

Applications for 2022-2023

Agency Name: Mono County Office of Education, CSPP

Family Identification/Case No.: _____

Initial Subsidized Service Date: _____

Type of Application: (Check One): _____ Initial _____ Recertification

Application packets available April 21st, 2022 – Applications accepted starting May 16th, 2022

MONO CONTY OFFICE OF EDUCATION STATE PRESCHOOL PROGRAMS

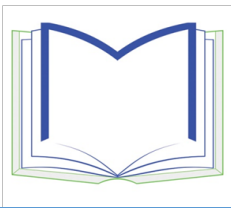
**In order for us to process your application, the following documentation is required:
Para que podamos procesar su solicitud, se requiere la siguiente documentación:**

Please use the following as your checklist

Por favor, utilice lo siguiente como su lista de verificación

- Completed Application** – All pages attached
Solicitud completa - Todas las páginas adjuntas
- Birth certificate** for each child under the age of 18 in the home/
Certificado de nacimiento para cada niño en el hogar menor de 18 años.
- Full month of income for the last 30 days** for the parent(s) in the household/
Ingreso completo de los últimos 30 días para los padres en el hogar.
Income examples/ Ejemplos de ingresos:
 - Copies of pay stubs, must be current 30-day window
Copias de talones de pago, deben tener una ventana actual de 30 días
 - Documentation of cash aid
Documentación de ayudas en efectivo.
 - Documentation of child support, unemployment or SSI
Documntación de manutención de menores, desempleo o SSI.
 - Tribal distribution money must be claimed / *El dinero de la distribución tribal debe ser reclamado.*
 - Any other source of income for your home
Cualquier otra fuente de ingreso para su hogar.
- Proof of residency**- a utility bill with the parent(s) name and physical address.
Comprobante de residencia- una cuenta de servicios públicos con el nombre y la dirección física de los padres.
- Immunization record with physical and TB** for enrolling child.
Registro de vacunación con registro de examen físico reciente y examen de tuberculosis para al niño que usted está inscribiendo.

**Incomplete applications will not be processed
Las solicitudes incompletas no serán procesadas.**



Agency Name: Mono County Office of Education, CSPP
 Family Identification/Case No.: _____
 Initial Subsidized Service Date: _____
 Type of Application: (Check One): _____ Initial _____ Recertification

MONO CONTY OFFICE OF EDUCATION STATE PRESCHOOL PROGRAMS

Child's Information/ Informacion de nino
Child's first name/Nombre del niño(a):
Middle initial/ inicial media:
Last name/ Apellido:
Child's date of birth/ Fecha de nacimiento del niño(a):
Child's ethnic origin/ Origen étnico del niño(a):
Family size is/ El tamaño de mi familia es:
Total Gross Monthly Income / Total de ingresos en bruto mensuales:

STATE PRESCHOOL APPLICATION

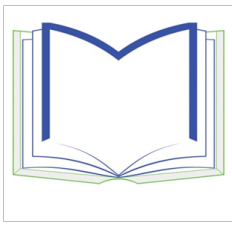
I am interested in/ Me interesa:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mammoth @ MHS
<input type="checkbox"/> AM only /solo en la mañana
8am – 11:30am
<input type="checkbox"/> Full Day/día completo
8am – 4pm
For pay options \$35-\$80/day
Para opciones de pagó \$35-\$80/día | <input type="checkbox"/> Mammoth @ MES
8:15 am-12:00 pm
For pay option - \$35/day
Para opción de pagó \$35/día

<input type="checkbox"/> Coleville
7:45am – 11:15am
For pay option - \$35/day
Para opción de pagó \$35/día | <input type="checkbox"/> Lee Vining
<input type="checkbox"/> AM only /solo en la mañana
8am – 11:30am
<input type="checkbox"/> Extended Day/dia extendido
8am – 1pm
For pay options - \$35-\$50/day
Para opciones de pagó \$35-\$50/día |
|---|--|---|

CSPP income-qualified and priority families will receive the morning preschool session free of charge. Other subsidized support for afternoon session may also be available. Over income families will have for pay options explained during the enrollment period, if a preschool slot is available for them.

Las familias prioritarias y de ingresos calificados de CSPP recibirán la sesión preescolar de la mañana de forma gratuita. También puede haber disponible otro apoyo subvencionado para la sesión de la tarde. A las familias con ingresos superiores se les explicarán las opciones de pago durante el período de inscripción, si hay un espacio disponible para ellos en preescolar.



