

Lorain City Schools Preschool Registration Packet

Para registrarse en preescolar, por favor cree una cuenta en <https://lorain-oh.finalforms.com/>

Subir este verificaciones, junto con la documentación que se indica a continuación, a **Final Forms**.

Formularios adjuntos	Documentos adicionales necesarios
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Aplicación <input type="radio"/> Formas de físico médico y dental (completado por doctor) <input type="radio"/> Declaración de no ingreso (llenado para adultos sin ingreso en el hogar) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Acta de nacimiento del niño <input type="radio"/> Documentos de tutela/custodia, si corresponde <input type="radio"/> Record de inmunización del niño(a) <input type="radio"/> Tarjeta de seguro social del niño <input type="radio"/> ID de padre (Licencia de conducir o otra identificación emitida por el gobierno) <input type="radio"/> Documentos de ingreso (Ejemplos listados abajo): <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Impuesto taces más recientes 1040 o W-2 <input type="radio"/> Talonario más reciente de 30 días <input type="radio"/> Una hoja con la información de caso de welfare o LMHA <input type="radio"/> Carta de seguro social <input type="radio"/> Carta de apoyo de otra persona <input type="radio"/> Hoja de Child support <input type="radio"/> Carta de seguro médico <input type="radio"/> Residencia - Contrato de arrendamiento o factura de servicios públicos

Tenga en cuenta que las Escuelas de la Ciudad de Lorain pueden proporcionar matrículas de pre-K de alta calidad gracias a los fondos federales y estatales, lo que nos obliga a mantener un registro de toda la información anterior. Las ranuras son limitadas, así que complete los formularios adjuntos y envíe el paquete cuando **TODA** la documentación requerida anteriormente haya sido recopilada. Por favor llame a Alisha con cualquier pregunta al 440-830-4040.

Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio
 Departamento de Educación de Ohio
HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE ELEGIBILIDAD PARA LA EDUCACIÓN DE LA PRIMERA INFANCIA

Cuéntenos acerca de usted (el solicitante)			
Nombre	Segundo nombre	Apellido	
Dirección	Fecha de hoy		
Ciudad	Estado	Condado	Código postal
Número de teléfono ())	Número de teléfono adicional ())	Dirección de correo electrónico	

Cuéntenos acerca de las personas en su hogar							
Nombre <i>(Nombre, segundo Nombre, apellido)</i>	Relación con usted <i>(cónyuge, hijo(a), amigo, etc.)</i>	Raza	Hispana o latina <i>S O N</i>	Lenguaje oral	Fecha de nacimiento	Sexo <i>M o F</i>	Ciudad no de EE. UU. <i>S O N</i>
Usted		<input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico					
		<input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico					
		<input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico					
		<input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico					

Cuéntenos acerca de sus necesidades para su(s) hijo(s)

