



St. Charles Parish Early Childhood Community Network Aplicación Coordinada

Direcciones: Complete todas las secciones de la solicitud y mándela a su centro/programa de primera elección de interés. La elegibilidad se basa en la edad, el área residencial y los ingresos. Los centros/programas estarán disponibles para ayudarlo según sea necesario en el proceso de solicitud.

Sección 1: INFORMACIÓN DEL ESTUDIANTE					
NOMBRE DEL NIÑO	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido		Edad
	FECHA DE NAC. ____/____/____		NSS	GÉNERO	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Solicitante: Información Padre/Tutor	Nombre del Padre/Tutor Titular: _____				
	Nombre de la Madre/Tutor Secundario: _____				
NUMEROS DE TELÉFONO	_____ - _____ - _____				
DIRECCION FISICA	Calle				
	Ciudad	Estado	Código Postal		
DIRECCION POSTAL	Calle				
	Ciudad	Estado	Código Postal		
PERSONA QUE VIVE CON EL NIÑO	_____	RELACIÓN CON EL NIÑO	_____		
Idioma principal hablado en el hogar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otros (especificar) _____					
¿Recibe el niño IEP? (Servicios Especiales de Educación) En caso afirmativo, proporcione una copia del IEP.		¿Recibe el niño Servicios de Intervención Temprana? (IFSP) En caso afirmativo, proporcione una copia del IFSP.			
YES	NO	YES	NO		
¿Sospecha que su niño tiene alguna discapacidad?		¿Ha sido referido su niño a servicios de asesoramiento?			
YES	NO	YES	NO		
Si respondió SI, ¿cuál es su inquietud?		Si respondió SI, ¿cuál es su inquietud?			
_____		_____			
Sección 2 : INFORMACION DE LOS INGRESOS DE LA FAMILIA					
Número de Adultos que contribuyen al ingreso → (Escriba sus nombres en el cuadro a continuación.)		Número de niños →	Número total de miembros de la familia en el hogar. →	<input type="checkbox"/> Aprobado por la Determinación de Elegibilidad USDA/CACFP	
Nombre del Adulto	Nombre del Empleador		Total de Ingresos (Indique si el pago es semanal, quincenal, dos veces al mes o mensual)		
Total de Ingresos Familiares					



**St. Charles Parish Early Childhood Community Network Aplicación Coordinada**

Direcciones: Clasifique los centros / programas a continuación para los que está interesado en el orden de preferencia. Ponga un "1" para su primera opción, "2" para su segunda opción. Clasificar 1ro o 2do para un programa NO garantiza la inscripción. Para obtener ayuda para completar la solicitud, comuníquese con los centros / programas de interés.

Sección 3: Selección de centro de interés			
NOMBRE DEL NIÑO	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido
<b>Programas de matrícula gratis</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Non-Public School Early Childhood Development Program (NSECD)</b> – brinda a las familias de bajos ingresos la oportunidad de enviar a sus hijos a centros preescolares y guarderías privados aprobados por el estado sin costo de matrícula para los padres).</li> <li>• <b>Public School</b> - educación pública gratuita para estudiantes financiada por varias subvenciones y agencias locales.</li> </ul>			
<b>Programas parciales de matrícula</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Childcare Assistance Program (CCAP)</b> – brinda a las familias de bajos ingresos la oportunidad de enviar a sus hijos a centros preescolares privados aprobados por el estado y guarderías para la matrícula reducida a los padres.</li> </ul>			
<b>Programas de cuidado infantil categoría III</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Private Pay</b> – los padres son responsables de pagar la matrícula completa en el sitio .</li> </ul>			
CATEGORIA	PROGRAMA	EDADES ADMITIDAS	CATEGORIA
	Boutte Christian Academy (Boutte, LA) – [985-785-2456]	4 años	NSECD (Free)
	Boutte Christian Academy (Boutte, LA) – [985-785-2456]	1 – 4 años	CCAP & Private Pay
	Children’s Book of Knowledge (St. Rose, LA) - [504-467-9661]	4 años	NSECD (Free)
	Children’s Book of Knowledge (St. Rose, LA) - [504-467-9661]	1 – 4 años	CCAP & Private Pay
	Four Stars Childcare Center (Paradis, LA) - [985-758-2123]	4 años	NSECD (Free)
	Four Stars Childcare Center (Paradis, LA) - [985-758-2123]	6 semanas – 4 años	CCAP & Private Pay
	Kidz Academy (Luling, LA) - [985-308-1134]	6 semanas – 4 años	CCAP & Private Pay
	Kidz at Work of Destrehan, LLC (Destrehan, LA) - [985-764-7700]	6 semanas – 4 años	CCAP & Private Pay
	Mimi’s Lil Schoolhouse (Luling, LA) - [985-785-0228]	6 semanas – 4 años	CCAP & Private Pay
	Small World Daycare and Learning Center (Destrehan, LA) – [985-764-3988]	1 – 4 años	CCAP & Private Pay
	We’re All-En Learning Center, LLC (Luling, LA) - [985-785-7582]	6 semanas – 4 años	CCAP & Private Pay
	St. Charles Parish Public Schools - [985-783-6617] (Las ubicaciones se basan en la elegibilidad)	3 años	Head Start (Gratis)
	St. Charles Parish Public Schools - [985-783-6617/ 985-764-7535] (Las ubicaciones se basan en la elegibilidad)	4 años	Elementary Schools and Head Start (Gratis)

**Statement of Applicant:**

Yo, el suscrito, entiendo que la información que proporcioné en esta solicitud se puede compartir entre programas para facilitar la colocación elegible en la primera infancia. Por la presente doy permiso para que se comparta la información proporcionada aquí con los programas en la red comunitaria de la primera infancia de la parroquia de St. Charles.

