**SOLICITUD DE BECAS DE PREESCOLAR**

|  |  |
| --- | --- |
| ESTOY APPLICANDO PARA: | 🞏 Beca de preescolar **SOLAMENTE** |
|  | 🞏 \*Transporte **SOLO** |
|  | 🞏 Beca preescolar **Y** transporte |

**\* NOTA: Se proporciona transporte gratuito siempre que haya fondos disponibles.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOMBRE DEL PREESCOLAR:** |  | **# de personas que viven en la casa** | **Sólo para preescolar**  **Menos De** |
|  |  | 2 | $33,820 |
|  | 3 | $42,660 |
|  |  | 4 | $51,500 |
|  |  | 5 | $60,340 |
|  |  | 6 | $69,180 |
|  |  | 7 | $78,020 |
|  |  | 8 | $86,860 |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL NIÑO:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| El nombre del niño: |  | Fecha de Nacimiento del Niño: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 🞏 | Masculino | 🞏 | Femenino |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Origen étnico: | 🞏 | Blanco | 🞏 | Hispano/Latino | 🞏 | Asiático | 🞏 | Afro-Americano |
|  | 🞏 | Americano Nativo o Nativo de Alaska | | | 🞏 | Nativo Hawaiano o Nativo de Islas del Pacífico | | |

|  |
| --- |
| **INFORMACIÓN DEL CABEZA DE FAMILIA:** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Solicitante (padre o tutor): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Relacion hacía el niño: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dirección: |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ciudad: |  | Estado: |  | Código postal: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| País de residencia: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número de teléfono: |  | Número de teléfono alternativo: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Correo Electrónico: |  |

Estado Civil del Cabeza de Familia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 🞏  Casado |  Soltero |  Viudo |  Pareja | 🞏  Divorciado | 🞏  Separado |

Nivel Educativo del Cabeza de Familia:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Escuela Secundaria o Menor |  Algun Escuela Preparatoria | |  GED |  Diploma de Escuela Preparatoria | |
|   Comercio o Entrenamiento Vocacional | |  2 Años Titulo de Colegio | |  4 Años Titulo de Colegio |
|  Máster o superior |

Origen étnico del Cabeza de Familia:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Blanco |  Hispano / Latino |  Asiático | |  Afro-Americano |  Americano Nativo o Nativo de Alaska | |
|  Nativo Hawaiano o Nativo de Islas Padifico | | |  multirracial | | |

Escriba todas las otras personas que viven en su casa:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre (Primero, Segundo) | Relación con el solicitante | Empleador |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Número de adultos que viven en el hogar: |  | Número de niños que viven en el hogar: |  |

|  |
| --- |
| **VERIFICACIÓN DE INGRESOS** |

**La documentación para todas las formas de ingresos debe incluirse con esta solicitud o la solicitud no puede procesarse hasta que se haya recibido toda la documentación necesaria.**

**Esta documentación puede incluir 2 (dos) talonarios de pago actuales O una copia de la (s) declaración (es) de impuestos federales sobre la renta para cada padre o tutor que vive en el hogar.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Patrón actual: |  | Horas por semana: |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ¿Con qué frecuencia recibe un cheque de pago: | 🞏 Semanal | 🞏 Cada 2 semanas (quincenal) | 🞏 Dos veces al mes | 🞏 Mensual |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Salario bruto de ambos padres |  | Ingresos netos del trabajo por cuenta propia |  |

**Marque a continuación si recibe alguna de las siguientes formas de ingresos. Si es así, por favor incluya la verificación de los mismos.**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Apoyo Infantil |  Compensación por Desempleo | |  pagos de Asistencia Pública / bienestar (FIP) | | |  pensión alimenticia | | |
|  Pensiones y anualidades | |  Compensación al trabajador | |  Seguridad Social | Beneficios  de Veteranos | |  Otros |

|  |  |
| --- | --- |
| Child support you **PAY** each month: | $ |

***Además de financiar a través del programa preescolar Beca de Aprendizaje Temprano, Caridades Muscatine (MCI) pueden proporcionar ayuda adicional para los costos de preescolar, siempre y cuando solicitante es aprobado y se dispone de financiación.*** ***Al firmar esta solicitud, estoy aceptando la financiación a través de MCI, así como la concesión de Early Childhood Iowa Condado de Muscatine permiso para compartir esta solicitud con MCI.***

 **Me gustaría NEGARME asistencia a través de MCI (marque la casilla *correspondiente)*** 

**CERTIFICACIÓN:**  Certifico que la información en esta solicitud es verdadera. SI CUALQUIER PARTE ES FALSA, MI PARTICIPACIÓN EN ESTE PROGRAMA PUEDE SER TERMINADA Y PUEDO ESTAR SUJETO A ACCIONES LEGALES. TAMBIÉN ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN EN ESTA SOLICITUD SE REALIZARÁ EN EL ESPÍRITU DE CONFIANZA DENTRO DE LA AGENCIA Y ESTA ACCESIBLE A MÍ DURANTE LAS HORAS NORMALES DE NEGOCIOS.

Firma Fecha

**Beca de Aprendizaje Temprano**

**Formulario de Acuerdo de Padres**

* Una cantidad mensual máxima o límite se establecerá para cada familia y acordados entre la primera infancia condado de Iowa Muscatine, el preescolar y los padres. **Cualquier costo incurrido por encima del límite es responsabilidad del padre.**
* El padre se compromete a hacer el co-pago requerido a la preescolar en forma oportuna. **De lo contrario, se cancelará la elegibilidad con el programa de becas de aprendizaje temprano.**
* El padre está de acuerdo para dar el preescolar actual un aviso de dos semanas si el padre tiene que cambiar preescolares. **F** **ailure para ello terminará de elegibilidad con el aprendizaje temprano** **beca** **programa** y el padre será responsable de reembolsar al preescolar para los gastos pendientes.
* La asistencia preescolar será supervisada por el preescolar y se enviará mensualmente al Director de ECIMC junto con el comprobante de reclamo. Se requerirá al menos un 85% de asistencia para participar en el programa de becas. Si el niño está enfermo y falta a la escuela, estos días no se incluirán en el requisito de asistencia del 85% si se proporciona una notificación por escrito de un proveedor de atención médica. Si la asistencia cae por debajo del 85%, el administrador del programa de becas preescolar dará una advertencia a los padres. La asistencia por segunda vez cae por debajo del 85%, el niño puede ser dado de baja del programa de becas. La matrícula de preescolar completa será responsabilidad del padre / tutor.
* Una suma de dinero se ha comprometido para este programa a través de la primera infancia Iowa Muscatine County. **Mientras haya fondos disponibles** y la elegibilidad de la familia sigue siendo el mismo, los padres serán asistidos por nuestro programa.
* Este acuerdo es válido para el período de tiempo indicado a continuación. La familia será reevaluada para su continuación cerca del final del período de elegibilidad, siempre y cuando la financiación esté disponible. Los padres serán notificados de los mismos.
* La **asistencia** **de preescolar** **puede ser interrumpida** **en cualquier momento** **si los acuerdos se rompen.**

***Por la presente acepto todas las declaraciones listadas arriba:***

Por favor escriba nombre Fecha

Firma

|  |  |
| --- | --- |
| **PERIODO DE ELEGIBILIDAD:** | **Septiembre 2019 - Mayo 2020** |

Devuelva la solicitud firmada y todos los documentos relacionados a:

Early Childhood Iowa Condado de Muscatine

A la atención de: Tangie Viner

149 Colorado St.

Muscatine, IA 52761

C: 319-931-2908

563.263.0273 (fax)

www.ecimc.org