

Solicitud de Pre-K de ATA (GSRP)

¡Por Favor, Lea Cuidadosamente!



Para asegurar que su solicitud sea procesada, **todos los documentos requeridos deben ser entregados al momento de la solicitud.**

NO se aceptarán solicitudes sin los siguientes **DOCUMENTOS OBLIGATORIOS:**

- ◆ Certificado de Nacimiento del Estudiante
- ◆ Licencia de Conducir, Identificación Estatal o Pasaporte del Padre/Tutor
- ◆ Registro de Inmunizaciones Actualizado del Estudiante en Michigan
- ◆ Evaluación de Salud de Michigan del Estudiante
- ◆ El Padre/Tutor debe completar la verificación de ingresos. Las solicitudes **NO** serán consideradas hasta el **1 de Agosto**, según los mandatos de GSRP, si la verificación de ingresos no se completa.

INFORMACIÓN IMPORTANTE

- ◆ **NO** se aceptarán solicitudes incompletas.
- ◆ **NO** reservamos lugares para solicitudes incompletas.
- ◆ Una vez que su solicitud esté completa, puede:
 - ◆ Enviarla por correo electrónico a Brooke Baker, *Directora del Centro de Desarrollo Infantil Temprano*:
bbaker@my.atafordpas.org
 - ◆ Entregarla en la Oficina Principal: **(4801 Oakman Blvd., Dearborn, MI 48126)**

RECORRIDOS DE PREESCOLAR Y ENTREGA/RECOGIDA DE SOLICITUDES

- ◆ Se requiere cita para recorrer el preescolar o para recoger/entregar una solicitud.
- ◆ No se aceptan visitas sin cita debido a la presencia de niños en el edificio y al horario reducido de verano.

Si tiene alguna pregunta, por favor contacte a Brooke Baker, *Directora del Centro de Desarrollo Infantil Temprano*
Correo: bbaker@my.atafordpas.org o Teléfono: 313-625-4849



**Advanced
Technology
Academy**

A Michigan Public Charter School District

Chartered by



**LAKE SUPERIOR
STATE UNIVERSITY**

Managed by



**TECHNICAL
ACADEMY
GROUP**

Lista de verificación de GSRP del condado de Wayne para 2026-2027

Estos materiales fueron desarrollados según una subvención otorgada por el Departamento de Educación, Avance y Potencial Vitalicia de Michigan (MILEAP, por sus siglas en inglés).

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

Lengua materna: _____ Género: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Nombre del padre/madre/tutor: _____

Nombre del sitio licenciado: _____

Nombre del docente: _____

Archivo de inscripción	Archivo de participación familiar
<u>Formularios de GSRP necesarios antes de la inscripción:</u>	Hoja de resumen de ASQ-3: Fecha de ingreso en el sistema: _____
Certificado de nacimiento o documento alternativo* Tipo: _____ Fecha en que se recibió: _____	Informe COR o GOLD Fechas: 1 _____ 2 _____ 3 _____
Identificación de los padres Tipo: _____ Fecha en que se recibió: _____	Plan de desarrollo individualizado Fechas: _____
Documentación Tipo: _____ Fecha en que se recibió: _____	Formulario de contacto familiar (opcional)
	Colaboración en el desarrollo infantil (Opcional)
<u>Formularios de licencia necesarios antes de la inscripción:</u>	Documentos adicionales utilizados por el programa
Registro de información del niño Fecha en que se recibió: _____	Al firmar esta solicitud, certifico que completé este formulario junto con el padre, madre o tutor, y que la información es correcta según mi leal saber y entender.
Vacunación Fecha en que se recibió: _____	Nombre del personal (en mayúscula) _____
Documentación del paquete de información impresa Fecha en que se recibió: _____	Firma del personal _____
<u>Formulario de licencia a presentar en un plazo de 30 días corridos desde la fecha de inicio:</u>	Fecha _____
Evaluación de salud Fecha en que se recibió: _____	

****El personal DEBE colocar sus iniciales en cada documento a medida que lo recibe del padre/madre/tutor.****

Solicitud

Niño de GSRP

Nombre del niño: _____

Dirección del niño: _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

¿Cuál de las siguientes es la raza del estudiante? (si tiene varias razas, marque cada una que corresponda): Indio

americano o nativo de Alaska _____ Negro o afroamericano _____ Blanco _____

Asiático-americano _____ Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico _____ hispano o latino _____

