GSRP Enrollment Form2017-2018

Dear Parent,

The faculty of The Dearborn Academy is pleased and excited that you wish to enroll your child in our TDA GSRP! In order to determine if your child is eligible, The TDA GSRP requires the following information.

La facultad de la Dearborn Academy está emocionada que usted desea inscribir a su hijo en nuestro TDA GSRP! Con el fin de determinar si su hijo es elegible, el TDA GSRP requiere la siguiente información.

CHILD'S NAME: _____ Nombre del alumno

BIRTHDATE: _____ Fecha de nacimiento: SEX : ☐ F ☐ M

CHILD'S ADDRESS:_____ Dirección

CITY:_____ Ciudad ZIP _____

HOME TELEPHONE: _____Número de teléfono de la residencia

ALTERNATE TELEPHONE: _____Otro Número

BIRTH CERTIFICATE #:_____Certificado de nacimiento

BIRTHPLACE (city, state or nation):_____
Lugar de nacimiento: ciudad, estado o pais:

Special Needs/ Necesidades especiales_____

Diagnosed: Diagnosticada ☐ Si /Yes ☐ No/ No

Does the child have an IEP? ☐Yes ☐ No Date of IEP: _____
Si :El alumno tiene un programa de educacion especial

Inclusive Classroom specified? ☐Yes/ Si ☐ No/ No Aula inclusiva especificada?

Parent/Guardian Name: _____ Nombre del padre/tutor

The Dearborn Academy GSRP Program is "Developed under a grant awarded by Michigan Department of Education"

19310 Ford Rd. Dearborn, MI 48128
Tel: (313)982-1300 Fax: (313)982-9087
www.thedearbornacademy.org

Relationship to Child: _____ Relación con el niño

Age at 1st Pregnancy: Edad del primer embarazo

Father: Padre _____ Mother Madre:_____

Marital Status: :Estado civil

☐Single Individual ☐Married Casado ☐Separated separado ☐ Divorced divorciado

Child Ethnicity: Etnicidad del alumno Hispanic Hispanico ☐Yes/ Si ☐ No / No

Race: Raza

☐-American Indian or Alaska Native; ☐- Asian; ☐-White ;☐- Black/African-American; ☐-Native Hawaiian or Pacific Islander

List ALL household members for which you are financially responsible
Nombra todos los miembros del hogar para quienes usted es financieramente responsible

NAME Nombre	BIRTH DATE Fecha de nacimiento	NAME Nombre	BIRTH DATE Fecha de nacimiento

Type of MEDICAID Insurance: _____ Tipo de Seguro de MEDICAID

Case #: Numero del caso del niño _____

Child's Recipient ID#: Numero de indentidad del recipient:_____

OTHER Medical Insurance /Otro seguro medical

The Dearborn Academy GSRP Program is "Developed under a grant awarded by Michigan Department of Education"

19310 Ford Rd. Dearborn, MI 48128
Tel: (313)982-1300 Fax: (313)982-9087
www.thedearbornacademy.org

(Type):_____ Policy Number: _____

☐ **NO health insurance No tiene seguro medical**

PARENTS/GUARDIANS COMPLETE THIS SECTION: Padres, favor de completer esta sección

IF NOT PARENT, PROOF OF GUARDIANSHIP CASE#:_____
Si usted no es padre, prueba de tutela

	Father/ Padre	Mother / Madre	Foster Parent(s)/Stepparent(s) or Guardian(s)/Relationship
Name: Nombre			
Home Address: /Dirrecion			
Home Phone:/ Teléfono residente			
Cell Phone: Teléfono móvil			
Birthdate: Fecha de acimiento			
Home Language: Idioma de la casa			
Highest Grade or Degree completed: Grado más alto completado			
Occupation: Profesion			
Employer /Empleador:			
Business Phone: teléfono de la empresa			
Work/School Schedule: (Days & Times) Horario de trabajo/escuela			

The above information is true and correct to the best of my knowledge. I understand that if any of this information changes, or is found to be incorrect, I am obligated to immediately notify this program. I understand that the above information and all information contained in the child's folder will remain CONFIDENTIAL. I hereby make application for my child to be enrolled in a Wayne County Great Start Readiness Program based on all the information on the Child's Application Form.

La información anterior es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que, si se encuentra alguna información incorrecta, estoy obligado de notificar inmediatamente este programa. Entiendo que la información anterior y toda la información contenida en la carpeta del niño será

confidencial. Por la presente, les hago la solicitud de que mi hijo sea inscrito en un programa de preparación de GSRP de Wayne County y basa toda la información en el formulario de solicitud del niño.

_____	_____	_____
Print Parent/Guardian Name	Signature of Parent/Guardian/Firma	Date/ Fecha

Imprima nombre del padre/tutor

STAFF COMPLETE THIS SECTION:

At the time of registration, was proof provided of:

☐ **Birth Certificate** (date received: _____)

☐ **Letters of Guardianship** (date received: _____)

☐ **Income** (date received: _____)

☐ **Immunization** (date received: _____)

☐ **Health Appraisal** (date received: _____)

Parent has been informed of Head Start Eligibility? ☐ Yes ☐ Not Applicable

Head Start Referral Release Form completed? ☐ Yes (please attach) ☐ N/A

Date child entered the United States (if birth documents are from a foreign country): _____

FACTORS: STAFF COMPLETE THIS SECTION	
CHECK ALL THAT APPLY:	**TYPE OF DOCUMENTATION** (i.e., parent report, pay stub, IEP, etc.)
☐ **1.Low family income: Quintile #_** ذو الدخل المحدود: النسبة ____	
☐ **2.Diagnosed disability** اعاقة تم تشخيصها من مختص	
☐ **3.Severe or challenging behavior** السلوك السلبي	
☐ **4.Primary home language other than English اللغة الاساسية غير الانكليزية**	
☐ **5. Parent/guardian with low educational attainment**	

The Dearborn Academy GSRP Program is "Developed under a grant awarded by Michigan Department of Education"

19310 Ford Rd. Dearborn, MI 48128
Tel: (313)982-1300 Fax: (313)982-9087
www.thedearbornacademy.org

مستوى الاهل التعليمي الضعيف	
☐ 6.Abuse/neglect of child or parent الاهمال/العنف ضد طفل او راشد	
☐ 7.Environmental risk الظروف المحيطة	

_____ _____

Staff Signature Date Staff Signature Date

The Dearborn Academy GSRP Program is "Developed under a grant awarded by Michigan Department of Education"

19310 Ford Rd. Dearborn, MI 48128
Tel: (313)982-1300 Fax: (313)982-9087
www.thedearbornacademy.org