387-0094 Ext. 178
Fax: (203) 821-3043

Forma de Pre-Applicación 2015-2016

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)

de teléfono (hogar) _____ trabajo: _____ 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 complete 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 de dar a luz:** _____, **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 (DSS TANF): 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. Es este su hijo/a de crianza? Si ó No

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

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

____ Padre/Madre Soltero/a ____ Guardián Legal ____ Matriculado en Escuela o Adiestramiento

____ No diploma de escuela superior ó equivalente ____ Madre adolescente (13 a 19 año)

____ Problemas de Salud o Nutrición ____ Padres Encarcelado

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

13. 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. esta 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 matricula 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 2014 (W-2 o 1040)**
- **Comprobantes de dirección (actualizada) cuentas/facturas de utilidades, contrato de arrendamiento**
- **Examen Físico (forma amarilla)**
- **Examen Dental**
- **Tarjeta de seguro medico (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**