Padre, madre, tutor

Nombre: _____

Dirección (si no es la dirección del niño): _____ Ciudad: _____ Código postal: _____

Teléfono fijo: _____ Celular: _____ Laboral: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Estado civil: Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____ Separado _____

Estado laboral: Desempleado _____ Tiempo parcial _____ Tiempo completo _____ Estacional _____

Padre, madre, tutor

Nombre: _____

Dirección (si no es la dirección del niño): _____ Ciudad: _____

_____ Código postal: _____ Teléfono fijo: _____ Celular: _____

_____ Laboral: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Estado civil: Casado _____ Soltero _____ Divorciado _____ Viudo _____ Separado _____

Estado laboral: Desempleado _____ Tiempo parcial _____ Tiempo completo _____ Estacional _____

Si los padres están separados o el niño no está con los padres, ¿quién tiene la custodia legal del niño? Madre_ Padre_

Acogida_ Tutor Legal_ Abuelo_ Si es tutor o padre de acogida (que no sea el padre biológico), por favor complete:

Nombre del tutor legal: _____ Número de caso: _____

Entiendo que mi hijo podría estar en una lista de espera a nivel del condado, si el programa que me interesa tiene matrícula completa. También entiendo que puede haber disponibilidad en otras ubicaciones de GSRP del condado de Wayne para mi familia.

- ☐ Consiento recibir mensajes de texto de Wayne RESA sobre el estado de mi hijo en la lista de espera.
- ☐ Consiento que mi información se comparta con otras ubicaciones de GSRP que tengan vacantes actuales o inmediatas.
- ☐ No consiento que mi información se incluya en una lista de espera a nivel del condado.

¿Cómo se enteró sobre el Programa de Preparación Great Start?

Anuncio de radio _____ Anuncio de TV _____ Cartel _____
Folleto _____ Familia/Amigo _____ Otros _____ por favor, explique _____

Verificación de ingresos

- Para calcular el nivel de pobreza federal, utilice la [Calculadora de Nivel de Pobreza Federal](#).
- **Para determinar la priorización de la matrícula, utilice el Plazo de GSRP y el Documento del Plan de Inscripción.**

Indique **TODOS** los miembros del hogar por los que tiene responsabilidad financiera (incluyéndose a usted, otros adultos y niños).

Nombre	Relación con el niño	Edad	Nombre	Relación con el niño	Edad
	Niño de GSRP				

Ingresos autodeclarados

Tipo de ingresos*:		Frecuencia:		Importe:	
Tipo de ingresos:		Frecuencia:		Importe:	
Tipo de ingresos:		Frecuencia:		Importe:	
Tipo de ingresos:		Frecuencia:		Importe:	
Ingresos totales de todas las fuentes:					

Cantidad total que mantiene: _____ Nivel federal de pobreza (FPL, por sus siglas en inglés): _____

Revelación de ingresos(Complete solo si el padre o madre se niega a declarar los ingresos del hogar)

_____ Me niego a declarar los ingresos de mi hogar y entiendo que mi hijo no podrá recibir una ubicación en un Programa de GSRP hasta después del 1 de agosto de 2026.

Ingresos elegibles para: _____ Head Start (<100% FPL) _____ GSRP (0-400%FPL) _____ GSRP(400%+ FPL)

Entiendo que mi familia califica para Head Start y reconozco que he recibido información sobre los servicios y ubicaciones de Head Start, y que mi nombre y número de teléfono pueden ser compartidos con las agencias locales de

Al firmar esta solicitud, usted certifica que la información proporcionada es verdadera y precisa según su leal saber y entender. Nombre del padre/madre/tutor (aclaración): _____

Firma del padre/madre o tutor: _____ Fecha: _____

DOCUMENTO DE INFORMACION DEL NIÑO CHILD INFORMATION RECORD

State of Michigan - Department of Licensing and Regulatory Affairs - Child Care Licensing

Instrucciones: A menos que se especifique lo contrario, se debe proporcionar toda la información solicitada. Si desconoce la información o no aplica, debe responder "se desconoce" o "ninguno. No se aceptan campos en blanco, líneas sobre los campos o "N/C" como respuestas.

