



**PROGRAMA DE SCHOOL READINESS**  
**INFORMACION DEL SOLICITANTE Y LOS MIEMBROS DEL HOGAR**

ELCNC Use Only  
 Mailed     Faxed  
 In Person     Drop Box

Initials
----------

**Sección 1: Información Para El Solicitante:**

Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Dirección física \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

Dirección de correo  Igual que arriba \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico \_\_\_\_\_ Teléfono en casa \_\_\_\_\_ Teléfono celular \_\_\_\_\_

¿Tipo de Vivienda?  Apartamento  Con familia o amigos  Casa  Refugio    Estado Civil  Nunca se casó(a)  Casado(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

Raza \_\_\_\_\_ Origen Étnico  Hispano(a)  No hispano    Idioma hablado en Casa \_\_\_\_\_

¿Es un Migrante?  Si  No    ¿Está Matriculado en la Escuela?  Si  No    Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

Horas de trabajado \_\_\_\_\_ Días de la semana que trabaja  Lun  Mar  Mié  Jue  Ver  Sab  Dom  Días varían

**SECCIÓN 2: Otra información del miembro adulto del hogar (pareja):**

Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SSN \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

¿Está inscrito en la escuela?  Si  No    Nombre de la Escuela \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección del Empleador \_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

Horas Trabajadas \_\_\_\_\_ Días de la semana que trabaja  Lun  Mar  Mié  Jue  Ver  Sab  Dom  Días Varían

**Sección 3: Información De Los Miembros Del Hogar Menores:**

Nombre de Niño(s)	Relación con Solicitante	Fecha de Nacimiento	SSN	Raza	Sexo M/F	¿Ambos padres en el hogar?	¿Solicita cuidado de niños?
1.						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2.						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3.						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4.						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5.						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6.						<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Sección 4: Tamaño del Hogar:** Basado en la información proporcionada anteriormente, **por favor** indique el número total de individuos en su familia:

**Sección 5: Documentos Requeridos:** Consulte el adjunto 400.01 ELPOP: Aviso de Documentos Requeridos para obtener una lista de documentos aceptables que se adjuntarán.  
**EL ELCNC NO ACEPTARÁ ESTE FORMULARIO SIN LOS DOCUMENTOS ADJUNTOS.**

**Sección 6: Evaluación De Las Necesidades De La Familia:** El ELCNC proporcionará recursos comunitarios para cada área de necesidad familiar indicado a continuación:

<input type="checkbox"/> Alimentos	<input type="checkbox"/> Seguro de salud para niños	<input type="checkbox"/> Financiera	<input type="checkbox"/> Médico para adultos	<input type="checkbox"/> Educación para adultos _____ (Especificar)
<input type="checkbox"/> Ropa	<input type="checkbox"/> Asesoramiento	<input type="checkbox"/> Manejo del estrés	<input type="checkbox"/> Dental para adultos	<input type="checkbox"/> Servicios de Child Support Enforcement
<input type="checkbox"/> Vivienda	<input type="checkbox"/> Comportamiento del niño	<input type="checkbox"/> Talleres para padres	<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Visión	<input type="checkbox"/> Audiencia			<input type="checkbox"/> No Se Necesita

