

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

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



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