



Red Comunitaria del Distrito de Iberia para Primera Infancia

Solicitud de la Coordinación de Inscripción



INFORMACIÓN DEL NIÑO

<u>Nombre Completo:</u> <small>Como aparece en el Acto de Nacimiento</small>	_____	_____	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Primer</i>	<i>Segundo</i>	<i>Edad el 30^a de septiembre</i>
<u>Fecha de Nacimiento:</u>	_____	_____	_____	_____
	<i>Mes</i>	<i>Día</i>	<i>Año</i>	<i>Niño Niña</i> <i>Sexo</i>
<u>Niño vive con:</u> <small>Marque Todos lo que se Aplica</small>	_____	_____	_____	_____
	<i>Madre</i>	<i>Padre</i>	<i>Ambos</i>	<i>Otro (Especificó)</i>

INFORMACIÓN #1 DE PADRE/GUARDIAN

<u>Nombre Completo:</u>	_____	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Primer</i>	<i>Parentesco al Niño</i>
<u>Dirección Actual:</u>	_____	_____	_____
	<i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Código Postal</i>
<u>Dirección de Correo:</u>	_____	_____	_____
	<i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Código Postal</i>
<u>Números de Teléfono:</u>	_____	_____	_____
	<i>Casa</i>	<i>Móvil</i>	<i>Trabajo</i>
<u>Correo Electrónico:</u>	_____		

INFORMACIÓN #2 DE PADRE/GUARDIAN

<u>Nombre Completo:</u>	_____	_____	_____
	<i>Apellido</i>	<i>Primer</i>	<i>Parentesco al Niño</i>
<u>Dirección Actual:</u>	_____	_____	_____
	<i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Código Postal</i>
<u>Dirección de Correo:</u>	_____	_____	_____
	<i>Calle</i>	<i>Ciudad</i>	<i>Código Postal</i>
<u>Números de Teléfono:</u>	_____	_____	_____
	<i>Casa</i>	<i>Móvil</i>	<i>Trabajo</i>
<u>Correo Electrónico:</u>	_____		

Elegir Basado en Preferencia

Haga una lista de programas en su orden de preferencia.

- Para Centros de Cuidado de Niños → anote el nombre del centro.
- Para Ventaja Temprana → anote Ventaja Temprana y la ubicación del sitio (Jeanerette, New Iberia, Second Street).
- Para Ventaja → anote Ventaja y la ubicación del sitio (Jeanerette, New Iberia, Second Street).
- Para Prekinder Público → anote Prekinder Público y la escuela de su zona.

Opción#1: _____

Opción#2: _____

Opción#3: _____

Firma (Adulto TIENE QUE Firmar)

Yo, el firmate de abajo, confirmo que la información entregada en esta solicitud es cierta y correcta. Yo comprendo que al compartir la información que he dado en esta solicitud a través de los programas de primera infancia en mi comunidad va a facilitar que mi hijo tenga un puesto que le corresponde, y por este medio le doy permiso para que la información dada aquí será compartido con los programas de la Red Comunitaria del Distrito de Iberia para Primera Infancia.

Firma de Padre/Guardian: _____

_____ *Fecha*

NO COMPLETE – SOLAMENTE PARA EL USO DE LA RED

I confirm that the information provided on this form has been reviewed and verified. I understand that I may be audited for accuracy and eligibility.

Birth Certificate Verified: _____

Proof of Residence Verified: _____

School Zone: _____

Person Verifying Application: _____

Date: _____



Red Comunitaria del Distrito de Iberia para Primera Infancia

Solicitud de Coordinación de Inscripción

Encuesta de Elegibilidad de Ingresos



Nombre del Niño: _____
 Como aparece en el Certificado de Nacimiento **Apellido** **Nombre**

Edad del Niño el 30 de septiembre: _____

Marcar si aplica	<input type="checkbox"/> Niño de Crianza <input type="checkbox"/> Niño Sin Hogar
Si está marcado, produzca documentación y salte a la Parte 3.	