Nombre Hijo(a) 1	Nombre y dirección del proveedor	Necesidades de su hijo(a) ¿Tiene alguna inquietud acerca del crecimiento y/o desarrollo de su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa:	¿Qué horas/días necesita servicios? (Es decir, cuidado para niños o preescolar). <i>Marque todas las opciones que correspondan.</i> <input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Lun. <input type="checkbox"/> Mar. <input type="checkbox"/> Miér. <input type="checkbox"/> Juev. <input type="checkbox"/> Vier. <input type="checkbox"/> Sáb. <input type="checkbox"/> Mañanas <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Noches <input type="checkbox"/> Fines de semana
Apellido de soltera de la madre			¿Cuál es el distrito escolar de su hijo(a)?
Ciudad de nacimiento de su hijo(a)			
Nombre Hijo(a) 2	Nombre y dirección del proveedor	Necesidades de su hijo(a) ¿Tiene alguna inquietud acerca del crecimiento y/o desarrollo de su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa:	¿Qué horas/días necesita servicios? (Cuidado para niños o preescolar). <i>Marque todas las opciones que correspondan</i> <input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Lun. <input type="checkbox"/> Mar. <input type="checkbox"/> Miér. <input type="checkbox"/> Juev. <input type="checkbox"/> Vier. <input type="checkbox"/> Sáb. <input type="checkbox"/> Mañanas <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Noches <input type="checkbox"/> Fines de semana
Apellido de soltera de la madre			¿Cuál es el distrito escolar de su hijo(a)?
Ciudad de nacimiento de su hijo(a)			
Nombre Hijo(a) 3	Nombre y dirección del proveedor	Necesidades de su hijo(a) ¿Tiene alguna inquietud acerca del crecimiento y/o desarrollo de su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa	¿Qué horas/días necesita servicios? (Cuidado para niños o preescolar). <i>Marque todas las opciones que correspondan</i> <input type="checkbox"/> Dom. <input type="checkbox"/> Lun. <input type="checkbox"/> Mar. <input type="checkbox"/> Miér. <input type="checkbox"/> Juev. <input type="checkbox"/> Vier. <input type="checkbox"/> Sáb. <input type="checkbox"/> Mañanas <input type="checkbox"/> Tardes <input type="checkbox"/> Noches <input type="checkbox"/> Fines de Semana
Apellido de soltera de la madre			¿Cuál es el distrito escolar de su hijo(a)?
Ciudad de nacimiento de su hijo(a)			

Cuéntenos acerca de su situación financiera

¿Usted o las personas que residen en su hogar recibirán ingresos este mes? Sí No

Los ingresos se refieren a todo el dinero que reciben usted y las personas que residen en su hogar, tales como: ganancias procedentes del empleo, manutención infantil/conyugal/médica, beneficios por discapacidad, prestaciones de jubilación, indemnización por accidente laboral, seguro social, seguridad de ingreso suplementario (SSI), beneficios para veteranos, etc.

En caso afirmativo, sírvase completar el cuadro que se encuentra a continuación.

Nombre	Tipo de ingreso	Monto de ingresos (antes de impuestos)	Frecuencia con que lo recibe (por semana, cada dos semanas, etc.)	Última fecha de recepción	Horario laboral o escolar (sírvase brindar una lista de los horarios)
					<input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Juev. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Vier. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____
					<input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Juev. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Vier. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____
					<input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Juev. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Vier. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____
					<input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Juev. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Vier. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____

¿Usted o alguien en su hogar realizar pagos por manutención infantil o conyugal? Sí No

¿Cuánto?

Firma del solicitante	Fecha
------------------------------	--------------



Early Childhood Education

Early Childhood Education Grant Income Eligibility Worksheet & Declaration of No Income

This worksheet is designed to assist Early Childhood Education Grant programs in determining income eligibility for children and families. **This worksheet is not required to be completed but is provided as a resource tool.** Income eligibility does not need to be completed for children who meet the following eligibility criteria (a list of acceptable documentation verifying the exempted category is included):

- Child has a current Individualized Education Plan (IEP) - a copy of the IEP must be on file for review
- Child lives with a foster or kinship family – a copy of the case plan or family service plan as defined in ORC 2151.412 or a copy of the Kinship Permanency Incentive Program papers must be on file for review

Please be reminded that for children who meet the eligibility categories listed above, it is not necessary for families to provide income information on page 3 of the JFS 01121. The documentation listed above will be accepted instead. However, all other pages of the JFS 01121 are still required to be completed, including the signature field on page 3.

Section 1 – Determination of family size (leave row blank if not applicable).

	Number of parents/legal guardians of the child who reside in the home and all minor children of the parents/legal guardians who reside in the home
	Number of stepparents residing in the home, and all their minor children who reside in the home (do not count a minor child in this box if you counted them in the box above)
	Number of grandparents who reside in the home (only include this number if the parent of the child is a minor and is not participating in the LEAP program)
	Number of unmarried parents of any common child(ren) who reside in the home and the number of their minor children (do not count a minor child in this box if you counted them in one of the boxes above)
	Total number of individuals who should be included when determining family size



Early Childhood Education

Section 2 – Determination of family income (if the family does not have any earned or unearned income, please skip to Section 3).

