



Communities United, Inc.
Creative Start Children's Centers
4 Militia Drive, Suite 1, Lexington, MA 02421
Telephone: 617-744-6076

Caros Pais /Responsaveis,

Somos agradecidos pelo seu interesse na admissão de seu filho em um dos nossos centros Creative Start, operado por Communities United, Inc. (CUI).

Com a sua aplicação, you também deves apresentat os seguinte itens:

- Uma cópia da Certidão de Nascimento da Criança ou Registro do Hospital no Nascimento da Criança **ou** Passaporte. * *Nota: é necessária uma cópia deste documento para cada uma das crianças que você reivindica como "dependente" de seus impostos.*
- Uma cópia da foto válida dos pais ou responsáveis.
- Uma cópia do formulário de exame físico mais recente da criança, preenchido por um médico, incluindo:
 - Cartão de Vacinas
 - Resultado do Teste de Tuberculose (TB)
 - Resultados do teste de Chumbo
 - Resultados do teste de Hematócrito ou Hemoglobina
 - Resultados de triagem de audição e visão, se efetuado pelo médico
- O formulário de exame odontológico mais recente do seu filho (requerente), preenchido por um dentista

Se você deseja solicitar assistência financeira, you também deve enviar, juntamente com o Formulário de Assistência Financeira:

- Uma cópia da sua declaração de imposto de renda mais recente (2019) **ou** formulário W-2, juntamente com uma carta atual de seus empregadores, indicando seu salário atual e horário de trabalho agendado, **ou**
- Cópias dos contracheques do último mês, **ou**
- Prova de assistência pública atual (carta do TAFDC) ou prova de Renda de Segurança Suplementar (SSI) ou Decidente de Segurança Social (SSDI) ou Desemprego (cartas de prêmio ou cópia dos contracheques), **ou**
- Uma carta judicial indicando quantidade de pensão alimentícia que a criança ou que você está recebendo.

Se o seu filho estiver recebendo serviços da Intervenção Precoce ou das escolas públicas, you também deve enviar:

- Uma cópia do Plano de Serviço Familiar Individual (IFSP) ou do Plano de Educação Individual (IEP)

Quando seu aplicativo estiver completo, envie-o para:

CUI Admissions

4 Militia Drive, Suite 1 Lexington, MA 02421

Não hesite em contactar o nosso escritório de admissões no 617-744-6076 se tiver alguma dúvida sobre o processo de inscrição. Estamos felizes em ajudar!

Obrigado,



Communities United Inc.
Creative Start Children's Centers
 CENTRAL OFFICE: 4 Militia Drive, Suite 1 Lexington, MA 02421
 Telephone: 617-744-6076



2020-2021 APLICAÇÃO

Por favor circule todos os centros Creative Start aos quais você está aplicando (indique a 1ª escolha, se houver):

Newton 573-B Washington Street. Newton, MA 02458 (617)527-6689	Waltham 169 Elm Street Waltham, MA 02453 (781)647-0542	Woburn 470 Wildwood Avenue Woburn, MA 01801 (781)932-9578	Burlington Available Spring 2020
--	--	---	---

*** Aqueles que solicitam assistência financeira são necessários para concluir uma entrevista em um dos locais acima. Uma vez que sua aplicação seja processado, nós o chamaremos para agendar sua entrevista. ***

Informação de Identificação de Criança: (Todas as linhas devem ser preenchidas)

Primeiro Nome: _____ **Nome do Meio:** _____ **Sobrenome:** _____

Sexo: (Por Favor Circular) Masculino Femenino **Data de Nascimento da Criança** ____/____/____

Primeira Língua da Criança: _____ (Por Favor Circule **Raça e Etnia** abaixo)

Raça da criança: Índio Americano /Nativo do Alaska Asiático Negro / Africano Americano Bi-Racial / Multi-Racial
 Hawaiano Nativo/ Ilhas do Pacífico Branco Outros _____

Etnia da Criança: Hispânico ou Origem Latina Origem Não-Hispânica

Informação dos Pais ou Responsáveis:

Primeiro Nome: _____ **Sobrenome:** _____

Sexo: (Por Favor Circular) Masculino Femenino **Data de Nascimento:** ____/____/____

