



Livingston Parish Early Childhood Community Network Application

(La solicitud debe estar completa y todos los documentos requeridos deben presentarse antes de que se pueda determinar la elegibilidad)



Fecha de Aplicación: _____ Ubicación de la Aplicación (Spring Fest/Escuela/Nombre del Centro): _____
 Elección del Servicio: LPPS Pre-K Child Care Facility (Nombre _____) Head Start (Nombre _____)
 La escuela en el distrito donde reside mi hijo(a) es: _____ (Nombre de la Escuela)

((Complete el formulario de forma completa y precisa. Toda la información se mantendrá confidencial).)

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del Niño(a): (Primer) _____ (Segundo) _____ (Apellido) _____ Fecha de Nacimiento: _____
 Género del Niño(a): Masculino Femenino Idioma principal del Niño(a): _____
 ¿Su hijo(a) actualmente recibe servicios especiales para una discapacidad identificada del sistema escolar o Primeros Pasos (Early Steps)? SI NO
 En caso afirmativo, ¿Dónde tienen lugar los servicios? Casa Cuidado Infantil (Child Care) Head Start/Early Head Start Otro: _____
 ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo(a)? SI NO En caso afirmativo, por favor explique: _____
 ¿Están tú y tu familia? Sin Casa (Homeless) Adoptados por una Familia(Foster Family)

INFORMACIÓN DEL PADRE / REPRESENTANTE/TUTOR

Representante Legal1: (Nombre) _____ (Segundo) _____ (Apellido) _____ Relación con el niño(a): _____
 Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código (Zip code): _____
 ¿Es esta dirección permanente? SI NO Si es no, por favor explique: _____
 Estado Civil/Paterno Soltero Casado Separado Divorciado Representante/Cuidador Padre del Adolescente Padre Adoptivo
 Número de teléfono de los Padres: (celular) _____ (Casa) _____ (Trabajo) _____
 Email de los Padres: _____ @ _____

Representante Legal2: (Nombre) _____ (Segundo) _____ (Apellido) _____ Relación con el niño(a): _____
 Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código (Zip code): _____
 ¿Es esta dirección permanente? SI NO Si es no, por favor explique: _____
 Estado Civil/Paterno Soltero Casado Separado Divorciado Representante/Cuidador Padre del Adolescente Padre Adoptivo
 Número de teléfono de los Padres: (celular) _____ (Casa) _____ (Trabajo) _____
 Email de los Padres: _____ @ _____

MIEMBROS DEL HOGAR / TAMAÑO DE LA FAMILIA

Esto determina incluir a todas las personas que viven en el hogar y que reciben los ingresos de los padres o tutores del niño(a)

# de ADULTOS en el hogar:			# de NIÑOS en el hogar:		
NOMBRES DE LOS ADULTOS	Relación con el niño(a)	Fecha de Nacimiento	NOMBRES DE LOS NIÑOS	Relación con el niño (a)	Fecha de Nacimiento

INFORMACIÓN DE EMPLEO / INGRESOS

Recibe Usted: Medicaid Food Stamps/SNAP WIC Asistencia Cuidado Infantil SSI FITAP/TANF
 Desempleo Kinship/Foster Payments Beneficios Militares para Cuidado Infantil (Military Child Care Benefits) Manutención por hijos (Child Support) Otros: _____

ADULTO 1 INFORMACIÓN DE EMPLEO

Tiempo Completo ½ día Desempleado Retirado
 Discapacitado Asistiendo a la Escuela Otro: _____
 Horas Semanales Trabajadas: _____
 Salario por hora: _____
 Ingreso BRUTO Mensual: _____
 Forma de Pagos: Semanal Bi- Semanal Mensual

ADULTO 2 INFORMACIÓN DE EMPLEO

Tiempo Completo ½ día Desempleado Retirado
 Discapacitado Asistiendo a la Escuela Otro: _____
 Horas Semanales Trabajadas: _____
 Salario por hora: _____
 Ingreso BRUTO Mensual: _____
 Forma de Pagos: Semanal Bi- Semanal Mensual

Al firmar esta solicitud, entiendo que si tergiverso deliberadamente los ingresos o las circunstancias de mi familia, es posible que mi familia no sea elegible para recibir más servicios. En caso de que mi hijo(a) no sea aceptado en el programa, mi solicitud puede ser entregada a centros locales de cuidado infantil.

Firma _____ Fecha _____