Agency Name: Mono County Office of Education, CSPP
Family Identification/Case No.: _____
Initial Subsidized Service Date: _____
Type of Application: (Check One): _____ Initial _____ Recertification

Parent Information / Informacion de padre

1. Parent first name / Nombre de padre: _____ Middle initial / inicial media: _____

Last name/ Apellido: _____

Cell phone / Teléfono celular: _____

Work phone / Teléfono de trabajo: _____

Home phone/ Teléfono de casa: _____

Educational Level/ Nivel Educativo:

_____ High School/ Preparatoria _____ Some College/ Algunos cursos del colegio

_____ AA Degree/ Licenciatura _____ Bachelor's Degree/ Postgrado

_____ Masters/ Maestría

Employment status/ Estado de empleo:

_____ Unemployed/Desempleado _____ On Call/ En Llamada

_____ Part time/ Tiempo parcial _____ Full Time/ Tiempo Completo

Parent occupation/ Ocupación de padre: _____

2. Parent first name/Nombre del padre: _____ Middle initial/ inicial media: _____

Last name/ Apellido: _____

Cell phone/ Teléfono celular: _____

Work phone/ Teléfono del trabajo: _____

Home phone/ Teléfono de casa: _____

Educational Level/ Nivel Educativo:

_____ High School/ Preparatoria _____ Some College/ Algunos cursos del colegio

_____ AA Degree/ Licenciatura _____ Bachelor's Degree/ Postgrado

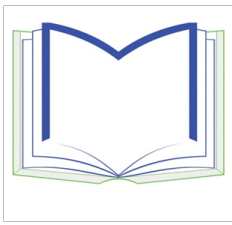
_____ Masters/ Maestría

Employment status/ Estado de empleo:

_____ Unemployed/Desempleado _____ On Call/ En Llamada

_____ Part time/ Tiempo Parcial _____ Full Time/ Tiempo Completo

Parent occupation/ Ocupación de padre: _____



Agency Name: <u>Mono County Office of Education, CSPP</u>
Family Identification/Case No.: _____
Initial Subsidized Service Date: _____
Type of Application: (Check One): _____ Initial _____ Recertification

Mono County Eligibility Verification Authorization
Autorización de Verificación para Elegibilidad del Condado de Mono

I authorize Mono County State Preschool Program to verify information regarding income eligibility for my State Preschool application.

Yo autorizo el Programa Estatal prescolar del condado de Mono verificar información con respecto a la elegibilidad de ingresos para mi aplicación de el Programa Estatal prescolar.

_____	_____
Parent 1 - Name and Signature	Date
Padre 1 - Nombre y Firma	Fecha

_____	_____
Parent 2 - Name and Signature	Date
Padre 2 - Nombre y Firma	Fecha

Parent 1 / Padre 1: Employer Information / Información del empleador:

Employer Name / Nombre del Empleador: _____

Hire Date / Fecha de contratación: _____

Address / Dirección: _____

Phone Number / Teléfono: _____

Business Hours / Horario Comercial: _____

Parent 2 / Padre 2: Employer Information / Información del empleador:

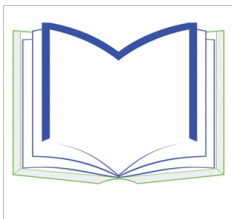
Employer Name / Nombre del Empleador: _____

Hire Date / Fecha de contratación: _____

Address / Dirección: _____

Phone Number / Teléfono: _____

Business Hours / Horario Comercial: _____



Agency Name: Mono County Office of Education, CSPP
Family Identification/Case No.: _____
Initial Subsidized Service Date: _____
Type of Application: (Check One): _____ Initial _____ Recertification

Address information/ informacion de dirección

Physical address/ Dirección física:

Mailing address/ Dirección postal:

City/ Ciudad:

Zip code/ Código postal:

Contact Person in case of emergency/ Persona de contacto en caso de emergencia

1.First name/ Nombre:

Last Name/ Apellido:

Relationship/ Relación:

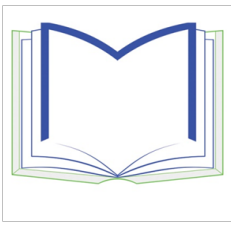
Phone/ Número de teléfono:

2.First name/ Nombre:

Last Name/ Apellido:

Relationship/ Relación:

Phone/ Número de teléfono:



Agency Name: Mono County Office of Education, CSPP
Family Identification/Case No.: _____
Initial Subsidized Service Date: _____
Type of Application: (Check One): _____ Initial _____ Recertification

Medical & Dental Information/ Información Medica & Dental

Child's Doctor/ Doctor del niño:

Phone/Teléfono:

Child's Dentist/ Dentista del niño:

Phone/Teléfono:

Questions about the child/ Preguntas sobre el niño

Does your child have any special needs/ Tiene su hijo(a) alguna necesidad especial?
If yes, explain/ En caso afirmativo explique:

***A Dr.'s signed explanation and diagnosis will be required as well as written orders if medicine is to be provided at school./
Se requerirán explicación y diagnóstico firmada por un doctor y las órdenes escritas también, si la medicina es
proporcionada en la escuela.**

Does your child have an Individual Learning Plan (IEP)/ Tiene su hijo(a) un Plan de Educación Individualizado (IEP)?

Please check one/ Por favor marque uno

Yes /Sí

No

If yes, we will need a copy/ En caso afirmativo, necesitaremos una copia

Does your child have an Individual Family Service Plan (IFSP)/ Tiene su hijo un Plan de Servicios (IFSP) Familiar.