**CONTINUAR A PÁGINA 2**

**SECCIÓN 7: TÉRMINOS Y CONDICIONES DE LOS SERVICIOS DE SCHOOL READINESS**

- 1. **NOTIFICACIÓN DE CAMBIOS:** Entiendo que es mi obligación de notificar los cambios en mi hogar al ELC en ELPOP 400.16: Informe de Cambio en el Hogar, disponible en todas las oficinas y [www.elc-naturecoast.org](http://www.elc-naturecoast.org). Entiendo que mi informe debe ser proporcionada en forma inmediata, pero no más tarde de diez (10) días calendario después del cambio. También entiendo que las sanciones serán aplicadas si niego proporcionar la debida y oportuna notificación de cambios y que estas sanciones se describen en ELPOP 400.03: Manual para Padres del programa School Readiness. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 2. **SERVICIOS PREPARACIÓN ESCOLAR SANCIONES:** Entiendo mi responsabilidad de responder a las peticiones de la ELC sobre información y documentación en o antes las fechas establecidas de vencimiento y que las sanciones de mis servicios de School Readiness se aplicará si dejo de hacerlo, y que tales sanciones se describen en ELPOP 400.03: Manual para Padres de School Readiness. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 3. **CONSENTIMIENTO PARA SOLICITAR INFORMACION:** Yo doy mi consentimiento al Florida Office of Early Learning, el ELC, el Departamento de Children and Families, y al Florida Department of Financial Services el derecho de iniciar, solicitar, verificar, hacer la investigación, y validar toda la información relacionada con mi solicitud de School Readiness que se recibe a través del contacto directo o un proceso de intercambio automatizado de datos, con el fin de llevar a cabo una investigación criminal, si es necesario. La información incluye, pero no se limita a, los beneficios de seguro social, fechas de nacimiento, estado de vacunación y/o todas las fuentes de potencial y reportes de ingresos ganados y no ganados (registros de empleo, ingresos por desempleo, TANF, mantención de los hijos, etc.). \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 4. **COPAGO REQUERIDO:** Entiendo mi responsabilidad de pagar el copago evaluado diariamente y las cuotas adicionales, tales como las cuotas de inscripción que son requeridos por mi proveedor de aprendizaje temprano. Entiendo que las sanciones se aplicarán si no pago el copago a mi proveedor de aprendizaje temprano y que estas sanciones se describen en el ELPOP 400.03: Manual para Padres De School Readiness. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 5. **ASISTENCIA:** Entiendo mi responsabilidad de firmar la asistencia diaria de mi hijo a su llegada y salida del programa diariamente. Entiendo que las sanciones se aplicarán en caso de no firmar la asistencia diaria de mi hijo al programa y que estas sanciones se describen en el ELPOP 400.03 Manual para Padres De School Readiness. También entiendo que si mi hijo está ausente del programa por cinco (5) días consecutivos y no estoy en contacto con mi proveedor de aprendizaje temprano, mis servicios de School Readiness serán canceladas. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 6. **PÉRDIDA DE FONDOS:** Entiendo que la prestación de servicios de School Readiness está sujeto a la disponibilidad de fondos y la colocación de las prioridades. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 7. **COLECCIÓN DE NÚMEROS DE LA SEGURO SOCIAL:** Tengo entendido que el ELC es responsable de verificar la identidad de todos los solicitantes, y que yo puedo proporcionar mi número de seguro social como parte del proceso de verificación; sin embargo, en lugar de números de seguro social yo puedo proporcionar otras formas apropiadas de identificación (descrito en el Manual para Padres del Programa School Readiness) para propósitos de prueba de identidad. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 8. **DERECHO A LA NOTIFICACIÓN DE LAS DECISIONES Y EL DERECHO DE APELACIÓN:** Entiendo que tengo el derecho a la notificación de las decisiones de elegibilidad y el derecho a apelar las decisiones relativas a la cancelación, suspensión o reducción de los servicios de School Readiness. Además, tengo el derecho a presentar una queja relacionada con el descontento de los servicios prestados por el ELC. Entiendo que la apelación o queja debe ser por escrito y presentada de conformidad con las instrucciones proporcionadas en el 400.03: Manual para Padres del Programa School Readiness, en su forma enmendada. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 9. **DERECHO DE ACCESO ILIMITADO:** Entiendo que el proveedor elegido por mí de aprendizaje temprano debe permitir acceso ilimitado a mis hijos durante el horario normal y cuando mis hijos están en el cuidado del proveedor de aprendizaje temprano. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 10. **DERECHO A LA LIBERTAD DE ELECCIÓN DE LOS PADRES:** Certifico que me han ofrecido una elección de proveedores de aprendizaje temprano para mi hijo, que incluye cualquier modalidad de atención legal incluidos los parientes, vecinos o los programas operados por una Iglesia, que son contratados con el ELC para proporcionar servicios de School Readiness. Por otra parte, entiendo que, si mi proveedor preferido no está contratado con el ELC para proporcionar servicios de preparación escolar, puedo pedirle al ELC que contacte al proveedor en fin de convertirse en un proveedor contratado para los servicios de School Readiness \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 11. **DERECHO DE TRANSFERENCIAS DE PROVEEDOR:** Entiendo que tengo el derecho de transferir a mis hijos a un proveedor diferente siempre que mi copago estén al día o un plan de pago este establecido con el actual proveedor de School Readiness para el reembolso de cualquier copagos atrasados. Entiendo que, si quiero transferir mi hijo a un proveedor diferente, debo seguir las instrucciones provistas en la transferencia de proveedor, cuales se describen en ELPOP 400.03: Manual para Padres del Programa School Readiness. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 12. **GRANTIA DE NO DISCRIMINACION:** Reconozco mi derecho a no ser discriminado por motivos de raza, origen nacional, étnica, sexo, religión o discapacidad. \_\_\_\_\_ (iniciales)
- 13. **DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD:** Entiendo que tengo derecho a inspeccionar, revisar y solicitar una copia del registro de mi hijo del programa de School Readiness. \_\_\_\_\_ (iniciales)

