



SOLICITUD PARA EL PROGRAMA PREESCOLAR ESTATAL DE CALIFORNIA (CSPP)
SOLICITUD CONFIDENCIAL PARA SERVICIOS DE DESARROLLO INFANTIL Y CERTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A			
Apellido legal del niño/a		Primer nombre legal	Segundo nombre legal
			☐ Masculino ☐ Femenino
Fecha de nacimiento	¿El niño/a es hispano o latino? ☐ Sí ☐ No	Idioma que se habla en el hogar	Idioma que habla el niño/a
Raza/Etnicidad	¿Su hijo/a tiene un IEP? ☐ Sí ☐ No	¿Usa el baño independientemente? ☐ Sí ☐ No	¿Su hijo/a toma siestas? ☐ Sí ☐ No
¿Existe alguna preocupación médica o de desarrollo para su hijo/a? De ser así, por favor explique.			
INFORMACIÓN FAMILIAR		¿Es usted padre/madre/tutor soltero? ☐ Sí ☐ No	
		¿Está recibiendo beneficios de algún programa del gobierno? (i.e. CalWorks, Medi-Cal) ☐ Sí ☐ No	
A. Nombre del Padre/Madre/Tutor (Apellido, Primer, Inicial)		Teléfono	Correo electrónico (Email)
B. Nombre del Padre/Madre/Tutor (Apellido, Primer, Inicial)		Teléfono	Correo electrónico (Email)
Dirección residencial (Calle, Ciudad)		Código postal	Extensión
II. ELEGIBILIDAD FAMILIAR, INGRESO MENSUAL BRUTO AJUSTADO Y TAMAÑO DE LA FAMILIA (Se requiere verificación)			
A. Número total de miembros de la familia _____		B. Ingreso mensual bruto \$ _____ (Incluye horas extras, propinas, comisiones y manutención infantil)	
C. Fuentes de ingresos (Marque todas las que correspondan) ☐ Empleo ☐ Autoempleo ☐ Discapacidad o Desempleo ☐ Manutención infantil ☐ Otros			
D. Elegibilidad familiar (Marque todas las que correspondan) ☐ Elegible por ingresos ☐ El niño/a tiene un IEP activo ☐ Recibe beneficios del gobierno (Medi-Cal, CalFresh, WIC, etc.) ☐ Personas sin hogar (Homeless) ☐ Servicios de Protección Infantil (CPS) / En riesgo			
III. MOTIVO POR EL CUAL NECESITA LOS SERVICIOS- Ingrese A o B en la línea que se refiere al padre/madre/tutor listado en la Sección I			
☐ Empleo _____ ☐ Buscando empleo _____ ☐ Inscrito en capacitación/escuela _____ ☐ Sin necesidad _____ ☐ Incapacitado _____ ☐ Buscando vivienda permanente _____ ☐ Personas sin hogar _____ ☐ Los niños son beneficiarios de CPS, o identificados como en riesgo _____			
IV. TAMAÑO DE LA FAMILIA- Enumere a los niños menores de 18 años que viven en el hogar			
Apellido, Primer Nombre, Inicial		Fecha de Nacimiento MM/DD/AA	Apellido, Primer Nombre, Inicial
			Fecha de Nacimiento MM/DD/AA
V. Certificación y Firma del Padre/Madre/Tutor			
1. Entiendo que me estoy autocertificando como soltero/a bajo pena de perjurio en la Sección 1 de este documento cuando la casilla de padre/madre/tutor soltero ha sido marcada. 2. Entiendo que la información sobre mi elegibilidad puede ser revisada por representantes del Estado de California, el gobierno federal, auditores independientes u otros según sea necesario para la administración del programa. 3. Entiendo que si la agencia deniega esta solicitud de servicios, tengo derecho a apelar.		4. Entiendo que recibiré un aviso de aprobación o desaprobación de mi solicitud dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que firme este formulario. 5. Entiendo que esta certificación no se completará hasta que se presente toda la documentación y este formulario haya sido firmado y fechado por mí, y revisado, firmado y fechado por un representante de la agencia. 6. Entiendo que estoy certificado/a como elegible para recibir servicios y que he cumplido con todos los requisitos de elegibilidad y/o necesidad por un período de certificación de no menos de 24 meses, momento en el cual se volverán a certificar los requisitos de elegibilidad y/o necesidad.	
Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.			
Firma	Fecha	Parentesco con el niño/a	
Firma	Fecha	Parentesco con el niño/a	
VI. Para Uso Exclusivo de la Oficina (La certificación estará completa cuando sea revisada, firmada y fechada por un representante autorizado)			
Estado de elegibilidad: ☐ Aceptado ☐ Denegado		Sitio: _____	
Primer día de servicio: _____			
Firma del representante autorizado		Titulo	Fecha

INSTRUCCIONES DE REGISTRO



PASO 1: VERIFICAR LA FECHA DE NACIMIENTO

El niño/a debe tener **3 años** para la inscripción entre el **2 de diciembre de 2025 y el 1 de diciembre de 2026**.

