

Información sobre todos los miembros que residen en el hogar debe ser documentada no es obligatorio proporcionar el número de Seguro Social para su elegibilidad, los servicios no le serán negados si no lo puede proveer.

(A1) Padre/Guardián:	Fecha de nacimiento:	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
SSN:	El Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	Carrera: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Americano
Compañía/Escuela:		
Dirección del Compañía/Escuela:		
Teléfono del Compañía/Escuela:		
(A2) Padre/Guardián:	Fecha de nacimiento:	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
SSN:	El Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	Carrera: <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Americano
Empleador/Escuela:		
Dirección del Empleador/Escuela:		
Teléfono del Empleador/Escuela:		
Dirección de casa (documentación requerida):		Apt/Lote#:
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Dirección Postal (Si es diferente de la anterior):		
Ciudad:	Estado	Código Postal
Teléfono del Hogar:	Otro Teléfono:	Teléfono Celular:
Email:		
Idioma primario que se habla en el hogar: <input type="checkbox"/> Bosnio <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Creole <input type="checkbox"/> ingles <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro		

Si quiere recibir una lista de proveedores de cuidado de niños, por favor marque la casilla:

Nombre todos los niños para los cuales solicita cuidado infantil- Asegurese de llenar toda la información requerida

1. Nombre Legal (Primer y Apellido):		Fecha de nacimiento:	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
SSN:		El Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	Carrera (comprobar todos aplicar): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Americano
Ciudadano estadounidense/extranjero legal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nino relaciondo (vea informacion familiar arriba) (marque uno): <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	Su Relacion (vea codigos abajo): Choose an item.	Nivel de Grado del Nino(a) (si necesario): Choose an item.
2. Nombre Legal (Primer y Apellido)::		Fecha de nacimiento:	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
SSN:		El Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	Carrera (comprobar todos aplicar): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Americano
Ciudadano estadounidense/extranjero legal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nino relaciondo (vea informacion familiar arriba) (marque uno): <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	Su Relacion (vea codigos abajo): Choose an item.	Nivel de grado del nino(a) (si necesario): Choose an item.

3. Nombre Legal (Primer y Apellido):		Fecha de nacimiento	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
SSN:		El Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	Carrera (<i>comprobar todos aplicar</i>): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Americano
Ciudadano estadounidense/extranjero legal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nino relaciondo (vea informacion familiar arriba) (<i>marque uno</i>): <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	Su Relacion (vea codigos abajo): Choose an item.	Nivel de grado del nino(a) (<i>si necesario</i>): Choose an item.
4. Nombre Legal (Primer y Apellido):		Fecha de nacimiento	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
SSN:		El Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	Carrera (<i>comprobar todos aplicar</i>): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio Americano
Ciudadano estadounidense/extranjero legal: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Nino relaciondo (vea informacion familiar arriba) (<i>marque uno</i>): <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2	Su Relacion (vea codigos abajo): Choose an item.	Nivel de grado del nino(a) (<i>si necesario</i>): Choose an item.

Información del Hogar DEBE SER COMPLETADA

Por núcleo familiar se entiende los padres que conviven en el hogar, los hijos menores, así como otros menores de los cuales los padres son responsables legalmente. También puede incluir adultos de los cuales los padres son responsables económicamente. Cuando estos adultos son incluidos sus ingresos deben ser documentados como parte de los ingresos del hogar.

Cuántas personas componen su núcleo familiar?	Adultos: <u>N/A</u>	Niños: <u>N/A</u>
---	---------------------	-------------------

Estado Civil: N/A

Por favor ponga sus iniciales solamente en una de las dos declaraciones siguientes.)

(Iniciales si aplica) _____ Certifico que no estoy viviendo con el padre/madre de mi niño(s).

(Iniciales si aplica) _____ Certifico que si estoy viviendo con el padre/madre de mi niño(s).

Nombre de otros ocupantes en su hogar	Fecha de nacimiento	Sexo M / H	Número de seguro social	Asiste a la escuela en estos momentos?	Contribuye en las finanzas del hogar?	Relación con el aplicante	Relación con el niño(a) de la sección superior
1.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
2.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Terminos Y Condiciones

La aprobación para los servicios de School Readiness está sujeta a requisitos de elegibilidad, disponibilidad de fondos y prioridades de inscripción. Es un derecho del padre a que la información de los niños se mantenga confidencial así como también el derecho a inspeccionar, revisar, y solicitar una copia de los archivos de sus niños. Los padres no serán discriminados por motivos de raza, nacionalidad, origen étnico, sexo, religión o discapacidad.

Favor inicialice cada sección debajo para indicar que usted ha leído, entendido y acepta cada uno de los siguientes términos y condiciones:

_____ El padre /guardián entiende que la Oficina de Educación Temprana de la Florida y la Coalición de Educación Temprana tienen el derecho de iniciar y/o de recibir datos a través de contacto directo o un proceso automatizado de intercambio de datos para establecer la validez de la información de los miembros del hogar provista por el solicitante/beneficiario para recibir beneficios del programa. Esto incluirá pero no necesariamente se limitará a lo siguiente: beneficios de Seguro Social, fechas de nacimiento, el estado de inmunización y/o todas las fuentes potenciales y reportadas de ingresos ganado y/o no ganado. (Expedientes de empleo, beneficios de desempleo, TANF, manutención de niño, etc.).

