

Child's Name \_\_\_\_\_

**St. John the Baptist Parish School Board**  
118 West 10<sup>th</sup> Street \* P. O. Drawer AL \* Reserve, Louisiana 70084

**FOUR-YEAR-OLD PRESCHOOL PROGRAMS APPLICATION 2019-2020**

Su hijo debe tener cuatro (4) años para el 30 de septiembre de 2019 para ser elegible. Su hijo calificará para uno de los programas preescolares independientemente de sus ingresos. Se recomienda aplicar temprano.

Las solicitudes deben presentarse en persona en una de las siguientes direcciones:

<b>Garyville/Mt. Airy Math &amp; Science Magnet School</b>	<b>West St. John Elementary</b>
<b>240 Hwy 54</b>	<b>2555 Hwy 18</b>
<b>Garyville, LA 70051</b>	<b>Edgard, LA 70049</b>

**INFORMACIÓN NECESARIA CON APLICACIÓN:**

1. **Verificación de ingresos: el ingreso de su familia debe ser verificado para la determinación de elegibilidad del programa. ADJUNTE UNA PRUEBA DE INGRESO LISTADO A CONTINUACIÓN EN A-K:**
  - a. **Formulario 1040 del impuesto a las ganancias para el año calendario anterior (2018)**
  - b. **Declaraciones W-2 para todos los miembros de la familia que trabajan para el año calendario anterior**
  - c. **Talonarios de pago: \*\*\* (últimos 2 actuales) para todos los miembros de la familia que trabajan**
  - d. **Documentación que muestra el estado actual / cantidad recibida de FITAP**
  - e. **Carta que muestra el estado actual / cantidad recibida de SSI / Seguridad Social**
  - f. **Carta de documentación de cuidado de crianza para niño de crianza**
  - g. **Documentación de pensión alimenticia / pensión alimenticia**
  - h. **Documentación de Compensación por Desempleo**
  - i. **Declaración escrita del (de los) empleador (es) actual (es)**
  - j. **Declaración escrita de apoyo familiar de la persona que apoya al niño**
  - k. **Formulario de declaración de ingresos**
2. **Certificado de nacimiento del niño: para verificar la edad del niño**
3. **Tarjeta de seguridad social del niño**
4. **Seguro médico o tarjeta de Medicaid para niños**
5. **Documentación de la discapacidad del niño: IEP o IFSP (si corresponde)**
6. **Registro de inmunización del niño: para mostrar que el niño está actualizado en todas las vacunas**
7. **Prueba de residencia: cualquiera de los dos siguientes: Facturas de servicios públicos (luz, agua, gas, teléfono o cable),**
8. **Tarjeta de registro de votantes, licencia / identificación, arrendamiento / hipoteca**
9. **Identificación (identificación emitida por el estado o licencia de conducir**
10. **Hoja de presupuesto si recibe beneficios de SNAP**

Si necesita ayuda para obtener la información anterior, el personal de St. John Parish Head Start puede ayudarlo con los números de teléfono de contacto, las solicitudes (para el certificado de nacimiento o la tarjeta de seguridad social), el formulario de examen físico u otra asistencia que pueda necesitar en obteniendo la información necesaria arriba.

Para obtener más información, llame a St. John Head Start / PreK al (985) 535-3917.

**FOR OFFICE USE ONLY**

- |       |                                      |
|-------|--------------------------------------|
| _____ | <b>1. <u>Head Start</u></b>          |
| _____ | <b>2. <u>LA 4</u></b>                |
| _____ | <b>3. <u>Model Early (8) g</u></b>   |
| _____ | <b>4. <u>Universal PreK</u></b>      |
| _____ | <b>5. <u>Child Care Provider</u></b> |
| _____ | <b>6. <u>NSECD</u></b>               |
| _____ | <b>7. <u>PreK Expansion</u></b>      |

**St. John Parish School Board Preschool  
ENROLLMENT APPLICATION**

Date of Application \_\_\_\_\_

El nombre del niño: \_\_\_\_\_  
  Nomber                            inicial del segundo nombre                            Apellido