(La fecha de nacimiento debe ser entre el 2 de diciembre de 2022 y el 1 de diciembre de 2023).

El niño/a debe cumplir **4 años** entre el

2 de diciembre de 2025 y el 1 de diciembre de 2026.

(La fecha de nacimiento debe ser entre el 2 de diciembre de 2021 y el 1 de diciembre de 2022).

PASO 2: VERIFICAR LA ELEGIBILIDAD- (Basado en UNO de los siguientes criterios)

☐ **Servicios de Protección Infantil o Niño/a Identificado/a En Riesgo**

Documentación Requerida: Referencia por escrito, fechada dentro de los seis meses anteriores a la solicitud de servicios

☐ **Personas sin hogar (Homelessness)**

Documentación Requerida: Referencia por escrito o declaración jurada de que la familia se encuentra sin hogar, con una descripción de su situación de vivienda

☐ **Niño/a con Necesidades Excepcionales**

Documentación Requerida: Copia del Plan de Educación Individualizado (IEP) activo del niño/a

☐ **Recibe Beneficios del Gobierno Actualmente**

Documentación Requerida: Documentos de inscripción fechados dentro del último año y la Solicitud del Programa, o una declaración jurada de los ingresos declarados en la solicitud
(Ejemplos: Medi-Cal, CalWorks, WIC, Head Start, CalFresh)

☐ **Elegible por Ingresos**

Documentación Requerida:

Ingresos regulares- 2 talones de pago mensuales de los últimos 60 días (de todos los padres/tutores)

Ingresos fluctuantes- Últimos 12 meses

Trabajo por cuenta propia- Estado de pérdidas y ganancias de dos meses vigentes y la declaración de impuestos sobre la renta más reciente, incluyendo el Anexo C (Schedule C)

PASO 3: CITA FAMILIAR

- Programe una cita una semana después de la fecha de entrega de la solicitud y de los documentos de respaldo, ya sea en línea o llamando a la escuela.

PASO 4: DOCUMENTACIÓN

- Reúna o complete la siguiente documentación adicional que debe llevar a la reunión familiar:

☐ Solicitud para el Programa Preescolar Estatal de California

☐ Comprobante de domicilio

☐ Actas de nacimiento de cada niño/a en el hogar

NOTA: Las listas de verificación de documentación incluyen información adicional para apoyar la recopilación de los requisitos.

LISTA DE COMPROBACIÓN DE DOCUMENTOS (Página 1 de 2)



Para asegurar el cumplimiento de las exigencias de nuestro financiador, el Departamento de Educación de California, debemos verificar la elegibilidad de cada familia que participa en el Programa Preescolar Estatal a Tiempo Completo (Full-Day). **Por favor, entregue** los siguientes documentos:

VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD Debe proporcionar documentación para 1 o más de estas categorías de elegibilidad

Beneficiario de Servicios de Protección Infantil (CPS) o Niño/a Identificado/a En Riesgo

- ☐ Autocertificación de ingresos **Y**
- ☐ Carta de referencia

Familia que Experimenta la Condición de Persona Sin Hogar

- ☐ Autocertificación de ingresos **Y**
- ☐ Carta de referencia **O**
- ☐ Declaración jurada de los padres sobre la situación de falta de vivienda

Niño/a con Discapacidades

- ☐ Autocertificación de ingresos **Y**
- ☐ Plan Individual de Servicios Familiares (IFSP **O**
- ☐ Programa de Educación Individualizado (IEP)

Beneficios de un Programa Gubernamental

CalWORKS, Medi-Cal, CalFresh, Asistencia Alimentaria de California, Programa de Nutrición Suplementaria Especial de California para Mujeres, Infantes y Niños (WIC), Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas, Head Start o Early Head Start

- ☐ Documentación de inscripción (Ejemplo: Aviso de Acción | Recibo de Ayuda | Verificación de Beneficios) **Y**
- ☐ Copia de la Solicitud del Programa Gubernamental **O**
- ☐ Si no está disponible, una Declaración Jurada de Ingresos tal como se declaró en la solicitud del programa.

Elegibilidad por Ingresos

Tutor(es) o Padre(s) de Crianza (Foster):

- ☐ Documentación de ingresos mensuales (Para el niño/a y sus hermanos relacionados).

Padre(s) Biológico(s) o Adoptivo(s):

- ☐ Autorización para divulgar información laboral (si corresponde) **Y**
- ☐ Notificación a los padres: Requisito de reportar ingresos por encima del límite establecido
- ☐ Documentación de ingresos mensuales (TODAS las fuentes para TODOS los padres de la familia))

Ingresos Regulares y Estables: Ingresos contables totales de cualquiera de los meses dentro del período de 2 meses inmediatamente anterior a la certificación.

