

Solo uso de oficina. Indique si el niño fue:  Colocado  No colocado

# Solicitud coordinada 2023-2024

Complete la solicitud en tinta azul o negra.

Seleccionar en un círculo la red Ready Start que está solicitando para el cuidado y la educación de la primera infancia.



East Carroll Parish



Lincoln Parish



Morehouse Parish



Ouachita Parish



Richland Parish

## Información del estudiante

El nombre del niño: \_\_\_\_\_  
PRIMER SEGUNDO INICIAL APELLIDO

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idioma del hogar: \_\_\_\_\_

Género:  Masculino  Femenino Raza: \_\_\_\_\_

Ha solicitado el Programa de asistencia para el cuidado de niños (CCAP)?  Sí  No  N/A

Está aprobado para CCAP?  Sí  No  N/A

Está usted en la lista de espera de CCAP?  Sí  No  N/A

**1. PADRE/TUTOR LEGAL que vive en el hogar CON el niño** RELACIÓN con el NIÑO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
PRIMER SEGUNDO INICIAL APELLIDO

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

**1. PADRE/TUTOR LEGAL que vive en el hogar CON el niño** RELACIÓN con el NIÑO: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
PRIMER SEGUNDO INICIAL APELLIDO

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
CALLE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

Este niño ha tenido una evaluación de edades y etapas?  Sí  No Fecha: \_\_\_\_\_ Ubicación: \_\_\_\_\_

Tiene el niño un IEP o IFSP actual? (El niño está recibiendo servicios a través del sistema escolar o Early Steps)

Sí  No Preocupación/Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Recibe este niño servicios del habla? (IEP)  Sí  No

Recibe este niño Servicios de Intervención Temprana? (IFSP)  Sí  No

El niño ha sido derivado por servicios psicológicos?  Sí  No

El niño recibe SSI?  Sí  No

## Información de ingresos familiares

Número de adultos en el hogar: \_\_\_\_\_ Número de adultos que contribuyen a los ingresos: \_\_\_\_\_

Número de niños en el hogar: \_\_\_\_\_  Aprobado para la determinación de elegibilidad del USDA/CACFP

## Preferencias del programa

Revise la lista de programas participantes y escriba su primera, segunda y tercera opción en orden de preferencia a continuación.

Clasificación	Nombre del programa
1ª opción	
2da elección	
3ra elección	

\*Si su primera opción no tiene asientos disponibles, esto no garantiza la inscripción en su programa de segunda opción.

## Información adicional

Si un niño tiene hermanos que actualmente asisten a alguno de los programas participantes (enumere los programas) mencionados anteriormente, indíquelos a continuación:

Programa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hermano:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si un niño tiene hermanos que actualmente solicitan ingreso a cualquiera de los programas anteriores, enumere a continuación:

Programa:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Hermano:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Cómo se enteró de los programas participantes y la elegibilidad? Marque todo lo que corresponda.

- Amigo/Familia     Facebook     Director/Administrador     Televisión     Volante  
 Postal     Radio     Otro \_\_\_\_\_

Yo, el abajo firmante, entiendo que solo se necesita completar UNA solicitud para mi hijo, y por la presente doy mi permiso para que la información provista aquí se comparta con Children's Coalition for Northeast Louisiana.

\_\_\_\_\_  
Escriba el nombre del padre/tutor

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

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma