

Solicitud para Servicios del Programa de Preparación Escolar 2009-2010

Todos los formularios deben estar completados y firmados con tinta azul o negra.

Lista de Cotejo de los Documentos de Apoyo Necesarios

_____ Verificación de ingreso (Deben incluir los talones de pago de todos los adultos que estén trabajando).

Talones de pago actuales o corrientes

Si le pagan semanalmente = 6 talones de pago consecutivos

Si le pagan cada dos semanas = 3 talones de pago consecutivos

Si le pagan mensualmente = 2 talones de pago consecutivos

Nuevas solicitudes solamente:

Si ha estado trabajando por menos de 30 días, se puede usar una declaración firmada por su empleador o patrón como verificación de ingreso. Debe estar en un papel con el nombre impreso de la compañía y debe tener las horas trabajadas, el pago, y el nombre y teléfono de la persona a contactar. Alguien del personal verificará la información con el empleador.

_____ Verificación de matricula / horario en/de una escuela para adultos

_____ Verificación de otro ingreso (TANF /Asistencia en Efectivo, SSI, SSA, SSD)

_____ Copia de las tarjetas de Seguro Social o Prueba de Solicitud (*de todos los miembros de la familia*)

_____ Copia de la Licencia de Conducir actual o una identificación con fotografía. (*de todos los adultos en el hogar*)

_____ Prueba de custodia legal (*sí es aplicable*)

_____ Copia del Acta de Nacimiento (*de todos los niños*)

_____ Copia de Papeles de Divorcio Y Manutención o Pensión de Menores (*si es aplicable*)

Lista de Cotejo de los Formularios de Solicitud

_____ Solicitud para el Programa de Servicios de Preparación Escolar

_____ Forma de Aceptación Paterna

_____ Términos y Condiciones para los Servicios de Preparación Escolar

_____ Referido (Recipiente de TANF, TCC, Servicios de Protección, etc.) (*si es aplicable*)

_____ Formulario de Manutención o Pensión de Menores

Coalición de Educación Temprana del Condado de Polk Servicios de Cuidado del Niño



**Condado de Polk 2009 – 2010
Solicitud para el Programa de Preparación Escolar**

DEMOGRAFÍA FAMILIAR—TODA LA INFORMACIÓN DEBE COMPLETARSE

Si está viviendo en el hogar Nombre (nombre y apellido)	# Seguro Social	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Grupo Étnico Circule uno	Raza Circule todas las que apliquen
1. Nombre del Padre/Padrastra (viviendo en el hogar)				Hispano No Hispano	Blanca Asiática Indígena Americana Negra Hawaiana
2. Nombre de la Madre/Madrastra (viviendo en el hogar)				Hispano No Hispano	Blanca Asiática Indígena Americana Negra Hawaiana
1. Nombre del Tutor/Otro Adulto (viviendo en el hogar)				Hispano No Hispano	Blanca Asiática Indígena Americana Negra Hawaiana
2. Nombre del Tutor/Otro Adulto (viviendo en el hogar)				Hispano No Hispano	Blanca Asiática Indígena Americana Negra Hawaiana

Dirección Residencial: _____ # Apt. _____ Ciudad _____ Estado _____ Área Postal _____

Dirección Postal: _____ Ciudad _____ Estado _____ Área Postal _____

Teléfono del hogar: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____ Otro teléfono: (____) _____

Idioma Hablado en el Hogar por los Padres: _____ Idioma Hablado por el/la Niño/a: _____

Forma más reciente de cuidado para el niño/a: _____ ¿Está recibiendo alguna ayuda para el cuidado del/la niño/a? _____

Si contesta sí, favor de explicar: _____

ANOTE A TODOS LOS NIÑOS EN EL HOGAR— TODA LA INFORMACIÓN DEBE COMPLETARSE

Nombre Legal del/la Niño/a (nombre y apellido)	# Seguro Social	Sexo M / F	Fecha de nacimiento	Ciudad y Estado de nacimiento	Relación con el Adulto	Medicaid Sí/No	Grupo Étnico Circule uno	Raza Circule todas las que apliquen
							Hispano No Hispano	Blanca Asiática Indígena Americano Negra Hawaiana
							Hispano No Hispano	Blanca Asiática Indígena Americano Negra Hawaiana
							Hispano No Hispano	Blanca Asiática Indígena Americano Negra Hawaiana
							Hispano No Hispano	Blanca Asiática Indígena Americano Negra Hawaiana
							Hispano No Hispano	Blanca Asiática Indígena Americano Negra Hawaiana
							Hispano No Hispano	Blanca Asiática Indígena Americano Negra Hawaiana

Programa Preferido para su/s Niño/s

Programas Preferidos para el Cuido	Nombre del/la Niño/a	Programa Preferido Circule todos los que aplican	Nombre del Proveedor
A. Primer espacio disponible en cualquiera de los programas		A B C D	
B. Basado en una escuela pública para niños de 3 & 4 años, día escolar.		A B C D	
C. Lugar Privado – Todas las edades.		A B C D	
D. Programa Head Start.		A B C D	
		A B C D	

Coalición de Aprendizaje Temprano del Condado de Polk

Servicios de Cuido del Niño



Formulario de Manutención o Pensión de Menores

Todos los padres/tutores deben completar este formulario. Use formularios adicionales para cada padre ausente.