Instrucciones para completar este documento.

1. **Presente documentos con prueba de ingresos con esta solicitud. Los siguientes documentos son permitidos/aceptables:**
 - a. **Talón de Cheques** – 2 Consecutivos y Actuales para CADA padre o guardián en la vivienda.
 - b. **Carta Oficial de Empleo** – declarando donde cada padre/guardián esta empleado, tarifa por cada hora de pago, el promedio de horas que trabaja cada padre/guardián por semana.
 - c. **Declaración de la Administración de Seguro Social** – comprobando que el niño anotado en la solicitud, es el que recibe beneficios de SSI, cuál TIENE que ser acompañado por dos talones de cheques actuales.
 - d. **SNAP/Reporte de Cupones de Alimento** – Tiene que incluir el nombre del niño y fechas efectivas y válidas.
 - e. **Acuerdo de Colocación de Cuidado Adoptivo**– Actual de DCFS
 - f. **Indigente** – Carta de fuente de apoyo con documentos de ingresos de fuente de apoyo y documentos verificados por LEA.
 - g. **Desempleo** – Carta de fuente de apoyo con documentos de ingresos de fuente de apoyo.
2. **Complete estos documentos en mayor medida.**

Parte 1. Si algún miembro de su casa recibe asistencia de SNAP, FDPIR o FITAP, favor de completar esta sección. Entregue documentos y salte a la Parte 3. Si nadie recibe estos beneficios, continúe a la Parte 2.
 Nombre de la Persona Recibiendo Asistencia: _____ Nombre del Programa: _____

Parte 2. Verificación de Ingresos Completos de Casa

- a) **Anote todos los ingresos (antes de rebaja de impuestos) en la misma fila bajo la persona quien lo recibe.**
- b) **Marcar la caja donde dice que tan a menudo lo recibe.**
- c) **Registre cada ingreso solamente una vez.**

Nombres de los Miembros de Casa con Ingreso	Nombre de la Empresa o Patrón	Ingresos del Trabajo Antes de Rebaja de Impuestos	Asistencia Social, Manutención de Hijos, Pensión			Seguro Social, SSI, VA, beneficios de jubilación			Todos otros ingresos											
			Semanal	Cada 2 semanas	2 Veces al mes mnesmesal	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	2 Veces al mes	Mensual	Semanal	Cada 2 semanas	2 Veces al mes mnesmesal	Mensual						

Parte 3. Número de Miembros de Casa **# de Niños en la Familia**
 Miembros de Casa con Ingresos Tamaño de Familia (TODOS LOS MIEMBROS)

Parte 4. Firma (Adulto TIENE QUE Firmar)

Yo, el firmate de abajo, confirmo que la información entregada en esta solicitud es cierta y correcta. Yo comprendo que al compartir la información que he dado en esta solicitud a través de los programas de primera infancia en mi comunidad va a facilitar que mi hijo tenga un puesto que le corresponde, y por este medio le doy permiso para que la información dada aquí será compartido con los programas de la Red Comunitaria del Distrito de Iberia para Primera Infancia.

Firma de Padre/Guardian: _____ Fecha _____

NO COMPLETE – SOLAMENTE PARA EL USO DE LA RED

Based on the Income Eligibility Survey and the documentation provided, the family MAY QUALIFY for:					
		100%	130%		
	CCAP (Birth – 4 yrs.)			Early Head Start (Birth – 3 yrs.)	Public Pre-K (Tuition NOT Required) (4 yrs.)
	Child Care with Tuition (Birth – 4 yrs.)			Head Start (3 yrs. – 4 yrs.)	Public Pre-K (Tuition MAY BE Required) (4 yrs.)

I confirm that the information provided on this form has been reviewed and verified. I understand that I may be audited for accuracy and eligibility.
 Person Verifying Application: _____ Date: _____