Endereço: _____ **Cidade:** _____

Zip Code _____ **Celular #:** () _____ - _____ **Telefone Residencial:** () _____ - _____

Email: _____

Raça dos Pais: Índio Americano /Alaskan Native Asiático Black/African American Bi-Racial/Multi-Racial

Nativo Hawaiano Nativo/Ilha do Pacifico Branco Outro _____ **Primeira Língua dos Pais:** _____

Etnia dos Pais: (Favor Circular) Hispânico ou Origem Latina Origem Não-Hispânica

Relacionamento com a criança: (Favor Circule) Mãe Pai Legal Guardião Pai Adotivo/Mae Adotivo Avó/ Avô outro: _____

Informação dos Pais ou Responsáveis:

Primeiro Nome: _____ **Sobrenome:** _____

Sexo: (Por Favor Circule) Masculino Femenino **Data de Nascimento:** ____/____/____

Endereço: _____ **Cidade:** _____

Zip Code _____ **Celular #:** () _____ - _____ **Telefone Residencial:** () _____ - _____

Email: _____

Raça dos Pais: (PI) Índio Americano /Alaskan Native Asiático Black/African American Bi-Racial/Multi-Racial

Nativo Hawaiano Nativo/Ilha do Pacifico Branco Outro _____ **Primeira Língua dos Pais:** _____

Etnia dos Pais: (Favor Circular) Hispânico ou Origem Latina Origem Não-Hispânica

Relacionamento com a criança: (Favor Circular) Mãe Pai Legal Guardião Pai Adotivo/Mae Adotivo Avó/ Avô outro: _____



Communities United Inc.
Creative Start Children's Centers
2020-2021 Aplicação, Pagina 2

Liste todos os membros da Família do Aplicante e da Criança incluindo a Criança / Pais ou Responsáveis:

Nome da criança /Aplicada _____

Nome _____ Data de nascimento: _____ Relacionamento com a criança:(**Circule um**)

Pais /Responsável Irmã Irmão

Nome _____ Data de nascimento: _____ Relacionamento com a criança:(**Circule um**)

Pais / Responsável Irmã Irmão

Nome _____ Data de nascimento: _____ Relacionamento com a criança:(**Circule um**)

Pais /Responsável Irmã Irmão

Nome _____ Data de nascimento: _____ Relacionamento com a criança:(**Circule um**)

Pais/ Responsável Irmã Irmão

Nome _____ Data de nascimento : _____ Relacionamento com a criança:(**Circule um**)

Pais/Responsável Irmã Irmão

POR FAVOR RESPONDE AS SEGUINTE PERGUNTAS PARA QUE PODEMOS SERVIR MELHOR SUA FAMÍLIA:

Informações sobre a criança a quem você está aplicando: (Favor circular a resposta para cada pergunta)

- Você tem alguma preocupação sobre o desenvolvimento do seu filho (ex: atrasos na fala)? **SIM ou NÃO**

Se sim, quais são suas preocupações? _____

- Seu filho foi selecionado pela Intervenção Precoce ou pelo Sistema Escolar Público? **SIM OU NÃO**

Se sim, o candidato possui um IFSP ou IEP? SIM OU NÃO ** Se sim, envie uma cópia do IFSP completo ou IEP com sua aplicação**

- Seu filho tem asma ou alergias? **SIM OU NÃO**

Se sim, por favor especifique: _____

- **Seu filho está sendo tratado por um médico por quaisquer problemas médicos SIM OU NÃO**

Se sim, quais são as questões médicas? _____

POR FAVOR, NOS DEIXE SABER COMO VOCÊ ESCUTANDO SOBRE NÓS: AMIGOS PROPAGANDA

INTERNET CARTAZES/FOLHETOS OUTROS _____

Assinatura do Pai / Responsável: _____ Data: _____

Ao assinar este documento, declaro que as informações acima são verdadeiras ao meu conhecimento. Eu também reconheço que qualquer informação incorreta neste formulário pode resultar na rescisão do meu filho dos programas no CUI.

Ao prestar serviços a crianças e suas famílias, a Communities United Inc. não discrimina com base em raça, cor, origem acional, sexo, deficiência ou retaliação ou retaliação por atividades passadas de direitos civis.

PEDIDO VÁLIDO ATÉ 31 DE JANEIRO DE 2021