Como solicitante para servicios de cuidado del niño con la Coalición de Aprendizaje Temprano del Condado de Polk (Early Learning Coalition of Polk County) usted tiene la obligación de informarnos el estatus de la pensión o manutención de menores por cada padre ausente de su/s niño/s una vez el/la niño/a sea ubicado/a en el programa y en cada re-determinación. Si no se completa este formulario puede tener como resultado la pérdida del subsidio para cuidado del niño o la denegación de los servicios

Complete la **Sección I**, si usted no recibe pensión de menores y el padre ausente no tiene contacto con sus hijos. La **Sección II** tiene que ser completada por el padre ausente, si usted no puede proveer documentación de pensión o manutención de menores.

Nombre del padre ausente: _____

Nombre del/los niño/s: _____

Sección I

Sección I – Para ser completada por el padre con la custodia y que no está recibiendo pensión de menores

Si usted no recibe pensión de menores y el padre ausente no tiene contacto con sus hijos, complete esta sección. Si usted no está recibiendo pensión o manutención de menores, favor de explicar porque: _____

_____ **Último día que la recibió:** _____

Sección II

Sección II – Para ser completada por padre ausente

Seleccione una opción.

1. _____ Yo no pago pensión del niño / y no he pagado desde: _____

2. a. _____ Yo pago la pensión consistentemente, la cantidad es _____ por semana / mes.

b. _____ Yo pago la pensión, y ésta varía de semana a semana. En las pasadas 6 semanas, he pagado las siguientes cantidades:

Fecha: _____ Cantidad pagada: _____

Fecha: _____ Cantidad pagada: _____

Fecha: _____ Cantidad pagada: _____

Fecha: _____ Cantidad pagada: _____

Fecha: _____ Cantidad pagada: _____

Fecha: _____ Cantidad pagada: _____

Firma del padre ausente: _____ **Fecha:** _____

Dirección: _____ **Teléfono:** _____

Entiendo perfectamente que si mi ingreso (incluyendo pensión de menores), dirección, número de teléfono o cualquier otra información pertinente a mi caso cambia, tengo 10 días para notificar a la agencia del cuidado del niño. Si no lo hago, los servicios de cuidado del niño serán terminados.

Firma del Padre: _____ **Fecha:** _____

Coalición de Aprendizaje Temprano del Condado de Polk

Servicios de Cuido del Niño



FORMA DE ACEPTACIÓN PATERNA

Su Elección de Cuido del Niño:

Usted puede escoger de entre todos los acuerdos de cuidado de niños y proveedores, que estén operando legalmente y que estén disponibles incluyendo: centros con licencia, hogares con licencia, cuidado con base en alguna fe (religiosos), programas basados en las escuelas, cuidado en un hogar, cuidado por un familiar u otro acuerdo informal. A usted se le garantiza el derecho de “preferencia u opción paterna” al seleccionar el proveedor de cuidado del niño. Su niño no será ubicado en ningún acuerdo de cuidado del niño sin su aprobación.

Tipos de Cuido del Niño:

Cuido en un Centro:

- A. Cuido con licencia
- B. Cuido exento
- C. Cuido PreK o “Kidcare” Basado en una Escuela

Cuido en un Hogar:

- A. Cuido con licencia
- B. Hogar de un Amigo o Vecino
- C. Con un Familiar

ACUERDO DE ACEPTACIÓN

1. Entiendo que hay una diferencia en los tipos de cuidado del niño.
2. Entiendo que cualquier proveedor que yo escoja, debe permitirme, con la identificación adecuada, visitar a mi niño/a en cualquier momento y que la visita puede ser sin avisar.
3. Entiendo que el costo paterno diario o cualquier otro costo debe ser pagado de acuerdo a la política y procedimientos de mi proveedor.
4. Si el precio del proveedor privado excede el precio negociado por la Coalición de preparación escolar, yo seré responsable por la diferencia entre el precio del proveedor privado y el precio de la Coalición
5. También entiendo que a mi proveedor se le reembolsará el resto directamente por la Coalición de Aprendizaje Temprano del Condado de Polk.
6. Entiendo que si se falla en pagar el costo resultará en terminación del cuidado.
7. Entiendo que no puedo trasladar a mi/s hijo/s de un proveedor a otro sin un recibo de pago completo de mi proveedor actual.

PADRE/GUARDIAN

FECHA

Términos y Condiciones para Solicitar Para los Servicios de Cuido del Niño y Preparación Escolar

La provisión de los servicios de Preparación Escolar está sujeta a disponibilidad de fondos y prioridades de matrícula. Usted tiene el derecho a no ser discriminado/a por razones de raza, color, credo, origen nacional, sexo, creencias políticas o incapacidad.

