

Illinois Action for Children

Sitio de Socios de PFA y PI

Formulario de Inscripción

Programa de Preescolar para Todos (PFA)

Programa de Iniciativa de Prevención (PI)

Marque el programa del niño

Lista de verificación del personal de admisión

Lista de verificación del personal de admisión

Certificado de Nacimiento

Examen Físico/Vacunas

Documentación de Ingresos

Manual para Padres

Cita de la Visita Domiciliaria

Solicitud Completa

Formulario de consentimiento de los padres

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | Fecha de inscripción | | | | Fecha de liberación | |
| Primer nombre  Segundo nombre  Apellido | | | | | | | | | | | |
| Fecha de nacimiento (Mes/Día/Año) | Edad al inscribirse | | | Género (Masculino/Femenino) | | | | | País de nacimiento si no es EE. UU. | | |
| Raza/Etnia (encierre uno)  Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático  Negro/Afroamericano Hispano/Latino Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico dos o más razas/etnias Blanco/Caucásico  Otro: | | | | | | | | | | | |
| Enumere cualquier afección médica existente, medicación, y/o atención especial que su hijo pueda necesitar  (asma, alergias alimentarias, problemas de salud) | | | | | | | | | | | |
| Nombre del pediatra: | | | Dirección | | | | | Teléfono: | | | |
| Información de los padres: | | Padre/Tutor 1: | | | | | Padre/Tutor 2: | | | | |
| Nombre completo: | |  | | | | |  | | | | |
| Parentesco con el niño: | |  | | | | |  | | | | |
| Dirección de casa: | |  | | | | |  | | | | |
| Ciudad/Estado/Código postal: | |  | | | | |  | | | | |
| Números de contacto: | | Casa | | | Celular | | Casa | | | | Celular |
| Situación laboral: | | * Desempleado, no busca empleo * Desempleado, en busca de empleo * Desempleado, inscrito en capacitación laboral * Empleado menos de 20 horas por semana * Empleado más de 20 horas por semana * Trabajador por cuenta propia | | | | | * Desempleado, no busca empleo * Desempleado, en busca de empleo * Desempleado, inscrito en capacitación laboral * Empleado menos de 20 horas por semana * Empleado más de 20 horas por semana * Trabajador por cuenta propia | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lugar de empleo: |  | | | | |  | | | | |
| Dirección de trabajo: |  | | | | |  | | | | |
| Ciudad/Estado/Código postal: |  | | | | |  | | | | |
| Número de teléfono del trabajo: |  | | | | |  | | | | |
| Horario laboral: |  | | | | |  | | | | |
| Días programados y  horas de cuidado necesarias: | Lunes | | Martes | Miércoles | Jueves | | | Viernes | Sábado | Domingo |
| Información de los padres cont.: | | Padre/Tutor 1 | | | | | Padre/Tutor 2 | | | |
| Último nivel de estudios: | | * Certificado de secundaria/GED * Secundaria incompleta/Sin diploma * 8° grado o menos * Estudiante actual de secundaria * Capacitación en escuela vocacional * Diplomado * Algo de Universidad * Licenciatura | | | | | * Certificado de secundaria/GED * Secundaria incompleta/Sin diploma * 8° grado o menos * Estudiante actual de secundaria * Capacitación en escuela vocacional * Diplomado * Algo de Universidad * Licenciatura | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Información familiar: | | | | |
| Persona que llena la solicitud: | | Madre  Padre  Tutor  Otro: | | |
| **Tamaño de la familia:** | | |  | |
| **Ingresos familiares:** | | | $ | **por/mes o por/año** |
| Estructura familiar: | Ambos padres en casa  Ambos padres tienen custodia compartida  Vive con un adulto que no es su padre/madre  Otro: | | | |
| Involucración de *Child Welfare* durante el año pasado  (Departamento de Servicios para Niños y Familias)  Sí  No | | | La familia tiene un caso Intacto abierto  (Trabajador Social asignado DCFS)  Sí  No | |
| El niño ha sido un joven bajo cuidado  (*Youth in Care*)  (Participación en el sistema de cuidado de crianza)  Sí  No | | | El padre/madre del niño es un joven en guarda  (Cualquiera de los padres del niño está actualmente o estuvo en el último año en custodia del estado)  Sí  No | |
| Idioma principal que se habla en el hogar (Encierre uno)  Árabe  Inglés  Español Cantonés (Chino)  Vietnamita  Polaco  Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| Idioma nativo (Encierre uno)  Árabe Ingles Español Cantonés (Chino)  Vietnamita Polaco  Otro:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
| ¿Tiene el niño DLI? (Dominio limitado del inglés)  Sí  No | | | ¿El niño es un estudiante vinculado con la milicia?  Sí  No | |
|  | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Además de usted, ¿quién más tiene permiso para recoger a su hijo? | | | | |
| Nombre: Parentesco: | | Dirección | | Número de teléfono  Casa:  Celular: |
| Nombre: Parentesco: | | Dirección | | Número de teléfono  Casa:  Celular: |
| Nombre: Parentesco: | | Dirección | | Número de teléfono  Casa:  Celular: |
| En caso de emergencia, doy mi permiso para que las siguientes personas recojan a mi hijo. | | | | |
| Nombre: Parentesco: | | Dirección | | Número de teléfono  Casa:  Celular: |
| Nombre: Parentesco: | | Dirección | | Número de teléfono  Casa:  Celular: |
| Nombre: Parentesco: | | Dirección | | Número de teléfono  Casa:  Celular: |
| Hermanos inscritos: | | | | |
| Hermano inscrito 1: | | Nombre: | | Edad: |
| Hermano inscrito 2: | | Nombre: | | Edad: |
| Hermano inscrito 2: | | Nombre: | | Edad: |
| Información/historial del niño: | | | | |
| Edad de la madre al nacer el niño: | |  | ¿Los padres estaban casados al momento del nacimiento?  Sí  No |  |
|  |  |  |
| ¿Tuvo el niño un bajo peso al nacer?  (menos de 5 lbs. 8 ozs.)  Sí  No | | Fecha de nacimiento de la  Madre biológica  (si está disponible) | | Fecha de Nacimiento del tutor/cuidador  (si no es la madre biológica) |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Servicios de educación especial: | | | | |
| ¿El niño recibe los servicios del programa IDEA (Ley de Educación para Individuos con Discapacidades) o IEP (Educación Individualizada)?  Sí  No | | | | De ser así, ¿en qué ubicación recibe servicios el niño? | |
| De ser así, indique la fecha de desarrollo e implementación completa del IEP (Programa de Educación Individualizado) | | | Fecha de inicio de los servicios: | | |
| Si el niño recibe servicios, marque la opción de servicio IDEA (Ley de Educación para Individuos con Discapacidades) a continuación:  Aula preescolar mixta  Educación autosuficiente de la primera infancia  Servicios de educación especial solo de lenguaje | | | | | |
| ¿Recibe el niño servicios de Intervención temprana?  Sí  No | | | De ser así, proporcione el número de Intervención temprana: | | De ser así, proporcione la fecha de elegibilidad de intervención temprana: |
| Fuente de referencia:  Referido por CFC (Conexiones para niños y familias) o EL (Intervención temprana) Programa de educación temprana/ Atención infantil  Otro: | | | | | |
| Retraso en la transición de Intervención temprana a educación especial:  Marque la casilla con la razón por la cual su hijo tuvo un retraso en la transición de intervención temprana a educación especial (si corresponde).   * Los padres no presentaran o se negaran a presentar al niño para la evaluación, lo que causó un retraso en el tiempo límite de determinación de elegibilidad. * El niño se inscribió en el distrito después de recibir autorización de los padres en otro distrito, pero antes de que se pudiera determinar la elegibilidad. * Intervención Temprana CFC (Conexiones para niños y familias) envía la referencia después de que el niño tiene 2 años y 9 meses, pero recibieron al niño antes de los 2 años y 9 meses. * Intervención temprana CFC (Conexiones para niños y familias) recibió al niño después de los 2 años y 9 meses y hace la referencia. | | | | | |
| Si el niño está doblemente inscrito en un distrito escolar para recibir servicios, proporcione la información aquí. | | | | | |
| Nombre del sitio de Illinois Action for Children Head Start o Preschool for All | | Nombre del distrito escolar | Información de contacto del distrito escolar | | Fecha de inicio de los servicios con el distrito |

# Firma del padre/tutor: Firma del personal del programa: Firma del personal de IAFC:

Fecha:

Fecha: Fecha:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Información de elegibilidad: | | | | | |
| Certificado de nacimiento | Comprobante de ingreso | | Marque uno:  Sin hogar Cuidado  de crianza | | Asistencia Pública/  TANF |
| Tipo de documentación de ingresos:  Formulario de impuestos W-2   Talones de pago  Carta de no ingresos  Otro | | | | | |
| Resumen familiar: | | Tamaño de la familia: | | Ingresos familiares: | |

\* Tenga en cuenta que las cantidades en cada columna representan el máximo para cada categoría.

