



CENTRALIA COLLEGE EARLY LEARNING PROGRAMS

Formulario de Pre-registro



Washington State Department of CHILDREN, YOUTH & FAMILIES

Fecha de Hoy: _____

¿Necesita un intérprete? Sí NO

NOMBRE DEL NIÑO: _____

FECHA DE NACIMIENTO DEL NIÑO: _____

Niño Niña

Dirección de correo electrónico: _____

Padre/Tutor 1: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Cell# _____

Dirección: _____

Empleador o Colegio: _____

Teléfono del empleador #: _____

¿Cuántas horas a la semana trabajas? _____

Padre/Tutor 2: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Home/Cell# _____ Sí NO

Dirección: _____

Empleador o Universidad: _____

Teléfono del empleador #: _____

¿Cuántas horas a la semana trabajas? _____

¿Está bien enviarte un mensaje de texto?

¿El primer idioma del niño? _____

¿Idioma secundario? _____

¿Su hijo es hispano? Sí NO

Origen étnico: _____

¿Su hijo tiene un IEP/IFSP Sí NO

¿Se sospecha que su hijo tiene un retraso? Sí No

¿Su hijo está entrenado para ir al baño? Sí NO

El niño vive con. _____

¿Está este niño en cuidado de crianza? Sí NO

¿Si nosotros estamos llenos , quiere que compartamos su información con el Head Start del Condado de Lewis? Sí NO

Encierre en círculo el lugar de preferencia

Centralia White Pass Onalaska Winlock
Boistfort Morton

Preescolar par niños de 3 años de edad (3 años cumplidos el 31 de agosto de 2022)

AM PM

Preescolar de 4 años (4 años al 31 de agosto de 2022)

AM PM

Cuidado infantil solo cuidado de niños /
ECEAP

Cuidado de niños Abierto de 7:00 am a 5:30 pm de lunes a viernes

Tiene subsidio de cuidado de niños_ Sí NO

Pago particular Sí NO

M____ T____ W____ TH____ F____

Sí NO

12 meses – 24

Doctor del niño: _____

Dentista del niño: _____

Seguro médico/dental: _____

Fue su hijo prematuro? Sí NO Semanas: _____

Alergia conocidas? Sí NO

Condición medica: _____

Para familias interesadas en ECEAP:

Número de personas que viven en el hogar con el apoyo de los padres/tutores: _____.

¿Está este niño bajo cuidado de parentesco o viviendo con un tutor? Sí NO Hermanos: _____

¿Su familia recibió ingresos durante el último año calendario o durante los 12 meses anteriores? Sí NO

En caso afirmativo, ¿cuál fue el ingreso bruto ajustado de su familia? _____ Han cambiado sus ingresos? Sí NO

¿Este niño está actualmente sin hogar? Sí NO Si sí, ¿el niño vive con alguien que no sea su padre/madre?

Sí NO ¿Reciben vivienda subsidiada? Sí NO

Preguntas adicionales (*Usamos esta información para **priorizar** a los niños que más necesitan ECEAP. Todas las respuestas son confidenciales*).

¿Tiene este niño un miembro de la familia del hogar que tiene una condición crónica de salud física o mental?

¿Afecta gravemente su capacidad para participar en el trabajo, la escuela o la vida familiar? Sí NO ¿Afecta moderadamente su capacidad para participar en el trabajo o la vida familiar? Sí NO

¿Tiene este niño un padre que era menor de 18 años cuando nació este niño? Sí NO

¿Tiene este niño un padre que es un trabajador agrícola migrante o estacional? (El 51% o más de los ingresos familiares proviene del trabajo agrícola) Sí NO

¿Este niño tiene un padre en servicio activo en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Sí NO

¿Tiene este niño un padre actualmente miembro de una unidad de la Guardia Nacional o Reserva Nacional? Sí NO

¿Tiene este niño un padre militar actualmente desplegado, o dentro de los últimos 12 meses, o por un total de 19 o más meses dentro de la vida del niño? Sí NO

¿Tiene este niño una familia que asistió a un internado indio? Sí NO

¿Tiene este niño un padre que está encarcelado en la cárcel, prisión o un centro de detención? Sí NO

¿Ha experimentado este niño la pérdida de un padre, como por muerte, abandono o deportación? Sí NO

¿Ha experimentado este niño el divorcio o la separación de sus padres? Sí NO

¿Ha experimentado este niño la falta de vivienda en los últimos 12 meses? Sí NO

¿Ha vivido este niño en un hogar con violencia doméstica, incluso en el útero? Sí NO

¿Ha vivido este niño en un hogar con abuso de sustancias, incluso en el útero? Sí NO

¿Esta familia ha recibido servicios de CPS / FAR / ICW o ha estado involucrada con la aplicación de la ley / sistema judicial con respecto al abuso infantil, negligencia o agresión sexual en el pasado? Sí NO

¿Se ha reunido el niño con sus padres después del cuidado de crianza o parentesco en los últimos 12 meses? Sí NO

¿ECEAP recibió una referencia profesional para esta familia? Sí NO

¿Necesita transporte para que su hijo pueda asistir a la escuela? Sí NO

¿Cuál fue la calificación más alta del padre/tutor completado para: Padre #1 _____ Padre #2 _____

Centralia College NO discrimina a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, sexo, información genética o edad en la admisión, tratamiento o participación en sus programas, servicios y actividades, o en el empleo. Todas las consultas relacionadas con el cumplimiento de los procedimientos de acceso, igualdad de oportunidades y / o quejas deben dirigirse al Vicepresidente de Recursos Humanos y Asuntos Legales, Centralia College, 600 Centralia College Blvd., Centralia WA 98531 360-623-8943

Fecha en ELMS: _____

Información recibida por: