



YMCA DEL ESTE DE LA BAHÍA

IMPACTO PARA LA NIÑEZ TEMPRANA (ECI)

INFORMACIÓN

Gracias por su interés en los programas de Impacto para la Niñez Temprana (ECI, por sus siglas en inglés) del YMCA del Este de la Bahía. Nuestros programas utilizan una variedad de fuentes de subsidios, incluyendo federales y estatales, para proveer un cuidado de la más alta calidad. Los servicios son posible gracias a contratos de Head Start/Early Head Start (HS/EHS) y la División de Apoyo y Educación Temprana del Departamento de Educación de California (CDE, por sus siglas en inglés). Nosotros damos prioridad a las familias más necesitadas. Incluimos una amplia diversidad y aceptamos niños de todas las habilidades.

Por favor encuentre adjunto La Solicitud de Pre-Inscripción para los servicios ECI. Para asegurar que su elegibilidad sea determinada apropiadamente, conteste todas las preguntas con toda la información que usted tenga. Sus respuestas serán usadas para establecer la prioridad de inscripción en nuestros programas. Las aplicaciones incompletas retrasarán el proceso. Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para llenar la solicitud, por favor póngase en contacto con nosotros (ver información de contacto atrás de esta carta).

Nos esforzamos para que todas las familias tengan la misma oportunidad de inscripción. Debido a tener espacio y fondos limitados, no podemos ofrecer inscripción a todos los niños y familias que califiquen. Si su familia califica pero no tenemos lugar, pondremos a su niño/a en lista de espera.

PARA APLICAR

1. Llene la solicitud adjunta de pre-inscripción. Asegúrese de contestar todas las preguntas. Sus respuestas nos ayudarán a determinar los servicios disponibles para su familia y también establecerán la prioridad de inscripción de su niño/a.
2. Presente la solicitud completa a una de nuestras oficinas o centros escolares (ver información atrás de esta carta).

DESPUÉS DE QUE LA SOLICITUD DE PRE-INSCRIPCIÓN ES RECIBIDA

Dentro de las dos semanas de recibir su solicitud, el YMCA le notificará por escrito si califica para los servicios. Podría pedírsele información adicional para ayudarnos en la determinación, o para establecer su prioridad de inscripción. Ese aviso le será enviado por correo electrónico. Si usted no da información de correo electrónico, la notificación se le enviará por correo regular USPS. **La notificación de haber recibido su solicitud de pre-inscripción NO le garantiza espacio en nuestro programa.**

CUANDO HAYA VACANTES DISPONIBLES

En cuanto haya alguna plaza disponible, nos pondremos en contacto con las familias que califican según el orden de prioridad. Debe presentarse la información y los formularios adicionales antes de inscribir al niño. Habrá una reunión de inscripción y orientación antes de que cualquier niño sea admitido.





YMCA DEL ESTE DE LA BAHÍA IMPACTO PARA LA NIÑEZ TEMPRANA (ECI) UBICACIONES DEL PROGRAMA

OFICINAS ADMINISTRATIVAS

NOMBRE	DIRECCIÓN	INFO CONTACTO Tel. y Fax	CORREO ELECTRÓNICO
E M Downer Family YMCA	263 South 20 th Street Richmond, CA 94804	T 510-412-5647 F 510-412-5650	enroll@ymcaeastbay.org
West YMCA	2009 10 th Street Berkeley, CA	T 510-848-9092 F 510-848-0103	enroll@ymcaeastbay.org

