

2017 – 2018  
**Programas Preescolar Del Estado de California y Los Primeros 5**

Nuestros programas ofrecen un programa educativo de padres y niños a familias de bajo a medio nivel económico y esta *administrado* por el Condado de San Luis Obispo Oficina de Educación.

**Uno de los aspectos mas importantes de nuestro programa es "la educación y el involucramiento de los padres".**

La siguiente participación es necesaria para asegurar el requisito entre el número de adultos/niños para la licencia y metas educacionales para los niños y familias en nuestro programa:

- 1) asegurar que su niño/a atienda la escuela 5 días por semana por un período de 3 – 3 ½ horas;
- 2) transporte a su niño/a para la escuela y de la escuela a la hora designada (no ofrecemos transportación);
- 3) asistir a juntas educacionales de padres y 4) participar 2 veces por mes en el salón de clase.

**NUESTRO PROGRAMA PRE ESCOLAR INCLUYE:**

- Actividades planeadas por la maestra/el maestro que ayudan a desarrollar los intereses y conocimientos del niño/niña e introducen nuevas ideas y materiales.
- Actividades dirigidas hacia el niño para desarrollar la independencia, la habilidad para las decisiones, para la resolución de problemas, y para la capacidad creativa mental.
- Desarrollo del lenguaje y habilidades de comunicación.
- Desarrollo cognitivo - habilidades preacadémicas para la lectura, matemáticas y ciencias.
- Exploración creativa - arte, música, baile, y drama.
- Desarrollo físico - motor pequeño (antes de que escriban con letra de molde) y habilidades de coordinación del motor grueso.
- Salud dental, educación, nutrición y de seguridad.
- Desarrollo emocional y social por medio del juego con otros niños.
- Se ofrece desayuno o un bocadillo nutritivo.

**Adjunto esta la solicitud preliminar**

- Si es que califica para el programa, usted será llamado por teléfono.
- Si es que su aplicación no es aceptada, le mandaremos una carta por correo.

**NUESTRO PROGRAMA EDUCACIONAL DE PADRE**

**INCLUYE OPORTUNIDADES PARA:**

- Enfocar en el papel que toman los padres en la educación de su niño/niña.
- Formar relaciones con otros padres, y maestros que brindan apoyo en el programa.
- Escuchar discursos sobre temas de disciplina positiva, salud y nutrición, el modo de preparar a su niño/niña para el Jardín de Niños, primeros auxilios, seguridad de niños adentro y afuera, etc.
- Discutir problemas y preocupaciones con padres de niños de la pre escuela y con la maestra del programa.
- Aprender acerca del desarrollo físico, cognitivo, emocional, social y creativo de niños.

**NOTE:** Cuando consideramos familias para inscripción en el programa Estatal, los factores de elegibilidad deben ser considerados (niños de 4 años de edad y los sueldos de nivel más bajo tienen prioridad). California Department of Education (CDE), California Code of Regulations, Title 5 (5 CCR), Section 18131

**Para mas información:**

805-782-7275

[www.slococoe.org](http://www.slococoe.org)

San Luis Obispo County Office of Education  
Child Development Programs  
3350 Education Drive  
San Luis Obispo, Ca 93405

**2017 – 2018**  
**Programas Preescolar del Estado de California y Los Primeros 5**  
**Aplicación Preeliminaria**

☐ Please check here if you would like  
to receive further information in English

Por favor circule el lugar deseado (sujeto a cambio)

**ATASCADERO**

**MARIE BAUER**  
**OCEANO PRIMEROS 5**

**WINIFRED PIFER**

**PASO ROBLES PRIMEROS 5** (DEBE VIVIR EN LA VECINDAD PARA LOS PRIMEROS 5)

**SAN MIGUEL**

**NIPOMO**

**GROVER BEACH**

¿Viene de regreso su familia al programa estatal? ☐ Si ☐ No

¿Qué otra preescolar ha asistido su niño? \_\_\_\_\_

Nuestro Programa requiere que su niño este entrenado para ir al baño. ¿Está entrenado? ☐ Si ☐ No

**Prioridades de inscripción:** 1) niños de 4 o 3 años que reciben servicios de protección al menor 2) niños que estuvieron inscritos en el programa a los 3 años de edad  
3) niños de 4 años en las cuales familias tengan los ingresos más bajos 4) niños que cumplen 3 años para el 1 de septiembre, 2017 en las cuales  
familias tengan los ingresos más bajos

**Información del Tamaño de Familia**

**NIÑO QUE VA INGRESAR:**

(Nombre completo y legal del registro)

**Primer Nombre:** \_\_\_\_\_

**Segundo Nombre o Inicial:** \_\_\_\_\_

**Apellido:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_

**Lenguaje (Preferido)** \_\_\_\_\_

**Información Sobre el Padre/Guardián**

**Circule uno:** Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

**Relación al niño/a:** \_\_\_\_\_

**Nombre completo y legal:**

**Primer Nombre:** \_\_\_\_\_

**Segundo Nombre o Inicial:** \_\_\_\_\_

**Apellido:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Lenguaje Preferido:** \_\_\_\_\_

**Teléfono en casa o celular:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:** \_\_\_\_\_

**Cuidad:** \_\_\_\_\_ **Condado:** \_\_\_\_\_ **Codigo Postal:** \_\_\_\_\_

**Dirección Postal (si es diferente):** \_\_\_\_\_

**Contacto alternativo si la familia no está disponible:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Numero de personas en la familia:** \_\_\_\_\_

