

**Programa de Desarrollo Infantil  
Preescolar Estatal Jumpstart  
Cuestionario de Elegibilidad - Página 1**

La realización de esta solicitud no garantiza la inscripción de su hijo. Introduciremos la información de este cuestionario en una "lista de elegibilidad". La admisión en este programa se basa en las directrices de ingresos del estado y las prioridades de edad.

- AM (8:15 - 11:15)     PM (12 - 3)
- ATLAS (Saticoy)
- E.P. Foster
- Montalvo (Clase de AM de doble inmersión)
- Pacific High (programa de inclusión total)
- Portola
- Sheridan Way
- Will Rogers (Clase de AM de doble inmersión)

**NOTA:** Los cuestionarios incompletos NO PUEDEN SER PROCESADOS y SERÁN DEVUELTOS.

Información de la Familia

\_\_\_\_\_  
Padre A: Nombre (padre-tutor legal-padre de hogar temporal)

\_\_\_\_\_  
Padre B: (solo si el esposo/a reside en el hogar)

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño/a

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
Fecha de Hoy

\_\_\_\_\_  
Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código Postal

\_\_\_\_\_  
Teléfono de la casa

\_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo  
(padre/madre A)

\_\_\_\_\_  
Teléfono del trabajo  
(padre/madre B)

## Cuestionario de Elegibilidad - Página 2

¿Cuáles son las fuentes de ingreso? Marque las que correspondan.

Lo siguiente corresponde al **padre o tutor A**

Por favor indique sus ingresos brutos (antes de deducciones)

1.	Ingreso familiar (bruto)	\$
2.	Seguro de desempleo	\$
3.	Pensión/anualidad	\$
4.	Miembros de la familia en AFDC en el hogar	\$
5.	Seguro social	\$
6.	Discapacidad	\$
7.	Propinas/comisiones/trabajo independiente	\$
8.	Manutención/pensión conyugal	\$
9.	Otro (explique)	\$
10.	TANF	\$

Lo siguiente corresponde al **padre o tutor B**

Por favor indique sus ingresos brutos (antes de deducciones)

1.	Ingreso familiar (bruto)	\$
2.	Seguro de desempleo	\$
3.	Pensión/anualidad	\$
4.	Miembros de la familia en AFDC en el hogar	\$
5.	Seguro social	\$
6.	Discapacidad	\$
7.	Propinas/comisiones/trabajo independiente	\$
8.	Manutención/pensión conyugal	\$
9.	Otro (explique)	\$
10.	TANF	\$

Ingreso **Total** Familiar (de los padres A y B) \$\_\_\_\_\_

¿Paga usted manutención ordenada por la corte por otros hijos que no viven con usted?

Si     No

En caso afirmativo, ¿cuánto por mes? \_\_\_\_\_

* Solo para uso de Jumpstart:	Eligibility/Rank #: _____	School Year: _____
Waiting List: _____	Date Enrolled: <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
Family Size: _____	Income: _____	

### Cuestionario de elegibilidad – Página 3

**Enumere** todos los dependientes y/o hijos a su cargo Y que vivan en su hogar

Nombre (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento	Parentesco
Nombre (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento	Parentesco
Nombre (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento	Parentesco
Nombre (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento	Parentesco
Nombre (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento	Parentesco

**Por favor marque lo que corresponde a su hijo o hijos.**

1. \_\_ Necesidades excepcionales. Se aplica a los niños que se ha determinado que son elegibles para educación especial y servicios relacionados. Estos niños tienen un Programa de Educación Individualizado (IEP) activo y están recibiendo servicios de educación especial.

Nombre del niño(s) que recibe(n) los servicios \_\_\_\_\_

2. \_\_ Discapacitados severos. Niños con trastornos físicos/emocionales.

Nombre del niño o niños: \_\_\_\_\_

Explicación: \_\_\_\_\_

3. \_\_ Servicios de protección infantil. Niños que reciben algún servicio de apoyo de cualquier departamento del condado o albergue de emergencia porque los niños están en riesgo de abuso o negligencia. En caso afirmativo, especifique el nombre de la agencia: \_\_\_\_\_

Nombre de los niños que reciben servicios: \_\_\_\_\_

Por favor adjunte la carta de referencia de la agencia licenciada.