- Both gross earned and unearned income should be included
- The income from all adult family members residing in the home, as identified in Section 1, should be included when determining family income

Please check below the income types received in the home. Documentation of all income received must be on file for review. Examples of acceptable documentation are provided. If documentation of income is not available due to the family experiencing homelessness, write “McKinney Vento” or “Project Act” on the JFS 01121 form on page three alongside the sources of any income where documentation is not available.

Definition of homelessness: Individuals who lack a fixed, regular, or adequate nighttime residence and includes: 1) children who are sharing the housing of other persons due to loss of housing, economic hardship, or a similar reason; are living in motels, hotels, trailer parks, or camping grounds due to the lack of alternative adequate accommodations; are living in emergency or transitional shelters; or are abandoned in hospitals, 2) children who have a primary nighttime residence that is a public or private place not designed for or ordinarily used as a regular sleeping accommodation, 3) children who are living in cars, parks, public spaces, abandoned buildings, substandard housing, bus or train stations, or similar settings; and 4) migratory children who qualify as homeless because they are living in circumstances described in 1-3 above.

Gross Earned Income	Gross Unearned Income
Employment -- two consecutive paystubs or W/2 form	Child support -- child support letter and documentation of receipt
Self-employed -- W/2 form or current business records estimating income	Social Security Administration Disability -- award letter
	Ohio Works First (OWF) Cash Assistance -- award letter
	Unemployment Benefits -- award letter
	Gifts from family members -- statement from person giving the gift
	Veteran's Payments -- award letter
	Survivor Benefits -- award letter
	Alimony -- award letter
	Pension or Retirement Income -- award letter
	Educational Assistance -- award letter
	Other

Using the information gathered from Sections 1 and 2 above, determine if the family meets income eligibility using the [Federal Poverty Guidelines](#).



Early Childhood Education

Section 3 – Declaration of no income

If a family has no income, they must provide a written explanation of how they are meeting basic living expenses, including but not limited to food, housing/shelter, utilities and transportation. The family must provide a statement indicating the information provided is true and accurate, must contain a detailed explanation of how all four living expenses noted above are met, and must contain the parent/guardian signature.

I, _____, verify that neither I nor any member of my family earns/receives any income. I/We have been meeting our basic needs in the following ways:

Food:	
Housing/Shelter:	
Utilities:	
Transportation:	

I certify that the information above is complete and accurate to the best of my knowledge. I understand that if I knowingly give false information or misrepresentation of my income, it may result in disqualification.

Parent/Guardian Printed Name _____

Parent/Guardian Signature _____ Date _____

Witness Printed Name _____

Witness Signature _____ Date _____



Department
of Education

Office of Early Learning and School Readiness
Child Medical Statement

Revised 3/12/2018

This form meets Ohio Administrative Code. Programs may use this form or build their own.

Section I - Child Medical Information

Child's Name _____

Date of Birth _____

Height _____

Weight _____

Immunizations:		Exempt from Immunization:
Complete for Age	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Religious Conviction
In Process	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No	Health
		Other

Limitations or health conditions, including allergies, medications, and dietary restrictions.

Section II - Child Medical Statement Verification

Physician/Clinic/Hospital Name _____

Provider Address _____

Provider Phone Number _____

Provider City _____

Provider State _____

Provider Zip _____

Check box of examining medical professional:

- Physician
- Physician Assistant
- Advanced Practice Registered Nurse

This child has been examined and is in suitable condition to participate in group care.

Signature of Medical Professional _____

Date of Exam _____

Programs funded through the Ohio Department of Education must have written policies and procedures to ensure that children have received comprehensive health screenings and/or that families are informed of the importance of health screenings and the resources to obtain them.