Para uso del proveedor únicamente:		Fecha de admisión	Fecha de alta
Nombre del niño (apellido, primer nombre e iniciales del segundo)			Fecha de nacimiento del niño
Dirección de residencia (número de edificio/apartamento)		Ciudad	Estado Código postal
Nombre de padre/tutor legal	Teléfono del domicilio ()	Nombre de padre/tutor legal (opcional)	Teléfono del domicilio ()
Dirección de residencia (si no es la dirección del niño)	Teléfono celular ()	Dirección de residencia (si no es la dirección del niño)	Teléfono celular ()
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad Estado Código postal
Dirección de correo electrónico (opcional)		Dirección de correo electrónico	
Nombre del empleador	Teléfono del Trabajo ()	Nombre del empleador	Teléfono del Trabajo ()
Nombre del médico o clínica médica del niño		Teléfono del médico o clínica médica ()	
Hospital preferido para tratamientos de emergencia (opcional)			
Alergias y necesidades e instrucciones especiales (adjunte más hojas si es necesario).			

BCAL-3731 (Rev. 4-18) Ediciones previa 4-16, 6-15 and 7-12 pueden ser usados hasta Septiembre 30, 2018.

Vea el reverso

Contacto de emergencia y entrega del niño: Enumere a todas las personas, incluyendo los padres/tutores legales, en el orden de preferencia, a quienes se debe contactar en caso de emergencia. Si es posible, incluya a menos una persona que no sea padre/tutor legal a quien deba contactarse en caso de emergencia o para entregar el niño en la ausencia del padre/tutor legal. La segunda columna para número del teléfono se puede dejar en blanco. (En caso de que existan más personas, adjunte más hojas.)

1.	()	()
2.	()	()
3.	()	()

Entrega del niño únicamente: Enumere a todas las personas que no sean los padres/tutores legales, que pueden retirar al niño tras el alta. (En caso de que existan más personas, adjunte más hojas.)

1.	()	2.	()
3.	()	4.	()

Iniciales del padre o tutor legal:

_____ Doy mi permiso para _____, licenciado por el Department of Licensing and Regulatory Affairs para asegurar el tratamiento médico de emergencia para el niño menor de edad nombrado arriba mientras recibiendo cuidado.

Certifico que la información rellenado es correcta, y si algo cambia notificara el proveedor y rellenará este formulario con la nueva información.

Firma del padre/tutor legal _____ Fecha de firma _____

Fecha de revisión del formulario	Iniciales del padre/tutor legal	Fecha de revisión del formulario	Iniciales del padre/tutor legal	Fecha de revisión del formulario	Iniciales del padre/tutor legal	Fecha de revisión del formulario	Iniciales del padre/tutor legal

LARA is an equal opportunity employer/program.

AUTHORITY: 1973 PA 116
COMPLETION: Required
PENALTY: Rule Violation

BCAL-3731 (Rev. 4-18) Ediciones previa 4-16, 6-15 and 7-12 pueden ser usados hasta Septiembre 30, 2018.

MDHHS-3305, HEALTH APPRAISAL
Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)
(Revised 7-24)

Dear Parent or Guardian: The following information is requested so that the school can work with the parent to meet the physical, intellectual, and emotional needs of the child. Fill out the information requested in Section 1. Section 4 may be certified by the transcription of information from the certificate of immunization. The remaining sections are to be completed by a doctor, nurse, dentist, dental therapist, and dental hygienist.

(BE SURE TO BRING YOUR CHILD'S IMMUNIZATION RECORDS TO THE EXAMINATION).

SECTION 1 – PERSONAL

Child's Name (Last, First, Middle)	Date of Birth (mm/dd/yy)
Address (Number, Street, City, Zip Code)	Today's Date (mm/dd/yy)
Parent/Guardian (Last, First, Middle)	Home/Cell Phone Number
Address (Number, Street, City, Zip Code)	Work Phone Number

SECTION 2 – HEALTH HISTORY

Yes	No	Resolved	Is your child having any of the problems listed below?	Birth History
☐	☐	☐	1. Allergies or Reactions (for example, food, medication or other)	
☐	☐	☐	2. Anaphylaxis	
☐	☐	☐	3. Does your child take any medication(s) regularly?	If yes, list medications
☐	☐	☐	4. Hay Fever, Asthma, or Wheezing	
☐	☐	☐	5. Eczema or Frequent Skin Rashes	
☐	☐	☐	6. Convulsions/Seizures	
☐	☐	☐	7. Heart Trouble	
☐	☐	☐	8. Diabetes	
☐	☐	☐	9. Frequent Colds, Sore Throats, Earaches (4 or more per year)	Are there any current or past diagnosis(es) ☐ Yes ☐ No
☐	☐	☐	10. Trouble with Passing Urine or Bowel Movements	If yes, describe