_____ El padre/guardián da el consentimiento, si es determinado elegible, a la Agencia de School Readiness y/o El Departamento de Ayuda Financiera/ División de Fraude de Asistencia Pública, a pedir información relacionada con la elegibilidad de los padres y a investigar todos los datos/información ofrecida. Entiendo que si doy información falsa, firmo documentos incorrectos que verifican asistencia escolar o dejo de reportar cambios que pueden afectar mi elegibilidad, esto puede resultar en un referido al Departamento de Ayuda Financiera/ División de Fraude de Asistencia Pública para investigación y posiblemente prosecución.

_____ El padre/guardián entiende, si es determinado elegible, y se le terminan, suspenden, o reducen los servicios, o si el padre/guardián está insatisfecho con los servicios, tiene el derecho de pedir una investigación y el derecho de apelar la decisión.

_____ El padre/guardián entiende, si es determinado elegible, cualquier facilidad de cuidado de niños que el padre/guardián seleccione debe permitir que el padre/guardián visite el niño durante las horas de operación.

_____ El padre/guardián entiende, si es determinado elegible, él/ella puede seleccionar libremente el tipo de cuidado de niños que esta definido en el "Opciones para el Cliente" que mejor cumpla las necesidades suyas y de los niños mientras que aplica a los requisitos de fondos en cual él/ella es elegible.

_____ El padre/guardián entiende que si su empleo es en el mismo centro de cuidado infantil que su niño (s) asiste, la atención directa a su niño (s) no puede ser permitido. La atención directa debe ser administrado por otro maestro. El padre/guardián entiende que si su empleo es en una casa para cuidado infantil, el niño (s) no puede asistir la misma localidad.

_____ El padre/guardián entiende, si es determinado elegible, y está de acuerdo, que debe de firmar cuando deje y recoja a su niño(a) en cualquier arreglo legal de cuidado de niños. El padre no puede firmar ni poner la fecha antes del último día de asistencia del mes. También estoy de acuerdo que soy responsable de pagar a tiempo **la cuota del padre** y que la agencia de School Readiness no será responsable de cualquier tarifa que excede el máximo aceptable o cualquier cargo adicional. **El cliente/guardián no puede transferir su servicios de School Readiness (SRP) a otro Proveedor a menos que el proveedor anterior haya documentado que el padre/guardián ha cumplido con su obligación de su copago.**

_____ El padre/guardián certifica que a recibido las "Expectaciones de Early Childhood", Guía de Recursos Comunitario "211", información de Voluntary Prekindergarten y la Guía y Consejos de alfabetización.

_____ El padre/guardián entiende que tiene el derecho a ser notificado si como resultado de alguna recertificación, el niño(s) se determina como no elegible para la ayuda financiera; o la pérdida de fondos.

_____ El padre/guardián certifica que la información brindada es verídica y no ha omitido información hasta donde conoce. Usted debe someter por escrito al programa de School Readiness en un plazo no mayor de **10 días naturales cualquier cambio relacionado a: ingresos, dirección de residencia, estatus temporal o no temporal de educación o empleo, tamaño del núcleo familiar, ausencias a un entrenamiento laboral o programa educacional, ingresos familiares que exedan el 85% de la media de ingresos del estado de la Florida (SMI). El no reportar los cambios podría causar la terminación de sus servicios de cuidado infantil.** Una vez que usted es aprobado tiene la responsabilidad de recertificar su asistencia de School Readiness antes que su periodo de autorización termine. Si usted no recertifica en tiempo su asistencia de School Readiness será terminada el día siguiente a su fecha límite de autorización la cual aparece documentada en su certificado de cuidado infantil.

_____ El padre/guardián certifica que el valor total de los bienes familiares no excede \$1,000,000.

El padre, cuidador, o guardián entiende que, si es determinado que si eres elegible para el subsidio de la preparación de escuela, los niños que no tienen edad para la escuela recibirán una evaluación de desarrollo diseñados para determinar su nivel de desarrollo actual.

Si usted no desea que su niño(a) sea evaluado favor de completar el formulario: Denegar servicios de Evaluación.

La Declaración del Acto de Privacidad:

Se piden los números del seguro social en este formulario bajo s. 119.071(5) (a)2., F.S., para el uso en los archivos y sistemas de los datos de la Oficina de Educación Temprana de la Florida y la Coalición de Educación Temprana. Se usarán los números del seguro social para el pedido de datos rutinarios, requisitos de informes para el gobierno estatal y federal, la identificación y verificar la elegibilidad para el Programa de Preparación Escolar, incluyendo, pero no limitado a, el ingreso familiar. La sumisión de números del seguro social en este formulario es voluntaria y no una condición de matriculación en el Programa de Preparación Escolar.

Al firmar debajo, reconozco que he reportado todos los ingresos de mi núcleo familiar en esta Aplicación de Cliente del programa de School Readiness y en la Hoja de Ingresos de la Oficina de Enseñanza Temprana, tambien afirmo que toda la información brindada es verídica y correcta y que además he recibido una copia de estos términos y condiciones. Entiendo que mi firma en este formulario fungirá como tal en el Certificado de Cuidado Infantil asi como en la Pre-autorización de Cuidado Infantil. Estoy de acuerdo que en lo adelante se haga esta declaración y que la misma sea documentada en cada proceso de recertificación de mi elegibilidad

Fecha: _____

Firma del Padre/Guardián

Signature of staff verifying completion of this form

Print Name