***Ej.:*** *Una madre soltera con una familia de 3 integrantes que gana $18,500 entraría en la categoría de 100% en el FPL porque gana más del máximo para el 50% en el FPL de $10,390*

**\* Encierre el FPL (índice federal de pobreza) en el que se encuentra la familia a continuación.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lineamientos del índice federal de pobreza (FPL) 2019** | | | |
| Personas en la familia/hogar | 50% | 100% | 200% |
| 1 | $ 6,245 | $12,490 | $24,980 |
| 2 | $8,455 | $16,910 | $33,820 |
| 3 | $10,665 | $21,330 | $42,660 |
| 4 | $ 12,875 | $25,750 | $51,500 |
| 5 | $15,085 | $30,170 | $60,340 |
| 6 | $17,295 | $34,590 | $ 69,180 |
| 7 | $19,505 | $39,010 | $ 78,020 |
| 8 | $ 21,715 | $ 43,430 | $ 86,860 |

Programa anterior al que asistió: (encierre todos los que correspondan)

Programa de Infancia Temprana Iniciativa de Prevención (del nacimiento a 3 años)

Early Head Start (del nacimiento a 3 años)

Intervención temprana (del nacimiento a 3 años/bebés y niños pequeños con discapacidades/DHS)

Cuidado Infantil  No asistió a un programa anteriormente (primera vez que se inscribe en un programa de aprendizaje temprano )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CRITERIOS** | | **PUNTOS** | **PUNTOS OTORGADOS** |
|  | **MAYOR PRIORIDAD (si se selecciona alguno marcado con un "\*", la familia debe inscribirse de inmediato)** | | |
| **\*Sin hogar** | | **200** |  |
| **\*El niño y/o la madre están en cuidado temporal (Foster Care)** | | **200** |  |
| **\*Recibe asistencia pública SSI, TANF (beneficios documentados/en efectivo solamente)** | | **200** |  |
| **\*Ingresos familiares iguales o inferiores al 50% del índice federal de pobreza** | | **200** |  |
| **Niño con discapacidad diagnosticada con IEP/IFSP/504B o referido para evaluación de educación especial (los padres deben proporcionar documentación de referencia para evaluación y comprobante de ingresos familiares)** | | **200** |  |
|  | **PRIORIDAD SECUNDARIA** | | |
| **La madre está embarazada** | | **100** |  |
| **Hermano de alguien actualmente inscrito** | | **100** |  |
| **Transición de PI** | | **100** |  |
| **La familia está en el sistema DCFS (incluidos los que reciben servicios Intact)** | | **100** |  |
|  | **OTROS FACTORES** | | |
| **\*Ingresos familiares iguales o inferiores al 100% del índice federal de pobreza** | | **50** |  |
| **Recibe SNAP** | | **50** |  |
| **El niño tiene 3 años de edad (incluye 2 años de edad al momento de la inscripción)** | | **50** |  |
| **Padre/madre adolescente (en el momento del nacimiento del niño)** | | **50** |  |
| **Familia monoparental** | | **50** |  |
| **Pariente o abuelo (cuidador principal)** | | **50** |  |
| **El padre/cuidador habla principalmente un idioma que no es inglés en casa** | | **50** |  |
| **El cuidador primario tiene un nivel educativo menor al 12vogrado (certificado de secundaria)** | | **50** |  |
| **Niño que regresa de un programa HS anterior** | | **50** |  |
| **El padre/tutor del niño es un militar activo o veterano** | | **50** |  |
| **La evaluación indica retrasos en el desarrollo, pero no hay referencia a educación especial en este momento** | | **50** |  |
| **Puntos totales** | |  |  |