Nombre del Padre/Tutor : \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



SUPPLEMENTAL SECTION FOR SCPPS AND NSECD PROGRAMS ONLY

SOLO responda estas preguntas si está solicitando un programa de matrícula gratuito (Boutte Christian Academy, Children's Book of Knowledge, Four Stars Childcare Center, St. Charles Parish Public Schools).

<b>NOMBRE DEL NIÑO</b>	Primer Nombre	Inicial del Segundo Nombre	Apellido
<b>Raza/Etnia (Marque solo uno)</b>	Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Áfrico-americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Birracial/Multirracial <input type="checkbox"/> Pacífico/Isleño/Hawaiano <input type="checkbox"/> No Especificado <input type="checkbox"/>		
<b>Padre Adolescente</b>	SI	NO	Sin hogar en el último año
Nombre del Padre/Tutor #1: _____		Teléfono: _____	
Nombre del Padre/Tutor #2: _____		Teléfono: _____	
<b>Estado Marital</b>	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado		
<b>Tipo de Familia</b>	__ Familia de dos padres    __ Monoparental (Madre Solamente)    __ Monoparental (figura paterna solamente) __ Abuelos    __ Temporal    __ Otra: _____		
<b>Estado Laboral del Padre/Tutor #1 (marque solo uno)</b>	<b>Empleo con salario:</b> __ Tiempo Completo (más de 34 hrs por semana) __ Tiempo Parcial __ Temporal/no Agrícola __ Temporal - Agrícola __ Empleado y Estudiante	<b>Estudiante de Tiempo Completo y Empleado de Tiempo Parcial:</b> __ Para el Diploma/Certificado de Bachillerato __ Para el comercio/certificación de negocios __ Para Título Universitario __ Otro __ Empleado y Estudiante	<b>Empleado de Tiempo Completo y Estudiante de Tiempo Parcial:</b> __ Para el Diploma/Certificado de Bachillerato __ Para el comercio/certificación de negocios __ Para Título Universitario __ Otro __ Empleado y Estudiante
	<b>Otro:</b> __ En programa de capacitación __ Ama de casa __ Incapacitado por discapacidad __ Retirado __ Desempleado	<b>Máximo grado de estudios:</b> __ Algo de Escuela K-12 (no diploma)    __ Título de Asociado __ Preparatoria/Bachillerato    __ Licenciatura __ Algo de Universidad (no graduado)    __ Maestría __ Certificado    __ Doctorado	
<b>Estado Laboral del Padre/Tutor #2 (marque solo uno)</b>	<b>Empleo con salario:</b> __ Tiempo Completo (más de 34 hrs por semana) __ Tiempo Parcial __ Temporal/no Agrícola __ Temporal - Agrícola __ Empleado y Estudiante	<b>Estudiante de Tiempo Completo y Empleado de Tiempo Parcial:</b> __ Para el Diploma/Certificado de Bachillerato __ Para el comercio/certificación de negocios __ Para Título Universitario __ Otro __ Empleado y Estudiante	<b>Empleado de Tiempo Completo y Estudiante de Tiempo Parcial:</b> __ Para el Diploma/Certificado de Bachillerato __ Para el comercio/certificación de negocios __ Para Título Universitario __ Otro __ Empleado y Estudiante
	<b>Otro:</b> __ En programa de capacitación __ Ama de casa __ Incapacitado por discapacidad __ Retirado __ Desempleado	<b>Máximo grado de estudios:</b> __ Algo de Escuela K-12 (no diploma)    __ Título de Asociado __ Preparatoria/Bachillerato    __ Licenciatura __ Algo de Universidad (no graduado)    __ Maestría __ Certificado    __ Doctorado	



SUPPLEMENTAL SECTION FOR SCPPS AND NSECD PROGRAMS ONLY

La siguiente documentación debe acompañar ésta solicitud para que sea considerada completa.

Certificado de Nacimiento/ Comprobante de Tutela	Seguro/ Tarjeta de Medicaid	Copia de Tarjeta del SS	Cartilla de Vacunación	Prueba de Residencia ( 2 utilidades diferentes cuentas (electricidad, gas o agua solamente) o 1 factura y un contrato de arrendamiento a nombre del padre / tutor con el (los) nombre (s) del estudiante)
Verificación de Ingresos (Proporcione al menos una de las siguientes a continuación) <input type="checkbox"/> 3 Talones de Cheque <input type="checkbox"/> Declaración Escrita del Empleador/Tasa de Pago <input type="checkbox"/> 1040/Forma W-2 <input type="checkbox"/> Asistencia Pública				
<b>Si usted recibe alguno de los siguientes, también deberá presentar documentación para que su solicitud esté completa.</b>				
<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> SSI/ Documentos de Discapacidad <input type="checkbox"/> Documentación de No Ingresos <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia/Manutención de los Hijos <input type="checkbox"/> SNAP (Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria) <input type="checkbox"/> Compensación del Trabajador				
El padre / tutor debe traer una licencia de conducir de Luisiana o un documento de identificación válido emitido por el estado. al registrar al niño.				

Declaración del Solicitante:

Por la presente certifico que la información anterior es verdadera y correcta. Entiendo que ésta información es dada en relación con la recepción de fondos públicos. El programa puede verificar la información, y la falsificación deliberada me expone a ser procesado bajo situación penal aplicable, Estatal y Federal.

Nombre del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_