CENTROS DE DESARROLLO INFANTIL

ÁREA	NOMBRE	LUGAR	LICENCIA Bebés (B) y Preescolar (P)	EDADES QUE SERVIMOS	HORARIO DE OPERACIÓN
Berkeley, Emeryville	Ocean View	1422 San Pablo Avenue Berkeley	013420966 (B) 013411435 (P)	De recién nacido a 5 años	7:30am-5:00pm
	Ralph Hawley	1275 61 st Street Emeryville	013420964 (B) 013420963 (P)	De recién nacido a 5 años	7:30am-5:00pm
	South YMCA	2901 California Street Berkeley	013420965 (B) 010200607 (P)	De recién nacido a 5 años	7:30am-5:00pm
	West YMCA	2009 10 th Street Berkeley	013420565 (B) 010206120 (P)	De 1 año a 5 años	7:30am-5:00pm
	Vera Casey	2246 MLK Jr Way Berkeley	013417825 (B)	De recién nacido a 3 años	7:30am-4:30pm
Hayward, Oakland	21st Street	756 21 st Street Oakland	013419483 (B) 013419475 (P)	De 1 año a 5 años	7:00am-6:00pm
	Eden	951 Palisade Street Hayward	013412851 (B) 013419472 (P)	De recién nacido a años	7:00am-6:00pm
	Foothill/Eastlake	1612 45 th Avenue Oakland	N/A	Centro familiar	8:30am-4:30pm
Richmond, Rodeo, San Pablo	8th Street	445 8 th Street Richmond	073405003 (P)	De recién nacido a 5 años	7:00am-5:00pm
	Giant Road	919 Lake Street San Pablo	073405655 (P)	De 3 años a 5 años	7:00am-5:30 pm
	Kathi Sanchez	1250 23 rd Street #506 Richmond	073401572 (I)	De recién nacido a 3 años	7:00am-4:00pm Días de escuela solamente
	Richmond	485 Lucas Avenue Richmond	073405695 (B) 073404278 (P)	De 1 año a 5 años	7:00am-5:30pm
	Rodeo	200 Lake Avenue Rodeo	070212378 (P)	De 1 año a 5 años	7:00am-6:00pm
Courtland, Winters, Woodland	Courtland	180 Primasing Courtland	343604577 (B) 343604573 (P)	De recién nacido a 5 años	5:30am-5:30pm
	Winters	100 Myrtle Drive Winters	573601605 (P)	De 3 años a 5 años	5:30am-5:30pm
	Woodland	1285 Lemen Avenue Woodland	573601607 (P)	De 3 años a 5 años	6:30am-5:30pm

**YMCA DEL ESTE DE LA BAHÍA
IMPACTO PARA LA NIÑEZ TEMPRANA (ECI)
SOLICITUD DE PRE-INSCRIPCIÓN A SERVICIOS ECI**

SECCIÓN I: Llene lo siguiente con la información del niño/a para quien quiere los servicios del programa.

INFORMACIÓN DEL NIÑO	Nombre del niño/a		Segundo nombre	Apellido	YMCA USE ONLY	
	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿Su idioma principal?	¿El niño habla inglés? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		[]
	Dirección		Ciudad	Código Postal		[]
	¿Con cuál raza identifica usted a su hijo/a? (chequee todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negra o Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco/ Caucásico		¿Con cuál etnicidad identifica a su hijo/a? <input type="checkbox"/> Hispano u origen Latino <input type="checkbox"/> No hispano o no de origen latino	¿Su hijo estaba en el programa YMCA el año pasado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Centro..... ¿Hermano/a inscrito en YMCA? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre.....		[]
	¿Tipo de cuidado que necesita? <input type="checkbox"/> Todo el día <input type="checkbox"/> Medio día	¿Qué horario necesita? Hora de llegada:..... Hora de salida:	Área (s) que le interesa para asistir (chequee todas las que aplican): <input type="checkbox"/> Berkeley/Emeryville <input type="checkbox"/> Richmond/San Pablo <input type="checkbox"/> Hayward <input type="checkbox"/> Rodeo <input type="checkbox"/> Oakland <input type="checkbox"/>			[]
	¿Está relacionado el niño con un empleado del YMCA <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (llene abajo) Nombre del empleado..... Del centro escolar del YMCA.....					V P

SECCIÓN II: Llene la siguiente información sobre el niño/a. Esto nos ayudará a satisfacer sus necesidades.

INFORMACIÓN DE SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO	Ha sido DIAGNOSTICADO por un proveedor de salud con ALGUNO de los siguientes problemas médicos? (chequee todos los que correspondan) *				D O C D O C R E S O U R C E R E S O U R C E M E D
	<input type="checkbox"/> Respiratorio (asma, RSV, RSD) <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Alergias a alimentos (enliste)..... <input type="checkbox"/> Alergias no alimentarias (enlistar)..... <input type="checkbox"/> Otro (enlistar)..... <input type="checkbox"/> El niño NO ha sido DIAGNOSTICADO con un problema médico				
	¿Tiene una necesidad especial? (chequee todos los que correspondan) *				
	<input type="checkbox"/> Plan de Servicio Familiar Especializado (IFSP) o (IEP) Plan de Educación Especializado <input type="checkbox"/> Discapacidad diagnosticada, enliste aquí <input type="checkbox"/> El niño no tiene una necesidad especial				
	¿Tiene usted preocupaciones por el desarrollo de su hijo/a? (chequee todos los que correspondan)				
	<input type="checkbox"/> Lenguaje/ Habla (hacer sonidos, atrasado en el habla, difícil de entenderlo, dificultades para comprender) <input type="checkbox"/> Motoras finas (agarrando, dibujando, escribiendo, y/ o vistiéndose) <input type="checkbox"/> Comportamiento (pegar, morder, berrinches, no coopera, lo expulsaron de una guardería antes), <input type="checkbox"/> Motoras gruesas (caminar, subirse, falta de contacto visual, pérdida de habilidades) <input type="checkbox"/> Otra preocupación, enlistar aquí..... <input type="checkbox"/> No tengo preocupaciones por el desarrollo de mi hijo/a				
¿Tiene usted alguna preocupación por la salud de su hijo/a? (chequee todos los que correspondan)					
<input type="checkbox"/> Alimentación y/o dieta <input type="checkbox"/> Oído <input type="checkbox"/> Dolor dental/ Caries/ Encías que sangran <input type="checkbox"/> Vista <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Afectado por drogas/ alcohol <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones, enlistar aquí..... <input type="checkbox"/> No tengo preocupaciones por la salud de mi hijo/a					
¿Qué seguro médico tiene su niño/a? <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> No tiene Plan ID#.....					
Nombre del Doctor.....		# Tel.....			
¿Tiene seguro dental su niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Plan ID #					
Nombre Dentista.....		# Tel.....			