**Sección 8: DECLARACIÓN DE ENTENDIMIENTO DEL SOLICITANTE:** Entiendo que debo cumplir con los términos y condiciones de este documento. Yo certifico mi comprensión de cada término y condición como evidenciado por mis iniciales. Certifico que la información que he proporcionado aquí, así como todos los artículos presentados, son verdaderas y correctos. Entiendo que es contra la ley recibir servicios de preparación escolar para mi niño/s por razón de dar información falsa o no actualizar la información pertinente, y si lo hago, puedo ser procesado bajo el Estatuto de Florida 414.39, por fraude de asistencia pública. Yo entiendo que será requerido pagar la asistencia reciba erróneamente para mi hijo/hijos. Yo certifico que he recibido ELPOP 400.03: Manual para Padres Del Programa School Readiness en mi entrevista inicial y entiendo que yo pueda acceder una copia adicional en [www.elc-naturecoast.org](http://www.elc-naturecoast.org).

Nombre y Apellido del Solicitante \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**UTILIZADO POR ELCNC:**  
Application Status:  Approved for School Readiness services  Approved- placed on School Readiness Waitlist  Denied

Printed Name of Eligibility Specialist \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_



**ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL CLIENTE**  
(Opcional)

Fecha: \_\_\_\_\_

¿En cuál condado vive? \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró del programa de preparación escolar temprana? <input type="checkbox"/> Libreta de teléfonos <input type="checkbox"/> Boletín de Noticias <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Otra agencia <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Otro	CLASIFICACIONES						COMENTARIOS O SUGERENCIAS  Por favor use este espacio para incluir más respuestas. Utilice el dorso de la página si es necesario
	Totalmente Deacuerdo 5	Deacuerdo 4	Neutral 3	En Desacuerdo 2	Totalmente en Desacuerdo 1	N/A	
1. De acuerdo con mi elección de sitios de cuidado infantil, me siento cómodo que mi hijo está seguro y fue colocado en un centro de cuidado infantil apropiado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Los términos y condiciones del programa fueron claramente explicados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. El/La Especialista de Elegibilidad respondió a todas mis preguntas y poseía un conocimiento profundo del programa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4. El entorno de oficina estaba ordenado y limpia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5. He recibido la ayuda que he solicitado y la información fue útil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
6. Me ofrecieron una cita con una hora conveniente para mi horario.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Mis llamadas fueron contestadas rápidamente y mis mensajes fueron devueltos dentro de las 72 horas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Si uviese tenido una queja, fue bien atendida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
10. El/La Especialista de Elegibilidad proporcionó información acerca de otros servicios de la comunidad (si fue necesario).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
11. En general, estoy satisfecho con el servicio que he recibido.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
¿Qué le gusta acerca del Programa de Aprendizaje Temprano?:							
¿Qué cambios recomendaría usted?:							
Nombre:		Número de Teléfono:				La Mejor Hora para Localizarme:	
Nombre de E;/La Especialista de Elegibilidad:		Fecha de Devolución:					

Crystal River Oficina  
382 N Suncoast Blvd  
Crystal River, FL 34429  
Telé: 352-563-9939  
Fax: 352-563-5933