Por favor indique el idioma(s) que hablan los niños en el hogar: \_\_\_\_\_

#### **Certificación**

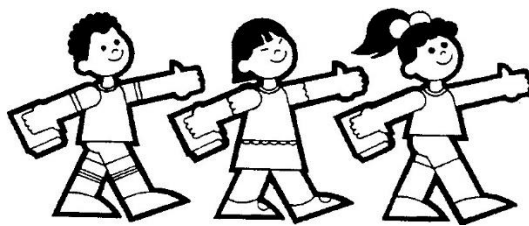
Declaro que, a mi mejor entender, la información anterior es verdadera y correcta. Me comprometo a notificar inmediatamente a la agencia si se produjera algún cambio en la información contenida en este formulario. Entiendo que la información que he proporcionado es confidencial y se utilizará para determinar mi elegibilidad para los servicios de desarrollo infantil y establecer mi prioridad en la lista de espera. Además, entiendo que toda la información que he proporcionado será verificada antes de que pueda ser aprobado para los servicios.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Relación al niño/s

Distrito Escolar Unificado de Ventura  
Programas de Desarrollo Infantil



Preescolar Estatal Jumpstart

"Construyendo la Vida de los Jóvenes Pensando en su Futuro"

Estimadas Familias:

Muchas gracias por solicitar información del Programa Preescolar Estatal Jumpstart del Distrito Escolar Unificado de Ventura. Actualmente el distrito cuenta con los siguientes programas preescolares: Escuelas primarias - ATLAS (Saticoy), E.P. Foster, Montalvo, Portola, Sheridan Way, Will Rogers y escuela preparatoria Pacific High. El Programa Preescolar Estatal Jumpstart funciona con fondos del Estado de California. Para calificar a cualquiera de los preescolares local su niño o niña debe tener **la edad elegible y la familia debe cumplir con las normas de ingresos fijadas por el estado, que encontrará más abajo.**

Por favor entregue el cuestionario de elegibilidad con copias de los documentos lo antes posible al plantel de Jumpstart de su elección.

- **Identificación con foto de padres o tutor**
- **Un (1) comprobante de domicilio** (cuenta de utilidades, de/banco o tarjeta de crédito, etc.) Si los padres son divorciados o separados se necesita comprobantes de residencia de cada uno
- **Comprobantes de los familiares que viven en la casa** (certificado de nacimiento, registro de la escuela, bautismo, pasaporte, seguro social o registro médico)
- **Dos (2) copias del acta de nacimiento de su hijo/a**
- **Registro de vacunas actual** (cumple con los requisitos de entrada para cuidado de niños de CA)
- **Reconocimiento actual de examen físico de su hijo/a**, dentro de los últimos 12 meses (sellado por el consultorio del doctor y firmado por el proveedor)
- **Comprobante de los ingresos totales de un mes** (talón de cheques, TANF, desempleo, discapacidad, pensión, etc.) Nombre, dirección, número de teléfono del/ empleador/es de cada padre en el hogar
- **Necesidades excepcionales** (traiga documentación adicional, p.ej. IEP, 504, etc.)

**El estado del voluntariado se basará en los requisitos de la Licencia de Atención Comunitaria** (si está interesado en ser voluntario, comuníquese directamente con la escuela)

# REPORTE DEL MÉDICO — GUARDERÍAS INFANTILES

(EVALUACIÓN MÉDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERÍA INFANTIL)

## PARTE A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)

A \_\_\_\_\_, nacido en \_\_\_\_\_ se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar  
(NOMBRE DEL NIÑO(A)) (FECHA DE NACIMIENTO)  
en la \_\_\_\_\_ Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las \_\_\_\_\_ a.m./p.m.  
(NOMBRE DE LA GUARDERÍA INFANTIL/ESCUELA)  
a las \_\_\_\_\_ a.m./p.m., \_\_\_\_\_ días a la semana.

Por favor proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería infantil mencionada arriba.

\_\_\_\_\_  
(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

\_\_\_\_\_  
(FECHA DE HOY)

## PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

Problems of which you should be aware:

Hearing: \_\_\_\_\_ Allergies: medicine: \_\_\_\_\_  
Vision: \_\_\_\_\_ Insect stings: \_\_\_\_\_  
Developmental: \_\_\_\_\_ Food: \_\_\_\_\_  
Language/Speech: \_\_\_\_\_ Asthma: \_\_\_\_\_  
Dental: \_\_\_\_\_  
Other (Include behavioral concerns): \_\_\_\_\_  
Comments/Explanations: \_\_\_\_\_

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: \_\_\_\_\_

**IMMUNIZATION HISTORY:** (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) (NAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

**SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)**

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).  
\_\_\_\_\_ Communicable TB disease not present.

I have  have not  reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_

Date of Physical Exam: \_\_\_\_\_  
Date This Form Completed: \_\_\_\_\_  
Signature \_\_\_\_\_

Physician  Physician's Assistant  Nurse Practitioner