



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

Querido padre/guardián,

Gracias por su interés en aplicar para la admisión, de sus hijos, a uno de nuestros centros, los cuales son operados por Communities United, Inc. (CUI).

Con su aplicación, también debe presentar los siguientes documentos:

- Una copia del certificado de nacimiento de su hijo/a o el registro de nacimiento del hospital o el pasaporte
***Nota: Es necesario incluir una copia de este documento para cada uno de sus hijos que aparezca como su dependiente en los Impuestos.*
- Una copia de una Identificación Válida de cada Padre.
- Una copia del record medico más reciente (entre 1 año para Preescolar y para Niños Pequeños el examen físico más cercano a la fecha de matrícula y todos los chequeos de niño sano) que haya sido completado por el doctor. Este debe incluir:
 - Las Vacunas
 - El estatus de Tuberculosis
 - Resultados de la prueba de plomo
 - Resultados de la prueba de hierro (Hematocrito y Hemoglobina)
 - Resultados de las pruebas de visión y audición, si fueron completados por el doctor.
- Un Reporte Dental completado por su dentista, que sea dentro de los últimos 6 meses.

Si necesita ayuda financiera debe completar el Formulario de Asistencia Financiera e incluir lo siguiente:

- Una copia de sus impuestos (2019) o el formulario W-2, con una carta de su empleador que indique su salario y horario de trabajo, o
- Las copias** de colillas de cheque de pago más recientes y consecutivas del último mes o
- Una Prueba reciente de asistencia pública (puede ser la carta de TANF que detalla sus beneficios) o prueba de Supplemental Security Income (SSI) o Social Security Disability (SSDI) o Desempleo (carta de S.S. o colilla de cheque), o
- Una carta de la corte o notariada que indique lo que recibe de manutención de su hijo/a o su pensión alimenticia

Si su hijo/a esta recibiendo servicios de Intervención Temprana o de las escuelas públicas, también necesita presentar:

- Una copia del plan de servicios (Individual Family Service Plan) o (Individual Education Plan)

Cuando su aplicación este completa, favor de enviarla a la dirección que se encuentra en la parte de arriba:

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de aplicación siéntase libre de comunicarse con la Oficina de Admisiones al 617-744-6076. ¡Nosotros estamos encantados de ayudarle!

Gracias,
Departamento de Admisiones



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



2020-2021 APLICACIÓN

Por favor **elija** el Centro de Creative Start que desea aplicar:

Newton
 573-B Washington St.
 Newton, MA 02458
 (617)527-6689

Waltham
 169 Elm Street
 Waltham, MA 02453
 (781)647-0542

Woburn
 470 Wildwood Ave.
 Woburn, MA 01801
 (781)932-9578

Burlington
 Available
 Spring 2020

Aquellos que desean aplicar para ayuda financiera necesitan tener una entrevista en uno de los centros mencionados arriba. Cuando procesemos su aplicación, nos comunicaremos con usted para fijar una cita para la entrevista.

Información de Identificación del niño/a: (Complete todas las líneas)

Primer Nombre: _____ **Segundo Nombre:** _____ **Apellidos:** _____

Sexo: (Marca con Circulo) Femenino/Masculino **Fecha de Nacimiento** ___/___/___

Idioma Principal del niño/a: _____ (Marca con un circulo **Raza & Etnicidad** abajo)

Raza del Niño/a: (Marca un Circulo) Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano Blanco
 Multirracial Nativo Hawaiano/Isla Pacifico Otro _____

Etnicidad del Niño/a: Hispano ó Origen Latino No-Hispano

Información del Padre/Guardián:

Primer Nombre: _____ **Apellido:** _____

Sexo: (Marca un Circulo) Masculino/Femenino **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Email:** _____

Dirección: _____ **Casa #:** () _____ - _____

Ciudad/Pueblo: _____ **Código postal** _____ **Celular #:** () _____ - _____

Idioma Principal del Padre: _____

Raza del Padre: (Marca un Circulo) Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano Blanco
 Multirracial Nativo Hawaiano/Isla Pacifico Otro _____

Etnicidad del Padre: (Marca un Circulo) Hispano ó Origen Latino No-Hispano

Relación con el Niño/a: (Marca un Circulo) Madre Padre Guardián Legal Padre Adoptivo Abuelo/a Otro: _____

Información del Padre/Guardián:

Primer Nombre: _____ **Apellidos:** _____

Sexo: (Marca un Circulo) Femenino\Masculino **Fecha de Nacimiento:** ___/___/___ **Email:** _____

Dirección: _____ **Casa #:** () _____ - _____

Ciudad/Pueblo: _____ **Código postal** _____ **Celular #:** () _____ - _____

Idioma Principal del Padre: _____

Raza del Padre: (Marca un Circulo) Indio Americano/Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano Blanco
 Multirracial Nativo Hawaiano/Isla Pacifico Otro _____

Etnicidad del Padre: (Marca un Circulo) Hispano ó Origen Latino No-Hispano

Relación con el Niño/a: (Marca un Circulo) Madre Padre Guardián Legal Padre Adoptivo Abuelo/a Otro: _____



**Communities United Inc.
Creative Start Children's Centers
2020-2021 Aplicación, Página 2**

Escriba a todos los miembros de la Familia Inmediata del Niño/a, incluyendo el Niño/Solicitante:

Nombre Del Niño/Solicitante: _____

Nombre _____	Fecha de Nacimiento: _____	Relación al niño: (Marca un Circulo) Padre/Guardián hermano hermana
Nombre _____	Fecha de Nacimiento: _____	Relación al niño: (Marca un Circulo) Padre/Guardián hermano hermana
Nombre _____	Fecha de Nacimiento: _____	Relación al niño: (Marca un Circulo) Padre/Guardián hermano hermana
Nombre _____	Fecha de Nacimiento: _____	Relación al niño: (Marca un Circulo) Padre/Guardián hermano hermana
Nombre _____	Fecha de Nacimiento: _____	Relación al niño: (Marca un Circulo) Padre/Guardián hermano hermana

POR FAVOR, CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS PARA QUE PODAMOS SERVIR MEJOR A SU FAMILIA:

Información sobre el niño que está solicitando: *(Marca con un círculo)*

- ¿Tiene alguna preocupación acerca del desarrollo del niño (ex: retrasos en el habla)? **SI o NO**
- **En caso afirmativo, ¿cuáles son sus preocupaciones?** _____

- ¿Ha sido su niño evaluado por Intervención Temprana o el Sistema de Escuelas Públicas? **SI o NO**
- **En caso afirmativo, el solicitante tiene un IFSP o IEP?** **SI o NO**
En caso afirmativo, por favor proveer una copia de IFSP o IEP con la aplicación

- ¿Su hijo tiene asma o alergias? **SI o NO**
- **Si la respuesta es sí, por favor, especifique:** _____

- ¿Esta su hijo siendo tratado por un doctor por algún problema médico? **SI o NO**
- **En caso afirmativo, ¿cuáles son los problemas médicos?** _____

POR FAVOR DEJENOS SABER COMO ESCUCHO ACERCA DE NOSOTROS: AMIGO ANUNCIO
 INTERNET FOLLETO OTRO *(por favor, especifique)* : _____

Firma Del Padre/guardián: _____ Fecha: _____

Al firmar a continuación, yo declaro que la información anterior es correcta a mi mayor conocimiento. Además reconozco que cualquier información incorrecta en este formulario puede resultar en la terminación de mi niño/a de los programas de CUI.

Al proporcionar servicios a niños y sus familias, Communities United Inc. no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad o represalia o represalia por actividades anteriores de derechos civiles.

SOLICITUD VÁLIDA HASTA EL 31 DE ENERO DE 2021