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ SSN: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_H \_\_\_\_M

Nombre del Jefe de Hogar: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Dirección de envío: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

teléfono: \_\_\_\_\_ Numero de celular: \_\_\_\_\_

Subdivisión / Zona: \_\_\_\_\_

Raza del Niño: \_\_\_\_\_ If bi-racial, specify races: \_\_\_\_\_

Es niño Latino /Hispanic: \_\_\_\_Si \_\_\_\_No si si entonces, \_\_\_\_Negro Hispanic \_\_\_\_Blanco Hispanic

Idiomas hablados:       Primario: \_\_\_\_\_ Otra especificar: \_\_\_\_\_  
                          Fluido en inglés: \_\_\_\_ De ningún modo \_\_\_\_ Mal \_\_\_\_ Bien \_\_\_\_ Muy bien

Niño inscrito anteriormente en Early Head Start, Head Start u otro programa de desarrollo infantil: \_\_Si \_\_ No

¿Hay preocupaciones sobre la salud y el desarrollo general de este niño?: \_\_\_\_Si \_\_\_\_No

Si la respuesta es afirmativa: \_\_\_\_\_

Seguro de salud infantil: \_\_\_\_LACHIP \_\_\_\_Medicaid \_\_\_\_Private Insurance \_\_\_\_No Seguro  
  \_\_\_\_ Otra especificar \_\_\_\_\_

Proveedores médicos para niños, médico y clínica: \_\_\_\_\_  
  Dentista: \_\_\_\_\_

Salud general del niño: \_\_\_\_ Lentes \_\_\_\_ Tirantes \_\_\_\_ Silla de ruedas \_\_\_\_ Muletas \_\_\_\_ Audífono  
  \_\_\_\_ Otra especificar: \_\_\_\_\_

Alergias infantiles: \_\_\_\_\_ Medicación del niño: \_\_\_\_\_

¿Sospecha de una discapacidad: \_\_ Sí \_\_No

¿Tiene el niño un IEP o IFSP? \_\_Sí \_\_NO

En caso afirmativo, ¿cuál es la discapacidad DIAGNOSTIDA de su hijo?: \_\_\_\_\_

Riesgos establecidos (marque todos los que correspondan):

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna  | <input type="checkbox"/> Deterioro sensorial (es decir, discapacidad auditiva o visual) |
| <input type="checkbox"/> Abn Anomalía cromosómica (es decir, síndrome de Down)                  | <input type="checkbox"/> defecto congénito de nacimiento (es decir, mielomeningocele)   |
| <input type="checkbox"/> Syndrome Síndrome congénito (es decir, síndrome del alcoholismo fetal) | <input type="checkbox"/> VIH positivo / SIDA  |
| <input type="checkbox"/> Médicamente frágil   |   |

Riesgos Ambientales (marque todo lo que corresponda):

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguno   | <input type="checkbox"/> Abuso o negligencia documentada de niños     |
| <input type="checkbox"/> Mother Madre biológica menor de 17 años                     | <input type="checkbox"/> Education Educación materna menor a 8° grado |
| <input type="checkbox"/> Desorganización social familiar                             | <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias por parte de los padres  |
| <input type="checkbox"/> Disability Discapacidad del desarrollo de los padres member | <input type="checkbox"/> Un miembro de la familia fuma en el hogar    |
| <input type="checkbox"/> Sospecha de abuso o negligencia infantil                    | <input type="checkbox"/> Pobreza                                      |

**Nombre de la madre** \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Viviendo con niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Empleado \_\_Si\_\_ No Si es empleado, número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
 Tiempo completo: \_\_\_\_\_ Medio tiempo: \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ En el colegio Último grado completado: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_ Ni empleado ni en la escuela ¿Estás interesado en las clases de educación para adultos? \_\_\_\_\_