☐	☐	☐	11. Shortness of Breath	
☐	☐	☐	12. Speech Problems	
☐	☐	☐	13. Menstrual Problems	
☐	☐	☐	14. Dental Problems Date of Last Exam OR Date of Last Assessment	
☐	☐	☐	15. Other (describe)	

Reason for Medication

Concussion History

Parent/Guardian Signature

Date

Was the health history reviewed by a health professional?

Examiner's Initials

☐ Yes ☐ No

SECTION 3 - PHYSICAL EXAMINATION, INSPECTION, TESTS AND MEASUREMENTS

Required for Child Care and Head Start / Early Head Start

Test and Measurements

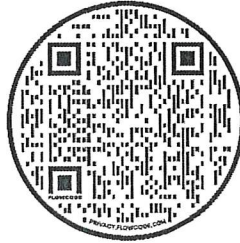
Yes	No	Was child test for	Tests and results	Normal	Referred	Under Care
☐	☐	Vision	Visual Acuity	☐	☐	☐
		Date	Muscle Imbalance	☐	☐	☐
			Other	☐	☐	☐
☐	☐	Hearing	☐ Audiometer (R= Right, L=Left)			
		Date	☐ OAE (R= Right, L=Left)			
			☐ Other (R= Right, L=Left)			
☐	☐	Urinalysis	Sugar	☐	☐	☐
			Albumin	☐	☐	☐
			Microscopic	☐	☐	☐
☐	☐	Blood Lead Level	Level ug/dl	☐	☐	☐
		Date				

Note: All children in Medicaid need to be tested at 1 and 2 years of age, or once between 3 and 6 years of age if not previously tested. All children, regardless of Medicaid status, should be tested at those same ages if they live in an area where lead risk is high.

☐	☐	Height & Weight	Height	☐	☐	☐
☐	☐		Weight	☐	☐	☐
☐	☐	Other	Other	☐	☐	☐
☐	☐	Hemoglobin/Hematocrit	⇒	☐	☐	☐
☐	☐	Blood Pressure	Reading	☐	☐	☐

Complete pediatric tuberculosis risk assessment available at:

https://www.michigan.gov/documents/mdhhs/4_MI_Pediatric_TB_Risk_Assessment_661537_7.pdf **OR** feel free to use the attached QR code instead of the full link text.



Examinations and/or Inspections

Essential Findings Deviating from Normal

Exam Date

SECTION 4 – IMMUNIZATIONS

Statements such as "UP-TO-DATE" or "COMPLETE" will not be accepted. Admission to school may be denied based on this information.*

Vaccines (Select Type)	Date Administered (mm/dd/yy)		
Hepatitis B (HepB)	1.	2.	3.
	4.		
DTaP/DTP/DT/Td	1.	2.	3.
	4.	5.	6.
Tdap	1.		
<i>Haemophilus Influenzae</i> type b (HIB)	1.	2.	3.
	4.		
Polio (IPV/OPV)	1.	2.	3.
	4.	5.	
Pneumococcal Conjugate (PCV)	1.	2.	3.
	4.		
Rotavirus (RV1/RV5)	1.	2.	3.
Measles, Mumps, Rubella (MMR/MMRV)	1.	2.	3.
Varicella (Chickenpox), (Var, MMRV)	1.	2.	
Hepatitis A (HepA)	1.	2.	3.

Influenza (IIV/LAIV)	1 .	2 .	3 .
	4 .		
Meningococcal (MCV4, MenABCWY)	1 .	2 .	3 .
Meningococcal B (Bexsero, Trumenba, MenABCWY)	1 .	2 .	3 .
Human Papillomavirus (HPV)	1 .	2 .	3 .

Additional Vaccines Specify Date & Type

Type of Vaccine(s)	Date of Vaccine(s)
1 .	
2 .	
3 .	

Indicate and attach physician diagnosis or laboratory evidence of immunity as applicable.

