



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. Adjunte documentación de apoyo, si son disponibles. Ejemplos de documentación de apoyo:
 - Prueba de ingresos: talones de pago, carta de fuente de ingresos
 - Prueba de domicilio: Fractura de utilidades (recibo de agua, PG&E etc.), estados de banco
 - Prueba de tamaño de familia: actas de nacimiento y tarjetas de identificación
 - Prueba de cualquier otro estado en su solicitud: Carta de refugio si no tiene hogar, IEP/IFSP, carta de servicios de protección infantil (CPS), carta que identifique a su hijo como hijo adoptivo
3. 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 pedirle 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-5:30pm
	Ralph Hawley	1275 61 st Street Emeryville	013420964 (B) 013420963 (P)	De recién nacido a 5 años	8:00am – 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	21 st Street	756 21 st Street Oakland	013419483 (B) 013419475 (P)	De 1 año a 5 años	7:00am-5:30pm
	Eden	951 Palisade Street Hayward	013412851 (B) 013419472 (P)	De recién nacido a 5 años	7:00am-5:30pm
	Eastlake	1612 45 th Avenue Oakland	013423039 (I) 013423040 (P)	De recién nacido a 5 años	7:00am-5:30pm
	Foothill	5908 Foothill Blvd Oakland	N/A	Centro familiar	8:30am-4:30pm
Richmond, Rodeo, San Pablo	8 th 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
	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-5:30pm
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 de ECI

Información de Aplicante y Familia * Por favor llene una forma separada para cada niño aplicando para servicios de ECI.

Aplicante					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento	Genero
Raza		Hispano	Nivel de Ingles	Otro idioma?	Nivel de otro idioma
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco/ Caucásico				
<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico				
Seguro Medico	Otra Cobertura	# De Seguro Medico	Elegibilidad de Medi-Cal	# De Medi-Cal	Nombre de doctor/Hogar Medico y Numero de Teléfono
			<input type="checkbox"/> No Elegible <input type="checkbox"/> Recibiendo Medi-Cal <input type="checkbox"/> Potencialmente		
Seguro Dental	# De Seguro dental		Nombre de Dentista/Hogar Dental y Numero de Teléfono		
Su niño/a tiene una necesidad especial? (Marque todos los que apliquen)					
<input type="checkbox"/> Plan de Servicio Familiar Especializado (IFSP) o Plan de Educación Especializado (IEP)					
<input type="checkbox"/> Discapacidad diagnostica (Enliste aquí _____)					
<input type="checkbox"/> Niño no tiene necesidades especiales					
Su niño/a estaba en el programa YMCA programa durante el año pasado?			Su niño/a tiene algún hermano/a inscrito en YMCA?		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Centro: _____			<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Nombre: _____		

Primer Adulto					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento	Genero
Raza		Hispano	Nivel de Ingles	Otro Idioma?	Nivel de Otro Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco/ Caucásico				
<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño Pacifico				
Nivel de Estudio Mas Alto	Estado de Empleo		Relación con el niño/a	Custodia	Marque todos los que correspondan:
<input type="checkbox"/> Menos de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de colegio <input type="checkbox"/> Carrera asociada <input type="checkbox"/> Carrera universitaria <input type="checkbox"/> Carrera postgrado	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado & buscando trabajo <input type="checkbox"/> Tiempo completo & Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Jubilado o Discapacitado	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/hijastro <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Fomentar <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vive con familia <input type="checkbox"/> Proporciona apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padre Adolescente
Correo Electrónico:					

