

**St. Joseph County Early Childhood Preschool Application**

Nombre de Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_

Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Celular # \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_

Su domicilio es temporal o vive con alguien con quien vivira solo por algun tiempo \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no

Si es asi Usted esta viviendo ahi por que ha perdido su casa o por que la situación economica es dificil? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no

Distrito escolar \_\_\_\_\_ Se necesita transporte? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no

Si no hay transportación usted puede transportar? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no

Otros adultos en la casa:

\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Otros niños en la familia:

\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de persona que cuida al niño(a) \_\_\_\_\_ Domicilio: \_\_\_\_\_

Usted es padre/madre soltera? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No Divorciado(a)? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Ingreso anual en los ultimos (12 meses) \_\_\_\_\_ numero de personas en la familia \_\_\_\_\_

Usted recientemente esta recibiendo ayuda en efectivo del Departamento de Ayuda (DHS)? \_\_\_\_ si \_\_\_\_ no

Esta trabajando? Madre \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No Padre \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Usted o alguien en su familia recibe SSI? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Lista todos los lenguajes usados en la casa \_\_\_\_\_

Grado mas alto completado en escuela: Madre \_\_\_\_\_ Padre \_\_\_\_\_

Edad de madre al tener su primer bebe \_\_\_\_\_ Cuanto peso el bebe \_\_\_\_\_

Usted o cual quiere de sus niños han sido diagnosticados con minusválido? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Explique: \_\_\_\_\_

Usted o cual quiere de sus niños han tenido alguna enfermedad crónica? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Explique \_\_\_\_\_

Cual quiere de sus niño servicios especiales? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Explique \_\_\_\_\_

Cual quiere ha experimentado la muerte de un padre o hermano(a)? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Viven un áreas rural? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

Han asistido cual quiere sus otro niños: \_\_\_\_\_ MSR \_\_\_\_\_ Head Start \_\_\_\_\_ Early Head Start

Firma de Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_