***Note:** According to Public Act 368 of 1978, any child enrolling in a Michigan school for the first time must be adequately immunized, vision tested and hearing tested. Exemptions to these requirements are granted for medical, religious, and other objections, provided that the waiver forms are properly prepared, signed and delivered to school administrators. Forms for these exemptions are available at your provider office for medical waiver forms and through your local health department for nonmedical waiver forms.

History of Chickenpox Disease? If yes, date

☐ Yes ☐ No

☐ Parent/Guardian refused recommended immunizations at visit.

☐ I certify that the immunization dates are true to the best of my knowledge

Health Professional Signature Title Date

SECTION 5 - RECOMMENDATIONS (Required for Child Care and Head Start/Early Head Start)

Is there any defect of vision, hearing, or other condition for which the school could help by seating or other actions?

☐ Yes ☐ No

If yes, explain

Should the child's activity be restricted because of any physical defect or illness?

☐ Yes ☐ No

Check all that apply

☐ Classroom ☐ Playground ☐ Gymnasium
☐ Swimming Pool ☐ Competitive Sports ☐ Other

If yes, explain degree of restriction(s)

Other Recommendations

SECTION 6 - DENTAL EXAM OR ASSESSMENT RECOMMENDATIONS

Child's Name

Type of Service

☐ Dental Exam☐ Dental Assessment

Findings (Check all that apply)

☐ No findings☐ Treated Decay☐ Untreated Decay

Recommendations (Check one)

☐ Routine Care☐ Referral for dental treatment☐ Referral for urgent dental care

Provider Signature

Date

Check one

☐ Dentist☐ Dental Therapist☐ Dental Hygienist

SECTION 7 - PHYSICIAN'S SIGNATURE

Examiner's Name (Print)

Degree or License

Telephone Number

Examiner's Signature

Date

Address

City

State Zip Code

MI

Information required for:

Early On – Hearing and Vision Status; Diagnosis; Health status**Child Care Licensing** – Physical Exam, Restrictions, Immunizations**Head Start/Early Head Start** – Determination that child is up-to-date on a schedule of age-appropriate preventative and primary health care, including medical, dental, and mental health. The schedule must incorporate the well-childcare visit required by EPSDT and the latest immunizations schedule recommended by the Centers for Disease Control and Prevention, State, tribal, and local authorities. An EPSDT well-child exam includes height, weight, and blood tests for anemia at regular intervals based on age.

Developed in Cooperation with the Department of Health and Human Services, Education, Michigan American Association of Pediatrics, Early Childhood Investment Corporation, Child Care Licensing, Head Start, Michigan State Medical Society, Michigan Association of Osteopathic Physicians and Surgeons.

The Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) does not discriminate against any individual or group on the basis of race, national origin, color, sex, disability, religion, age, height, weight, familial status, partisan considerations, or genetic information. Sex-based discrimination includes, but is not limited to, discrimination based on sexual orientation, gender identity, gender expression, sex characteristics, and pregnancy.

WRITTEN INFORMATION PACKET DOCUMENTATION

Michigan Department of Licensing and Regulatory Affairs
Child Care Licensing Bureau

Child(ren)'s Name(s) (Last, First)	Facility's Name and License Number
------------------------------------	------------------------------------

A written information packet has been provided at the time of enrollment. The packet included all the following information (*R 400.8146 (1-2)*):

- Criteria for admission and withdrawal.
- Schedule of operation, denoting hours, days, and holidays during which the center is open, and services are provided.
- Fee policy.
- Discipline policy.
- Food service program.
- Program philosophy.
- Typical daily routine.
- Parent notification plan for accidents, injuries, incidents, and illnesses.
- Transportation policy, if applicable.
- Medication policy.
- Exclusion policy for child illnesses.
- Notice of the availability of the center's licensing notebook. (CENTER MUST CHECK ONE)
 - ☐ The center keeps a licensing notebook containing a summary sheet, all licensing inspections and special investigation reports, and related corrective action plans for the last 5 years. The licensing notebook is available to parents/guardians during regular business hours. Reports from at least the past three years are available at www.michigan.gov/michildcare.
 - ☐ The center does not keep a licensing notebook, but internet is available onsite. Reports from at least the last three years are available at www.michigan.gov/michildcare.
- Other _____

I certify that I received all of the above items.

Parent/Guardian Signature

Date

Note: A single CCL-4340 form may be used for all children in the same family.

LARA is an equal opportunity employer/program.