



**Paso 2: Documentos Requeridos**

Todos los aplicantes deben entregar los siguientes documentos con la aplicación. La elegibilidad no puede ser determinada a menos que se hayan entregado todos los siguientes documentos requeridos.

2a Documentación de edad. De acuerdo con las nuevas reglas todos los niños deben tener:

- 3 años de edad antes del 1 de diciembre para ser elegibles para programas de niños de 3 años
- 4 años de edad antes del 1 de diciembre para ser elegibles para programas de niños de 4 años
- \* La prioridad de la colocación será para aquellos niños que tienen 3 o 4 años de edad antes del 10 de septiembre.

Entregar uno de los siguientes documentos:

- Certificado de nacimiento (de preferencia)
- Pasaporte
- Declaración jurada de parentesco/Registro del hospital
- Registro bautismal
- Tarjeta de consentimiento de emergencia de hogar sustituto
- Carta de colocación de hogar sustituto
- Mandato judicial

2b Comprobante de ingresos. **El ingreso es el factor primario de elegibilidad.** Puede consultar las tablas de ingreso en [kresa.org/qualifications](http://kresa.org/qualifications) para más detalles. Debe entregar documentos de todo tipo de ingresos en los últimos 12 meses. Estos documentos pueden incluir:

- La declaración de impuestos del año pasado (la primera página), o talón de pago con el año hasta la fecha enumerada, W2s o declaración escrita del empleador si la declaración de impuestos no está disponible
- TANF/FIP
- Seguro Social/Talón de cheque de SSI o estado mensual
- Talón de cheque de desempleo o declaración
- Asistencia financiera (becas)
- Manutención de hijos/Pensión alimenticia/Declaración de pensión

2c Documentación de domicilio. Entregar uno de los siguientes documentos:

- Licencia de conducir con la dirección correcta (de preferencia)
- Factura reciente de servicios públicos con su dirección (un bil)
- Contrato de alquiler o hipoteca o escritura de casa
- Carta escrita del refugio, si Usted se encuentra entre casas

2d Documentos adicionales:

- Registro actual de vacunación (antes del primer día de clase)
- Evaluación de salud/Examen físico durante los últimos 12 meses (durante los primeros 30 días del comienzo de su niño)
- Medicaid o tarjeta de seguro médico del niño

**Paso 3: Entrega de los documentos**

3a Una vez completada la aplicación con todos los documentos requeridos:

- Entregue la aplicación y documentos requeridos en línea [DreamBigStartSmall.org](http://DreamBigStartSmall.org)
- Entregue la aplicación en papel con los documentos requeridos a:
  - » Kalamazoo RESA Head Start/GSRP Administration Office, 422 E. South St., Kalamazoo, MI 49007
  - » Kalamazoo RESA Early Childhood Office, GSRP, lower level of 4606 Croyden Ave., Kalamazoo, MI 49006
  - » Kalamazoo County Ready 4s Office, 161 E. Michigan Ave., Suite 600, Kalamazoo, MI 49006
  - » Consulte con su distrito escolar local para la ubicación.

Para asistencia favor de llamar al (269) 250-9333 de lunes a viernes, 8:00am – 4:00pm

**Paso 4: Procesamiento de la Aplicación**

4a Favor de tomar en cuenta que se necesita 2 a 4 semanas para procesar su aplicación. Una vez que se procesada la solicitud, recibirá un correo electrónico o una llamada telefónica sobre su elegibilidad. Asegúrese de ingresar una dirección de correo electrónico y un número de teléfono válidos en la sección "Información del padre o tutor legal" para que reciba una notificación de su elegibilidad.

Completa esta aplicación o inscribirse en línea en [www.DreamBigStartSmall.org](http://www.DreamBigStartSmall.org)

**INFORMACIÓN DEL NIÑO**

Nomb<sup>r</sup> Legal del Niño: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre Inicial segundo Mes Día Año  
 Sexo asignado al nacer:  Masculino  Femenino Etnicidad:  Hispano o Latino  No Hispano o Latino  
 Raza (Marcar todo lo que corresponda):  Negro o Americano africano  Asiático  Blanca o Caucásica  
 Indio Americano o Nativo de Alaska  Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico  
 Preferencia del Programa (Día completo no está disponible en todos los programas):  Día Completo  Parte del Día  
 (Si parte del día,  Mañana  Tarde  Sin preferencias)  
 Basada en disponibilidad, ¿tiene una ubicación de programa que prefiera? \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo se enteró de Kalamazoo County Pre-Kinder?  Experiencia anterior (programa preescolar)  Experiencia anterior (temprana edad o semillas para el éxito)  
 Radio  Volante  Redes sociales  Familia/Amigos — Nombre completo: \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN FAMILIAR**