**Nombre del Padre** \_\_\_\_\_  
 Fecha de nacimiento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Viviendo con niño: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Empleado \_\_Si\_\_ No Si es empleado, número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_  
 Nombre del empleador: \_\_\_\_\_  
 Tiempo completo: \_\_\_\_\_ Medio tiempo: \_\_\_\_\_ Horas \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ En el colegio Último grado completado: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_ Ni empleado ni en la escuela ¿Estás interesado en las clases de educación para adultos? \_\_\_\_\_

**OTROS miembros de la familia / del hogar (NO LISTE EL JEFE DEL HOGAR O EL NIÑO LISTADO ANTERIOR): (agregue una hoja si es necesario)**

Nombre	Sexo	Raza	Fecha de nacimiento	Relación con el niño	Ocupacion-Adultos	Nivel de Educación-Adultos	Ingresos-adultos
1.							
2.							
3.							
4.							

**Datos familiares:**

Familia en el ejército:  Sí  No Abuso de sustancias:  Sí  No  
 Miembro de la familia con discapacidad:  Sí  No Madre adolescente:  Sí  No  
 Miembro de la familia actualmente en Early Head Start, Head Start u otro programa de desarrollo infantil:  Sí  No

**Tipo de familia:**

- Familia biológica  Padres solteros (solo figura paterna)  Padres solos, No trabajando o Estudiante
- Familia de acogida  Padres solteros (figura paterna solamente)  que viven con su pareja
- Padres o estudiantes solteros  Otro tipo de familia  Padres solteros (solo figura madre)
- Dos padres, trabajadores o estudiantes  Otros parientes  Padres solteros (solo figura madre)
- que viven con su pareja  Dos padres, ni trabajadores ni estudiantes  Dos padres de familia
- Dos padres de familia, uno de trabajo o un estudiante

Ingreso verificado por: \_\_\_\_ W-2 \_\_\_\_ Controle el talón \_\_\_\_ Devolución de impuestos \_\_\_\_ Letter \_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

Recibir pago del trabajo: \_\_\_\_ Semanal \_\_\_\_ Cada 2 semanas \_\_\_\_ Mensual

Ingreso bruto anual: \$ \_\_\_\_\_ Número de adultos que contribuyen al ingreso: \_\_\_\_\_

Número de niños en la familia: \_\_\_\_\_ Número de adultos en la familia: \_\_\_\_\_

**Tipos de servicios o asistencia financiera recibida (Marque todos los que correspondan):**

- \_\_\_\_ Asistencia médica (es decir, Medicaid) \_\_\_\_\_ Sellos de alimentos (SNAP)
- \_\_\_\_ Asistencia pública / Bienestar (es decir, FITAP / TANF) \_\_\_\_ WIC
- \_\_\_\_ Seguridad social \_\_\_\_ Subsidio por cuidado de crianza
- \_\_\_\_ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) \_\_\_\_ Vivienda
- \_\_\_\_ Pensión alimenticia / pensión alimenticia \_\_\_\_ Programa de asistencia para el cuidado infantil
- \_\_\_\_ Otra especificar \_\_\_\_\_

¿Su familia ha estado sin hogar durante el último año?    SÍ    NO En caso afirmativo, ¿por cuánto tiempo?    meses

## Información de emergencia

### En caso de una notificación de emergencia:

Nombre	Relación	Dirección	Número de teléfono

**SOLO las personas mencionadas arriba tienen mi permiso para sacar a mi hijo del autobús o para recoger a mi hijo en el centro de Head Start.**

Información de transporte:    El padre traerá    Necesidades para viajar en autobús

Lugar de recogida: \_\_\_\_\_

Punto de entrega: \_\_\_\_\_

### Comunicado publicitario

Doy mi permiso para \_\_\_\_\_ para ser identificado con la Junta Escolar de St. John Parish Impreso (periódico), fotografías, videos y redes sociales.

Firma de los padres / tutores: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

---

**Certificación: Certifico que esta información es cierta. Si alguna parte es falsa, mi participación en este programa puede ser cancelada. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad con la agencia y estará disponible para mí durante el horario comercial. Me han brindado una entrevista para ayudar a completar esta solicitud y obtener información sobre el programa Head Start.**

Firma del padre / madre / tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Miembro del personal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Posición \_\_\_\_\_