Ingresos Fluctuantes o Inconsistentes: Ingresos contables totales de los 12 meses inmediatamente anteriores a la certificación.

LISTA DE COMPROBACIÓN DE DOCUMENTOS (Página 2 de 2)

VERIFICACIÓN DE TAMAÑO DE LA FAMILIA Y EDAD PREESCOLAR

Se debe proporcionar al menos **1** de los siguientes documentos para **TODOS** los niños contados en el tamaño de la familia

- ☐ Acta de nacimiento u otros registros de nacimiento vivo
- ☐ Pasaporte para Servicios del departamento de bienestar social del condado
- ☐ Documentos de adopción o registros de colocación en hogares de crianza (Foster Care)
- ☐ Órdenes judiciales relativas a la custodia de los hijos o la tutela

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

Comprobante de que vive en el Estado de California:

- ☐ Cualquier evidencia de su dirección física o apartado postal con fecha de los últimos 30 días

NECESIDAD DE SERVICIOS

Todos los adultos deben cumplir con al menos **1** criterio de necesidad. La documentación para establecerla es la siguiente:

- ☐ Verificación de empleo
- ☐ Declaración de trabajo por cuenta propia y documentos de respaldo
- ☐ Verificación de capacitación y horario de clases
- ☐ Verificación del programa educativo y horario de clases
- ☐ Solicitud y plan para buscar empleo
- ☐ Declaración de incapacidad
- ☐ Solicitud y plan para buscar vivienda permanente
- ☐ Carta de referencia de CPS, en riesgo o de situación de calle (Homelessness)

OTRA DOCUMENTACIÓN

También se requieren los siguientes documentos misceláneos:

- ☐ Solicitud de necesidades familiares y referencia (se completará en la cita familiar)
- ☐ Instrumento de idioma e intereses familiares (se completará en la cita familiar)
- ☐ Órdenes judiciales si afectan los días/horas de cuidado de su hijo/a (si corresponde)

FORMULARIOS Y DOCUMENTOS DE LICENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL

Si se aprueba, **TODOS** los siguientes documentos/formularios son requeridos antes del primer día de clases:

- ☐ Copia del registro de vacunas vigente del niño/a
- ☐ Identificación e información de emergencia
- ☐ Historial de salud previo a la admisión del niño/a - Informe del padre/madre o representante autorizado (LIC 702)
- ☐ Informe del médico (LIC 701)
- ☐ Notificación de los derechos de los padres (LIC 995)
- ☐ Derechos personales (LIC 613A)
- ☐ Consentimiento para tratamiento médico de emergencia (LIC 627)

ENVÍO DE DOCUMENTOS



PROCESO PARA ENVIAR LA DOCUMENTACIÓN:

- Entregue la solicitud completa y la documentación de respaldo por correo electrónico o en persona.

Por correo electrónico:

American Union (AU)

AUESregistration@wusd.ws

West Fresno Elementary (WFE)

WFESregistration@wusd.ws

En persona:

American Union (AU)

2801 W. Adams Ave. Fresno, 93706 (AU)

West Fresno Elementary (WFE)

2910 S. Ivy Ave. Fresno, 93706 (WFE)

- Programe una cita en línea o llamando al centro escolar.

(559) 495-5650 AU

(559) 495-5615 WFE

washingtonunified.org/wusdpreschool/

NOTA: Revise atentamente la lista de verificación al principio de este paquete para asegurarse de entregar toda la documentación requerida. Los paquetes incompletos retrasarán el proceso de inscripción.

Gracias por su interés en nuestro programa preescolar estatal a tiempo completo.

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 [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) (HAEMOPHILUS 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

FACTORES DE RIESGO PARA TUBERCULOSIS (TB) EN LOS NIÑOS:

- * Tener un miembro de la familia o contactos con antecedentes de TB confirmada o sospechada.
- * Ser parte de una familia con miembros nacidos fuera de los Estados Unidos en un lugar donde hay alta ocurrencia de TB (Asia, Africa, América Central, y Sudamérica).
- * Vivir en lugares asignados fuera del hogar.
- * Tener o sospechar de tener una infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- * Vivir con un adulto que tiene resultados positivos en el análisis de sangre del VIH.
- * Vivir con un adulto que ha estado encarcelado en los últimos cinco años.
- * Vivir o tener contacto frecuente con personas sin hogar, trabajadores campesinos migratorios, personas que usan drogas ilegales, o residentes de establecimientos de cuidado médico continuo no intenso.
- * Tener anormalidades en sus RX (rayos x) del tórax, las cuales sugieren la presencia de TB.
- * Tener evidencia clínica de TB.

Si quiere información respecto a la prevención y el tratamiento de la TB, comuníquese con el programa para el control de la TB del departamento de salud local.