



Infant/Toddler Program Application

Infant: Children 6 weeks – 17 months old.

The weekly tuition is \$330. Scholarships are available to qualifying families. We accept both DHHS (Department of Health and Human Service) and CCN (Child Care Network) scholarships. Part time care may be available for \$65 per day with a 2-day minimum; Monday/Wednesday/Friday or Tuesday/Thursday options. Families are required to provide child's diapers and wipes, milk/formula and food until they are 12 months and can eat table food,

Toddler: Children 18 months – 30 months

The Toddler classroom will re-open in mid-June. We provide breakfast, lunch and snacks during the day. The weekly tuition is \$330. Scholarships are available to qualifying families. We accept both DHHS (Department of Health and Human Service) and CCN (Child Care Network) scholarships. Part time care may be available for \$65 per day with a 2-day minimum; Monday/Wednesday/Friday or Tuesday/Thursday options. Families are required to provide child's diapers/Pull-ups and wipes.

Forms needed to complete application:

1. Birth certificate
2. Proof of income for the family: current pay stubs; 3 for full time; 6 for part-time/Tax 1040 form/ letter from employer, child support, alimony, scholarships/grants received if applicable.

Before enrollment is finalized we will need these additional forms

1. Health appraisal/ annual physical
2. Updated immunization records
3. Emergency contact cards
4. Foundation Preschool Enrollment forms.

Date received _____



Foundations Preschool Application Infant/Toddler Program

Section 1: Information

Child's full name: _____

Date of Birth: _____ Male Female

Hispanic Am. Indian/Alaskan Native Arab/Middle Eastern Asian/Asian American
Black/African American Native Hawaiian/Pacific Islander White/ Caucasian Other/Multi-Racial

Diapers: YES / NO Pull-ups: YES / NO

I'd like my child to start school (date) _____

Primary Parent/Guardian's name _____

Address: _____

Primary phone number _____ Additional phone _____

E-Mail Address _____

Additional Parent/Guardian's name _____

Address (if different) _____

Primary phone number _____ Additional phone _____

E-Mail Address _____

Number of adults in the home _____

Number of children in the home _____



LIST ALL PEOPLE LIVING IN YOUR HOME

Name (First and Last)	Birthdate	Relation to You
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

SECTION 2 – EMPLOYMENT INCOME

(Report all adults living in home- please provide a 2 months of pay stubs for each person)

Employer Name	Gross Monthly Income
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

SECTION 3– SELF-EMPLOYMENT INCOME

Type of work	Gross Monthly Income
1. _____	_____
2. _____	_____

SECTION 6 - UNEARNED INCOME (check all that apply for any adult living in the home)

Do you, or other adults in your household, receive any other income than listed above?

No Yes (check all the boxes below that apply)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> DHS cash assistance | <input type="checkbox"/> Education grants or loans |
| <input type="checkbox"/> State Disability Assistance | <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) |
| <input type="checkbox"/> Pension/retirement benefits | <input type="checkbox"/> Workers compensation |
| <input type="checkbox"/> Unemployment compensation | <input type="checkbox"/> Child support |
| <input type="checkbox"/> Social Security benefits | <input type="checkbox"/> Housing assistance |
| <input type="checkbox"/> Disability benefits | <input type="checkbox"/> Veterans benefit |
| <input type="checkbox"/> Other: | |

All the information I have provided is, to the best of my knowledge true and correct.

Signature: _____ Date: _____

Family Questionnaire

Child's name _____ Nickname _____

Language(s) spoken at home _____

Allergies or health conditions _____

Mother's name _____ Father's name _____

Are there special family arrangements, such as shared parenting or custody specifications?

Are there any changes or transitions that your child has recently experienced or is experiencing?

Does your child have any food restrictions (allergies)? _____

Has your child had their vision and hearing checked? _____

Are there any vision or hearing concerns? _____

Does your child currently receive any of the following services?

Early Intervention Hearing and Speech Other _____

Has your child been in a daycare before? If yes, where?

How did they do there?



Aplicación para el Programa de Sección Maternal y Bebés:

Para niños desde 6 semanas a 30 meses de edad.

Brindamos desayuno, almuerzo y bocadillos durante el día. El pago semanal es de \$320. Puede ser elegible para una beca según los ingresos y el tamaño de la familia. Aceptamos becas del DHHS (Departamento de Salud y Servicios Humanos) y CCN (Child Care Network).

El cuidado a tiempo parcial puede estar disponible por \$65 por día con un mínimo de 2 días por semana (el cuidado a tiempo parcial no es elegible para las becas Foundations Preschool.). Se requiere que las familias proporcionen pañales y toallitas húmedas para niños, leche/fórmula y alimentos hasta que tengan 12 meses y puedan comer alimentos de mesa.

El programa para Sección Maternal (**Toddlers**) se reabrirá a mediados de junio. Brindamos desayuno, almuerzo y bocadillos durante el día. El pago semanal es de \$320. Puede ser elegible para una beca según los ingresos y el tamaño de la familia. Aceptamos becas del DHHS (Departamento de Salud y Servicios Humanos) y CCN (Child Care Network).

El cuidado a tiempo parcial puede estar disponible por \$65 por día con un mínimo de 2 días por semana (el cuidado a tiempo parcial no es elegible para las becas Foundations Preschool.).

Papelería que necesitan ser entregadas:

3. Acta de Nacimiento.
4. Comprobante de ingreso familiar: talonarios de cheques más recientes; 3 si es tiempo completo; 6 si el trabajo es medio tiempo, La forma 1040 de los impuestos, una carta escrita por el patrón, papelería de manutención de los hijos (child support), pensión alimenticia (alimony), becas de estudios/subsidios en caso de recibirlos.

Fecha de recibido _____



**Aplicación para Foundations Preschool
Programas de Maternal y Bebés**

Sección 1: Información

Nombre completo del niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Hombre Mujer

Hispano Indígena Americano/Nativo de Alaska Árabe/Medio Oriente Asia/Asiático-Americano
Afroamericano/Raza Negra Nativo de Hawái/islas Pacíficas Blanco/ Caucásico Otro/Multi-Racial

Pañales: SI / NO Pull-ups: SI / NO

Me gustaría que mi hijo(a) empiece la escuela en: (fecha) _____

1 . Nombre del Padre/Madre o tutor _____

Dirección: _____

Principal número de Teléfono _____ Teléfono adicional _____

E-Mail : _____

2 . Nombre del Padre/ Madre o tutor _____

Dirección: _____

Principal número de Teléfono _____ Teléfono adicional _____

E-Mail : _____

Número de adultos viviendo en casa _____

Número de niños viviendo en casa _____



ENLISTE A TODAS LAS PERSONAS QUE VIVEN EN LA MISMA CASA

Nombre Completo	Fecha de Nac.	Parentesco
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

SECCIÓN 2 – INGRESO POR EMPLEO:

(Informe a todos los adultos que viven en el hogar: proporcione 2 meses de talones de pago por persona)

Nombre del Empleador	Ingreso Grueso Mensual
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

SECCIÓN 3– INGRESOS POR AUTOEMPLEO

Tipo de Trabajo	Ingreso Grueso Mensual
1. _____	_____
2. _____	_____

SECCIÓN 6 - INGRESOS NO GANADOS (marque todo lo que corresponda para cualquier adulto que viva en el hogar. ¿Reciben usted, u otros adultos de su hogar, algún otro ingreso que no sea el mencionado anteriormente?)

- No Si (marque en todas las posibilidades que apliquen para ustedes)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> DHS asistencia en efectivo | <input type="checkbox"/> Suplementaria,(SSI) |
| <input type="checkbox"/> Asistencia estatal para discapacitados | <input type="checkbox"/> Compensación a Trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Pension/Retiro | <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia |
| <input type="checkbox"/> Compensación por desempleo | <input type="checkbox"/> Asistencia de Vivienda |
| <input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social | <input type="checkbox"/> Beneficios a Veteranos |
| <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidad | |

- Otros:
- Subsidios o préstamos para educación
- Ingresos de Seguridad

Toda la información que he proporcionado es, a mi leal saber y entender, verdadera y correcta.

Firma: _____ Fecha: _____

Cuestionario Familiar:

Nombre del niño: _____ Apodo _____

Idioma que se habla en casa: _____

Alergia o condición de salud: _____

Nombres de la Madre: _____ *del Padre:* _____

¿Hay algún arreglo familiar especial, como: paternidad compartida o custodia legal?

Por favor enliste todas las personas que viven en su casa y qué parentesco tienen con el niño:

¿Hay algún otro cambio importante que el niño haya experimentado o esté viviendo ahora?

¿Su hijo tiene alguna restricción de alimento (alergias)? _____

¿Ha checado la vista y oído de su hijo últimamente? _____

¿Hay alguna preocupación con su vista u oído? _____

¿Actualmente su hijo recibe alguno de los siguientes servicios?

Intervención temprana *Terapia de Oído o Habla* *Otro:* _____

¿Su hijo ha estado en algún centro de cuidado infantil antes? Si es así, ¿dónde?

¿Como les fue ahí?
