

PARK PLACE LEARNING CENTER
AREA IV CHILD CARE
904 City Park Loop
Monticello IN 47960
765-447-7683 Option # 4

Date received by Area IV

SOLICITUD DE MATRICULA

Por favor llene esta forma **completamente y correctamente**. Toda la información será confidencial.

Sección I- Información General

Nombre del Niño _____ / _____
Primer Segundo Apellido Sobrenombre

Fecha de Nacimiento _____ Genero (Sexo): M or F
(Por favor envíe una copia del acta de nacimiento)

Nombre de los Padres Adoptivos o Guadanes/Tutores del Niño: _____
(Padres adoptivos o tutores deben de traer documentación)

Hogar: _____ / _____ / _____ / _____
Dirección de la residencia del niño Ciudad Estado Código Postal

Datos de
Contacto: _____ / _____ / _____ / _____
Teléfono de Padres (~¿Puede mensajear? ~) Tel. del Trabajo Tel. de Mensajes Correo Electronico

Correo (si es diferente): _____ / _____ / _____ / _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal

Lugar de empleo: _____
Name
_____ / _____ / _____ / _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal
_____ / _____
Teléfono

Nombre del otro padre/adoptivo o guardian del niño: _____

Hogar: _____ / _____ / _____ / _____
sí es diferente de arriba Ciudad Estado Código Postal

Datos de
Contacto: _____ / _____ / _____ / _____
Teléfono del Padre (~¿Puede mensajear? ~) Tel. del Trabajo Tel. de Mensajes Correo Electronico

Lugar de empleo: _____
Nombre
_____ / _____ / _____ / _____
Dirección Ciudad Estado Código Postal
_____ / _____
Teléfono

Fecha que el cuidado necesita comenzar: _____ Horas de cuidado necesarias: _____

Documentos necesarios al momento de la inscripción:

- **Acta de Nacimiento del Niño**
- **Examen Físico**
- **Cartilla de Vacunas**
- **Documentos Legales (Divorcio/Custodia/Guardián/Ordenes Protectoras), si es aplicable**
- **IEP/FGP/IFSP, si es aplicable (información de la discapacidad del niño)**

¿Participa en el programa de cupones de CCDF? [] Sí [] No

Raza/Etnicidad (requerido para un reporte del programa)

- Blanco (no-Hispano)
- Negro (no-Hispano)
- Indio Americano
- Asiático, por favor especifique _____
- Hispano/Latino

¿Cuál lenguaje es el que más se habla en casa? _____

Necesidades Especiales (que afecta el aprendizaje)

Ninguna Sospechada

**Sospechada IEP/IFSP
Diagnosticada**

Evaluada por & fecha:

Habla/Lenguaje/ Disturbio de Comunicación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Deficiencia Visual Severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Deficiencia Auditiva Severa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Impedimento Ortopédico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Daño en la Salud	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Retraso Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Trastorno Emocional/Conducta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Problemas de Aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Lesión Cerebral Traumática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Discapacidad Física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Retraso en el Desarrollo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Otro Impedimento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

- ¿Necesita un autobús para incapacitados? Sí No
- ¿Participo en Primeros Pasos? Sí No
- ¿Tiene un IEP o un IFSP completo? Sí (por favor mande copia) No

Qué tan bien habla el Inglés el niño: Muy bien Bien Nada bien No habla nada

1. ¿Le preocupa algún comportamiento de su hijo? No _____ Sí _____ Descripción _____
2. ¿Sigue instrucciones su hijo? No _____ Sí _____
3. ¿Esta preocupado de que su hijo no pueda hacer cosas que otros niños de su edad hacen? No _____ Sí _____
4. Es capaz de entender lo que su hijo dice? No _____ Sí _____

ALERGIAS: No _____ Sí _____

A Qué: _____

Su reacción: _____

Otro Programa

Si el niño asiste a otro programa durante el día, cual es el nombre de la escuela/programa:

Teléfono: _____

Detalles de transportación para y de el otro programa:



Income Declaration Form

Family Surname(s): _____ Family Size: _____

Child's Name: _____ Date of Birth _____ Current age: _____

TOTAL ANNUAL **UNEARNED** FAMILY INCOME (Child Support; TANF; Disability; Unemployment): \$ _____

(+)

TOTAL ANNUAL **EARNED** FAMILY INCOME: \$ _____

(=)

TOTAL ANNUAL FAMILY INCOME: \$ _____

Family Size	100% Annual FPL	125% Annual FPL	175% Annual FPL	250% Annual FPL	325% Annual FPL	400% Annual FPL	475% Annual FPL
1	\$12,490	15,613	21,858	31,225	40,593	\$49,960	59,328
2	\$16,910	21,138	29,593	42,275	54,958	\$67,640	80,323
3	\$21,330	26,663	37,328	53,325	69,323	\$85,320	101,318
4	\$25,750	32,188	45,063	64,375	83,688	\$103,000	122,313
5	\$30,170	37,713	52,798	75,425	98,053	\$120,680	143,331
6	\$34,590	43,238	60,533	86,475	102,668	\$138,360	164,303
7	\$39,010	48,763	68,268	97,525	126,783	\$156,040	185,298
8	\$43,430	54,288	76,003	108,575	141,148	\$173,720	206,293

Family Annual FPL _____ %

Classroom A- 18 months-2 Yrs	
Percent Poverty Level	Weekly Fee Amount
Below 100%	\$115.00
100-174%	\$120.00
175-249%	\$125.00
250-324%	\$130.00
325-399%	\$135.00
400-475%	\$145.00
476% or above	\$203.00

Classroom B- 3-5 Yrs	
Percent Poverty Level	Weekly Fee Amount
Below 100%	\$115.00
100-174%	\$120.00
175-249%	\$125.00
250-324%	\$130.00
325-399%	\$135.00
400-475%	\$145.00
476% or above	\$196.00

Family Fee \$ _____

By my signature below, I hereby certify all the information provided is true and correct to the best of my knowledge. I understand I may be requested to verify this income declaration and give my consent to Area IV Agency to make any necessary contact to verify income declaration. I understand my deliberate failure of misrepresentation in this declaration may result in verification and an adjustment in fees.

Parent Signature _____

Date _____