

**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 envie una copia del acta de nacimiento)

Nombre de los Padres Adoptivos o Guadianes/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 parente/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

Deficiencia Visual Severa

Deficiencia Auditiva Severa

Impedimento Ortopédico

Daño en la Salud

Retraso Mental

Trastorno Emocional/Conducta

Problemas de Aprendizaje

Autismo

Lesión Cerebral Traumática

Discapacidad Física

Retraso en el Desarrollo

Otro Impedimento

¿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 algun 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:





Area IV Park Place Learning Center 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	500% Annual FPL
1	\$15,650	\$19,563	\$27,388	\$39,125	\$50,863	\$60,600	\$78,250
2	\$21,150	\$26,438	\$37,013	\$52,875	\$68,738	\$84,600	\$105,750
3	\$26,650	\$33,313	\$46,638	\$66,625	\$86,613	\$106,600	\$133,250
4	\$32,150	\$40,188	\$56,263	\$80,375	\$104,488	\$128,600	\$160,750
5	\$37,650	\$47,063	\$65,888	\$94,125	\$122,363	\$150,600	\$188,250
6	\$43,150	\$53,938	\$75,513	\$107,875	\$140,238	\$172,600	\$215,750
7	\$48,650	\$60,813	\$85,138	\$121,625	\$158,113	\$194,600	\$243,250
8	\$54,150	\$67,688	\$94,763	\$135,375	\$175,988	\$216,600	\$270,750

Family Annual FPL _____ %

Classroom A- 18 months-2 Yrs

Percent Poverty Level	Weekly Fee Amount
Below 100%	\$125.00
100-174%	\$140.00
175-249%	\$145.00
250-324%	\$170.00
325-399%	\$220.00
400-499%	\$270.00
500% or above	\$365.00

Classroom B- 3-5 Yrs

Percent Poverty Level	Weekly Fee Amount
Below 100%	\$125.00
100-174%	\$140.00
175-249%	\$145.00
250-324%	\$150.00
325-399%	\$155.00
400-499%	\$165.00
500% or above	\$256.00

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 _____