HERMANOS MENORES DE 18 AÑOS DE EDAD QUE VIVEN EN CASA

**Debe someter copia de registro de nacimiento para todos**

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Información Sobre el Padre/Guardián**

**Circule uno:** Estado Civil: Soltero/a Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a

**Relación al niño/a:** \_\_\_\_\_

**Nombre completo y legal:**

**Primer Nombre:** \_\_\_\_\_

**Segundo Nombre o Inicial:** \_\_\_\_\_

**Apellido:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Lenguaje Preferido:** \_\_\_\_\_

**Teléfono en casa o celular:** \_\_\_\_\_

**Correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**Por favor complete la reversa**



**Por favor complete para el ingreso corriente de la familia:**

Adjunte copias de talones de cheque de los **mas recientes 30 días consecutivos** y cualquier y beneficio. Si tiene empleo **por su cuenta**, por favor adjunte copias de Forma Federal 1040 **además** una Declaración de Sueldo Aproximado y Corriente.

Empleador \_\_\_\_\_ Número telefónico de trabajo \_\_\_\_\_

Domicilio de trabajo \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_ Número telefónico de trabajo \_\_\_\_\_

Domicilio de trabajo \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Codigo Postal \_\_\_\_\_

**SUELDOS Y BENEFICIOS PARA ADULTOS EN CASA:**

\_\_\_\_\_ Sueldo mensual en bruto \$ \_\_\_\_\_/mes  
\_\_\_\_\_ Manutención de niño (por favor indique si recibe o paga) \$ \_\_\_\_\_/mes  
\_\_\_\_\_ Asistencia Monetaria \$ \_\_\_\_\_/mes  
\_\_\_\_\_ Seguro de Incapacidad Estatal/Privada \$ \_\_\_\_\_/mes  
\_\_\_\_\_ Desempleo \$ \_\_\_\_\_/mes  
\_\_\_\_\_ Asistencia de Adopción o Foster Care \$ \_\_\_\_\_/mes  
\_\_\_\_\_ Beneficios de Sobrevivientes del Seguro Social \$ \_\_\_\_\_/mes  
\_\_\_\_\_ Beneficios de Incapacidad del Seguro Social \$ \_\_\_\_\_/mes  
\_\_\_\_\_ Beneficios de Jubilación \$ \_\_\_\_\_/mes  
\_\_\_\_\_ Asistencia Financiera: Becas Estatales o Federales (cosas no Identificadas para intención educacional, por ejemplo matricula o libros) \$ \_\_\_\_\_ Por semestre  
\_\_\_\_\_ CalFresh (se ocupa el número del caso) \_\_\_\_\_

**NECESIDADES ESPECIALES**

¿Le aplica cualquier de lo siguiente a su familia?

\_\_\_\_\_ Caso de Servicios de Bienestar \_\_\_\_\_ Necesidad Especial o IFSP / IEP Otro (especifique): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Desamparado \_\_\_\_\_ No habla inglés o lo habla muy limitado

**Firma**

- Yo declaro bajo pena de perjurio que la información escrita arriba es verdadera y correcta y que e incluido todos los ingresos.
- Por este medio doy mi permiso a los agentes del Programa del Desarrollo del Niño para que verifiquen mi salario en mi lugar de empleo. Haci mismo, doy mi permiso para ceder y compartir cualquier información que este en mis archivos con los agentes del Departamento de Educación del Estado, o con Community Care Licensing para determinar conforme a la ley, la elegibilidad de la familia, y conformidad con las regulaciones y requisitos de reportar cualquier información requerida.
- Entiendo que esto es SOLAMENTE una aplicación pre eliminaría y no garantiza matriculación en el programa.

X

Firma de Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_ Parentesco con el niño/a \_\_\_\_\_

**Lista de Comprobantes (Cuando manda por correo o fax necesita incluir lo siguiente)**

\_\_\_\_\_ **Verificación de Domicilio** copia de factura de servicios o contrato de alojamiento residencial  
\_\_\_\_\_ **Verificación de Sueldo** si trabaja, copias de talones de cheque por los más recientes y consecutivos 30 días; si tiene empleo por su cuenta, copias de Forma Federal 1040 y Declaración de Sueldo Aproximado y Corriente; por cada uno de los ingresos adicionales, adjunte copias de verificación de sueldo corriente  
\_\_\_\_\_ **Registro de Nacimiento** copias para todos niños menores de 18 años de edad, que viven en casa y al cual tiene responsabilidad de manutención

**San Luis Obispo County Office of Education**  
Child Development Programs  
3350 Education Drive  
San Luis Obispo, CA 93405

**Fax:**  
805-903-1893

**Para más información:**  
805-782-7275  
slococ.org