Niño Vive con:  Ambos Padres  Madre  Padre  Custodia Compartida (Si compartida,  Físico o  Legal)  Guardián legal  
 Abuelo(s)  Padres sustitutos  Otro, Explicar: \_\_\_\_\_  
 Lengua familiar: Primero \_\_\_\_\_ Segundo \_\_\_\_\_  Familia Necesita un Intérprete

**INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE O GUARDIÁN LEGAL**

**INFORMACIÓN DEL PADRE/MADRE O GUARDIÁN LEGAL**

Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
 Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Padre: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Legalmente Responsable de Apoyo Financiero:  Sí  No  
 Tipo de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono con Código de Área: \_\_\_\_\_  
 Casa  trabajo  Celular  Message \_\_\_\_\_  
 Casa  trabajo  Celular  Message \_\_\_\_\_  
 Parentesco:  Padre Biológico o Adoptivo o Padrasto  Padre sustituto  
 Abuelo  Otro Pariente  Otro Cuidador  
 Educación (Marca el nivel más alto):  
 Sin diploma de Secundaria o Grado Más Alto:  9  10  11  
 Diploma de Secundaria or  GED  Diplomado  
 Licenciatura  Maestría  Doctorado  
 Empleo u Otro (Marca todo lo que corresponda):  
 Empleado de Media Jornada (Menos de 35 horas por semana)  
 Empleado de Jornada completa (Más de 35 horas por semana)  
 Asiste a la Escuela o la Universidad  
 Ama de Casa por Elección  Desempleado

Nombre Completo: \_\_\_\_\_  
 Fecha Nacimiento: \_\_\_\_\_  
 Dirección del Padre: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Correo Electrónico: \_\_\_\_\_  
 Legalmente Responsable de Apoyo Financiero:  Sí  No  
 Tipo de Teléfono: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono con Código de Área: \_\_\_\_\_  
 Casa  trabajo  Celular  Message \_\_\_\_\_  
 Casa  trabajo  Celular  Message \_\_\_\_\_  
 Parentesco:  Padre Biológico o Adoptivo o Padrasto  Padre sustituto  
 Abuelo  Otro Pariente  Otro Cuidador  
 Educación (Marca el nivel más alto):  
 Sin diploma de Secundaria o Grado Más Alto:  9  10  11  
 Diploma de Secundaria or  GED  Diplomado  
 Licenciatura  Maestría  Doctorado  
 Empleo u Otro (Marca todo lo que corresponda):  
 Empleado de Media Jornada (Menos de 35 horas por semana)  
 Empleado de Jornada completa (Más de 35 horas por semana)  
 Asiste a la Escuela o la Universidad  
 Ama de Casa por Elección  Desempleado

**OTROS NIÑOS Y OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA ADMITIDOS POR INGRESOS (SI NECESITA MÁS ESPACIO, ADJUNTE UNA HOJA DE PAPEL)**

Apellido	Nombre	Asistido Head Start?	Fecha Nacimiento (Mes/Día/Año)	Sexo asignado al nacer	Parentesco	Si niño, edad de padre/madre cuando nació niño
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		

Por favor, escriba la(s) escuela(s) donde los hermanos asisten actualmente: \_\_\_\_\_

**TIPO DE VIVIENDA ACTUAL DE LA FAMILIA**

La familia vive ctualmente:  en una casa que alquila o propia  en una situación de vivienda temporal  en un hotel/motel  
 en una casa propia o alquilada por otra persona  sin residencia nocturna fija  en un refugio

**INFORMACIÓN DE DIRECCIÓN (INCLUYA EL NOMBRE DE COMPLEJO DE APARTAMENTOS, EN SU CASO)**

Dirección: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_  
Calle/Apartamento Ciudad Estado Código Postal

Dirección de Recoger al Niño (Si diferente): \_\_\_\_\_ Dirección de Dejar al Niño (Si diferente): \_\_\_\_\_

¿En qué distrito escolar vive?  Climax-Scotts  Comstock  Galesburg-Augusta  Gull Lake  Kalamazoo  Parchment  
 Portage  Schoolcraft  Vicksburg  Other: \_\_\_\_\_

**INGRESOS DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA LEGALMENTE RESPONSABLE DE APOYO DEL NIÑO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Ingreso Total Anual: \$ \_\_\_\_\_  
Nombre: \_\_\_\_\_ Ingreso Total Anual: \$ \_\_\_\_\_

Por favor marca **TODAS** las fuentes de ingresos de la familia recibido en los últimos 12 meses:

Empleo a Tiempo Completo  Ayudo en Efectivo (FIP)  SSI  Otro: \_\_\_\_\_  
 Empleo a Tiempo Parcial  Desempleo  Reembolso de Cuidado de Niño \_\_\_\_\_  
 Pensión Alimenticia  Manutención de Niño  Seguridad Social \_\_\_\_\_

**PREGUNTAS SUPLEMENTARIAS**

Contacto en Emergencias: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono con Código del Área: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
Calle/Apartamento Ciudad Estado Código Postal

¿Necesita usted cuidado infantil antes o después de la escuela? (No está disponible en todos los programas)  Sí  No

¿Puede usted transporter a su hijo de ida y vuelta a la escuela?  Sí  No

Por favor liste cualquier programa o guardería que su niño asiste actualmente: \_\_\_\_\_

**ESTADO DE DISCAPACIDAD DEL NIÑO (SOLICITANTE)**

¿Tiene el niño un retraso identificado en el desarrollo?  No  Sí – Describa, por favor: \_\_\_\_\_

¿Ha participado su niño con cualquiera de los siguientes programas?  Early On  PET  Visitas al hogar — Contacto: \_\_\_\_\_

¿Ha recibido su hijo servicios para:  Visión o Oído  Logopedia  Educación Especial de Infancia Temprana  
 Terapia Ocupacional  Fisioterapia  IEP o IFSP

**OTRO INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE PUEDA PRIORIZAR EL COLOCACIÓN**

¿El comportamiento del niño alguna vez ha prevenido la participación en otras situaciones de grupo?.....  Sí  No  
¿Alguien en el hogar hablan una lengua materna diferente al Inglés? .....  Sí  No  
¿Alguien en los hogares ha sido abusado o descuidado? .....  Sí  No  
¿Está el niño viviendo con un adulto sólo como resultado de un divorcio, la separación, el encarcelamiento, el servicio militar, o la muerte?.....  Sí  No  
¿Tiene su hijo alguna enfermedad crónica o consideraciones médicas (asma, sonda de alimentación, alergias, infecciones del oído frecuentes, etc.)...  Sí  No  
¿Es el niño en cuidado temporal? .....  Sí  No  
¿Hay algún hermano que tiene una enfermedad crónica, problema de conducta, discapacidad o ha muerto? .....  Sí  No  
¿Era uno de los padres menores de 20 años de edad cuando nació el primer hijo? .....  Sí  No  
¿La familia está sin vivienda estable o está sin hogar? .....  Sí  No  
¿Vive la familia en un barrio de alto riesgo? (Insegura debido a la criminalidad, la drogadicción, la contaminación, la infestación de insectos, etc.)....  Sí  No  
¿Fue el niño expuesto a sustancias tóxicas antes o después del nacimiento? (Alcohol, drogas, envenenamiento por plomo, nicotina, etc.)...  Sí  No

**FIRMA DEL PADRE/MADRE O GUARDIÁN LEGAL**

Información en esta aplicación esta confidencial. El programa de prekinder de su hijo no discriminará a ninguna familia o estudiante por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la orientación sexual o identidad sexual), discapacidad, edad, religión, altura, peso, estado civil o familiar, estado militar, ascendencia, información genética o cualquier otra categoría legalmente protegida.

Certifico que la información, incluidos los ingresos, proporcionado en esta solicitud es correcta y verdadera a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que es mi responsabilidad informar el programa de pre-kindergarten de mi niño si me mudo, o si tengo cualquier otro cambio en las circunstancias que podrían afectar a la inscripción o la colocación de mi niño. Yo entiendo que al participar en el programa de pre-kindergarten, el aprendizaje y el desarrollo de mi niño serán evaluados y monitoreados para apoyar un mayor crecimiento; y que algunos resultados se pueden informar como notas y se combinan con las notas de otros niños para futuras investigaciones relacionadas con el nivel general del impacto de la preparación para el kindergarten en todo el condado.

Entiendo que esta información será ingresada en un sistema de base de datos central confidencial que pueda ser accesible para Kalamazoo RESA Head Start, Great Start Readiness Programs, el condado de Kalamazoo Ready 4s en un esfuerzo para colocar correctamente a mi niño en un Programa de Kalamazoo County Pre-K y para eficazmente analizar los servicios del Kalamazoo County a las familias y los niños. Mi firma bajo constituye consentimiento para revelar información en esta solicitud a las entidades listadas y obtener cualquiera información relevante desde ellas.

Firma\* de Padre/Madre o Guardián Legal: \_\_\_\_\_ Fecha (mes/día/año): \_\_\_\_\_

\*Si se da información verbal, el personal imprimirá el nombre del padre/madre o guardián arriba con la fecha, se marca esta casilla, y pondrá sus iniciales  \_\_\_\_\_