Segundo u Otro Adulto					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de nacimiento	Genero
Raza		Hispano	Nivel de Ingles	Otro Idioma?	Nivel de Otro Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
<input type="checkbox"/> Africano Americano	<input type="checkbox"/> Blanco/ Caucásico				
<input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño Pacifico				
Nivel de Estudio Mas Alto	Estado de Empleo		Relación con el niño/a	Custodia	Marque todos los que correspondan:
<input type="checkbox"/> Menos de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de colegio <input type="checkbox"/> Carrera asociada <input type="checkbox"/> Carera universitaria <input type="checkbox"/> Carrera postgrado	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado & buscando trabajo <input type="checkbox"/> Tiempo completo & Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Jubilado o Discapacitado	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Fomentar <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vive con familia <input type="checkbox"/> Proporciona apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padre Adolescente
Correo Electrónico:					

Miembros Adicionales del Hogar

Miembro Adicional del Hogar					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Genero
Raza		Hispano	Nivel de Ingles	Otro Idioma	Nivel de Otro Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco/ Caucásico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Relación con el niño/a:					

Miembro Adicional del Hogar					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Genero
Raza		Hispano	Nivel de Ingles	Otro Idioma	Nivel de Otro Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/ Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco/ Caucásico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Relación con el niño:					

Miembro Adicional del Hogar					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Genero
Raza		Hispano	Nivel de Ingles	Otro Idioma	Nivel de Otro Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Relación con el niño/a:					

Miembro Adicional del Hogar					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Genero
Raza		Hispano	Nivel de Ingles	Otro Idioma	Nivel de Otro Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco/ Caucásico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Relación con el niño/a:					

Miembro Adicional del Hogar					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Genero
Raza		Hispano	Nivel de Ingles	Otro Idioma	Nivel de Otro Idioma
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco/ Caucásico <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Relación con el niño/a:					

Información Familiar, Ingresos, & Contactos

Información Familiar									
Domicilio de Familia									
Fecha de Inicio Viviendo aquí	Dirección de Familia			# De Apartamento	ZIP	Ciudad	Estado	Condado	
Dirección de Correo Familiar									
Misma que Domicilio ?	Dirección de Correo			# De Apartamento	ZIP	Ciudad	Estado	Condado	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No									
Número(s) de Teléfono		Tipo (Elija uno)			Nombre de Contacto			Optar por recibir mensajes de texto	
()		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
()		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
()		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado Parental (Marque uno)	Idioma Principal en el Hogar	Sin Hogar	Servicio Militar Activo	Veter Militar	Referido por agencia de Child Welfare	Recibiendo SNAP	WIC	WIC ID (Si es aplicable)	
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Su familiar ha pasado por alguna de las siguientes circunstancias especiales? (Marque todos los que		<input type="checkbox"/> Abuso Doméstico o Víctima de Violencia <input type="checkbox"/> Padre/Madre Encarcelado <input type="checkbox"/> Adopción Temporal del Estado <input type="checkbox"/> Padre Discapitado <input type="checkbox"/> Otro (Enlistar) _____			¿Ha sido referida su familia a servicios por los siguientes? (Marque todos los que correspondan)		<input type="checkbox"/> Servicios de Protección Infantil (CPS) <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Pública <input type="checkbox"/> Otro (Enlistar) _____		

Ingresos Familiar (Por Favor incluya todos los ingresos que este recibiendo)				
Estado de Recibir CalWorks/TANF			Recibiendo SSI (Ingreso de Seguro Social)	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente recibiendo TANF/Actualmente no			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Miembro de Familia	Cantidad	Frecuencia de Pago (¿Quincenal? ¿Bimensual? Mensual?)	Descripción de Ingreso (por ejemplo: SSI, Trabajo, Manutención de hijo/s)	Verificación (por ejemplo: W2, comprobante de cheque)
	\$			
	\$			
	\$			

Preferencia de Ubicación

Preferencia de Ubicación	
Prioridad de Preferencia de Ubicación	Nombre de Centro
Primero	
Segundo	
Tercero	
El niño está relacionado a un empleado del YMCA del Este de la Bahía?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí... Nombre de Empleado _____ Centro del Empleado _____

Certificación: 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.

Padre/Guardián Firma _____

Fecha _____