SECCIÓN III: Llene lo siguiente por cada padre/tutor legal. **Chequee este cuadro si es soltero.**

PADRE/TUTOR LEGAL A	Nombre del 1er padre/madre			PADRE/TUTOR LEGAL B	Nombre del 2º padre/madre		
	Relación con el niño		Fecha Nac.		Relación con el niño		Fecha Nac.
	Dirección (si es diferente que la del niño)						
	Teléfono principal ()						
	Teléfono secundario ()						
	Correo electrónico						
	Nivel de estudios más alto (chequee uno)						
	<input type="checkbox"/> Menos de preparatoria (<i>high school</i>) <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Carrera asociada, técnica o algo de colegio <input type="checkbox"/> Carrera universitaria o de postgrado						
	¿Tiene usted menos de 19 años de edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
	El padre/madre está: (chequee todos los que correspondan de abajo)						
	Empleado		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Empleado		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Buscando trabajo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Buscando trabajo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	En escuela o entrenamiento		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		En escuela o entrenamiento		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Discapacitado		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Discapacitado		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Fuente de ingresos:		Cantidad:		Frecuencia de pago:	Fuente de ingresos:	
Salario (antes de impuestos)		\$		Salario (antes de impuestos)			
Ayuda en efectivo/TANF		\$		Ayuda en efectivo/TANF			
SSI/SSA		\$		SSI/SSA			
Manutención/ Pensión Alimenticia		\$		Manutención/ Pensión Alimenticia			
Desempleo		\$		Desempleo			
Ayuda financiera		\$		Ayuda financiera			
Otra.....		\$		Otra.....			

SECCIÓN IV: Llene lo siguiente sobre su familia. Nos ayudará a satisfacer las necesidades de su familia.

INFORMACIÓN FAMILIAR	Enliste cualquier ingreso adicional del hogar no enlistado anteriormente \$.....Fuente del ingreso.....				
	¿Recibe WIC su familia? (programa <i>Women, Infants and Children</i>) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	¿Recibe estampillas de comida/ Cal-Fresh su familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	¿Es su dirección actual una vivienda temporal o inestable? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
	¿Ha sido referida su familia a servicios por lo siguiente? (chequee todo lo que corresponda) *				
	<input type="checkbox"/> Servicios de Protección Infantil (CPS) <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Pública <input type="checkbox"/> Otro (enlistar).....				
	¿Ha experimentado la familia cualquiera de las siguientes circunstancias especiales? (chequee todos los que correspondan)				
	<input type="checkbox"/> Abuso doméstico o víctima de violencia <input type="checkbox"/> Padre/ madre encarcelado/a <input type="checkbox"/> Adopción temporal del Estado <input type="checkbox"/> Otro (enlistar).....				
	Enliste todos los miembros del hogar mantenidos por ingreso/s del padre/s (incluya adultos y niños). Adjunte páginas si es necesario.				
	Nombre		Fecha de nacimiento	Relación con el niño/a	CDE
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
¿Alguien de su familia está embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					

SECCIÓN V. Firma del padre/ tutor legal

Yo declaro que la información contenida en esta aplicación es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. No he realizado declaraciones falsas ni incorrectas. La aceptación de esta aplicación NO me garantiza los servicios ni cupo. Asimismo, yo autorizo al YMCA a compartir mi información (solicitud, expediente CDE, reportes médicos y de vacunas) con las agencias asociadas de HS/EHS para auxiliar en su inscripción a HS/EHS. X..... Fecha.....	YMCA	CDE	HS/EHS	Rec
	Size			Initial
	Income			Enroll
	Rank/#			Initial