Su acceso a los niños bajo cuidado:

Usted tiene el derecho a visitar a su/s niño/s mientras están en el cuidado. Su proveedor de cuidado del niño debe permitirle, con identificación adecuada, visitar a su/s niño/s en cualquier momento mientras estén bajo su cuidado.

Responsabilidades

1. Es su responsabilidad proveer inmediatamente cualquier documentación adicional solicitada por su consejero paterno.
2. Es su responsabilidad notificar inmediatamente a su consejero paterno dentro de **10 días calendario** de cualquier cambio en estatus incluyendo pero no limitado a cambios en empleo, estatus marital, tamaño familiar, finanzas o arreglos de vivienda. Si a sabiendas usted usa los servicios de preparación escolar indebidamente, da información falsa, errónea o incompleta o no actualiza información usted puede estar sujeto/a a procesamiento penal bajo la ley estatal y puede poner en peligro su elegibilidad para los servicios de preparación escolar.
3. Es su responsabilidad pagar a tiempo todos los costos paternos legalmente estipulados a su proveedor de cuidado del niño. Usted debe mantenerse al día en el pago de los costos paternos a su proveedor de cuidado del niño.
4. Es su responsabilidad firmar diariamente la entrada y la salida de su/s hijo/s en el lugar donde se provee el cuidado.

Usted puede perder el cuidado del niño si usted:

1. Falla en cumplir con sus requisitos de trabajo "TANF", o
2. No provee los documentos o la información requerida por su consejero paterno, o
3. Falla en pagar el "costo paterno" al proveedor de cuidado del niño, o
4. Pierde o renuncia a su trabajo sin una buena causa, o
5. Su hijo/a demuestra una conducta inapropiada, en el sitio/escuela del cuidado, o en la agencia de cuidado del niño, o
6. Provee información falsa a sabiendas, o
7. Falla en notificar a su consejero paterno dentro de **10 días calendario** de cambios en su participación, empleo, o circunstancias familiares. Esto incluye cambio de dirección, cambio en la composición familiar y cambios en el ingreso del hogar.

Declaración del Padre / Tutor

He leído y entendido la información de arriba. Certifico que la información dada en mi solicitud es verdadera y completa a mi mejor entendimiento. Entiendo que si doy información incorrecta a sabiendas puedo ser sujeto/a a ser procesado/a bajo las leyes del estado y el cuidado del niño será terminado. Para todos los niños que todavía no están matriculados en la escuela, el programa de cuidado del niño de Preparación Escolar proveerá pruebas de detección/evaluaciones de desarrollo y doy mi consentimiento para estas pruebas de detección/evaluaciones con el entendimiento de que recibiré los resultados y seré informado de cualquier recomendación.

Doy mi consentimiento a la Coalición de Aprendizaje Temprano del Condado de Polk; la Agencia para la Innovación de la Fuerza Laboral, Oficina de Educación Temprana, al Departamento de Ejecución de la Ley de la Florida, y/o a las agencias que hacen referidos, a pedir toda la información relacionada a mi elegibilidad y a hacer cualquier averiguación de las declaraciones o la información dada en la solicitud de las agencias gobernantes o los proveedores. Entiendo que si doy información falsa, firmo documentos de asistencia inexactos, o fallo en reportar cambios en mis circunstancias, mi caso será referido para acción al Departamento de Ejecución de la Ley de la Florida

Entiendo que puedo apelar el servicio cuidado de mi niño/a y pedir una revisión del caso por la agencia de cuidado del niño. Si soy encontrado/a inelegible o el servicio es terminado, suspendido, reducido o estoy insatisfecho/a con cualquier servicio, tengo el derecho a pedir una audiencia justa.

Firma del padre/tutor

Fecha

Coalición de Aprendizaje Temprano del Condado de Polk Servicios de Cuido del Niño



Numero de Horas del Cuido de Niño/a

Complete la tabla de abajo para todos los niños/as que viven en su casa que necesitan cuidado de niño/a. Utilice la tabla de abajo para la unidad de los códigos del cuidado.

Nombre del/de la Niño/a	Edad del/de la Niño/a	Total de horas del cuidado	Unidad del Cuido

Seleccione la Unidad del Cuido *Otro* para cualquier tipo de cuidado que no está en la lista. Favor de explicar el tipo de cuidado de niño/a necesitado.

Unidades del Cuido	Descripción de la Unidad de Cuido
FT	Tiempo Completo
PT	Medio Tiempo
PTL	Cuido Antes de la Escuela Solamente
PT	Cuido Después de la Escuela
PTBA	Cuido Antes y Después de la Escuela
FTV	Tiempo Completo "Wrap" (Solamente niños en VPK)
PTV	Medio Tiempo "Wrap" (Solamente niños en VPK)
Otro	"Otro" tipo de cuidado que no se encuentra en la lista-explicar