Please check one/ Por favor marque uno

Yes/Sí

No

If yes, we will need a copy/ En caso afirmativo necesitaremos una copia.

Is your child potty trained/ Su hijo(a) está entrenado/a para ir al baño?

Please check one/ Por favor marque uno

Yes/Sí

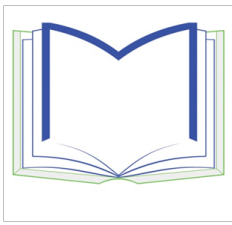
No

If yes at what age was your child potty trained/ En caso afirmativo, a que edad aprendió su hijo(a) a usar el baño (dejar de usar pañales):

Prior Preschool experience/ Ha asistido su hijo(a) a un preescolar antes

If yes, where/ Si contesto "sí", donde:

What do you want your child to gain from Preschool/ Que quiere que su hijo obtenga al asistir al Preescolar:



Agency Name: Mono County Office of Education, CSPP
Family Identification/Case No.: _____
Initial Subsidized Service Date: _____
Type of Application: (Check One): _____ Initial _____ Recertification

Please check which one applies/ Por favor, marque el que aplica:

_____ I am a single parent living with my child(ren). Soy un padre soltero que vive con mi(s) niño(os).

_____ We are parents living with our child(ren). Somos padres que vivimos con nuestros niño(os).

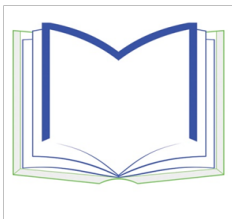
_____ Other, please explain. Otro, por favor explique: _____

I certify to the best of my knowledge the above statements are true. **All required documents must be submitted within 20 days of the date of my signature or this application will be deemed incomplete and services will be denied.**

Cerifico a mi leal saber y entender que las declaraciones anteriores son verdaderas. **Todo los documentos requeridos deben ser presentados dentro de los veinte días de la fecha de mi firma o esta solicitud se considerará incompleta y los servicios estarán denegados.**

Parent signature/ Firma de padre: _____

Date/Fecha: _____



Agency Name: Mono County Office of Education, CSPP
 Family Identification/Case No.: _____
 Initial Subsidized Service Date: _____
 Type of Application: (Check One): _____ Initial _____ Recertification

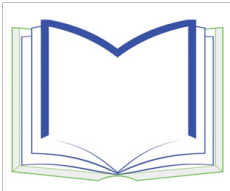
Children in the family/ Niños en la familia

**(Birth Certificates for each child in the home required for verification)
 (Se requieren actas de nacimiento para cada niño en el hogar para la verificación)**

1. First name/ Nombre:	Middle initial/ Inicial media:
Last name/ Apellido:	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento:
Gender/ Género:	Living in home/ Viviendo en casa:
2. First name/ Nombre:	Middle initial/ Inicial media:
Last name/ Apellido:	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento:
Gender/ Género:	Living in home/ Viviendo en casa:
3. First name/ Nombre:	Middle initial/ Inicial media:
Last name/ Apellido:	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento:
Gender/ Género:	Living in home/ Viviendo en casa:
4. First name/ Nombre:	Middle initial/ Inicial media:
Last name/ Apellido:	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento:
Gender/ Género:	Living in home/ Viviendo en casa:
5. First name/ Nombre:	Middle initial/ Inicial media:
Last name/ Apellido:	Date of Birth/ Fecha de Nacimiento:
Gender/ Género:	Living in home/ Viviendo en casa:

Other adults living in your home/ Otros adultos que viven en el hogar

1. First name/ Nombre:	Last Name/ Apellido:
Relation/ Relación:	
2. First name/ Nombre:	Last Name/ Apellido:
Relation/ Relación:	
3. First name/ Nombre:	Last Name/ Apellido:
Relation/ Relación:	



Agency Name: Mono County Office of Education, CSPP
 Family Identification/Case No.: _____
 Initial Subsidized Service Date: _____
 Type of Application: (Check One): _____ Initial _____ Recertification

General Information/ Información General

Language spoken at home/ Idioma que se habla en casa:

Do you receive TANF/ Recibe TANF? Please check one/ Por favor marque uno

___ Yes/Sí ___ No

Does your child have any medical conditions or take medications during school hours? ¿Tiene su hijo alguna condición médica o toma medicamentos durante el horario escolar?

***A Dr.'s signed explanation and diagnosis will be required as well as written orders if medicine is to be provided at school./ Se requerirán explicación y diagnóstico firmada por un doctor y las órdenes escritas también, si la medicina es proporcionada en la escuela.**

Do you receive child support/ Recibe manutención de niño:

Please check one/ Por favor marque uno

___ Yes /Sí ___ No

Provide documentation of child support/ Proporcione documentación de manutención de niño

Is your family on a subsidized child care payment plan/ ¿Está su familia en un plan de pago de cuidado infantil subsidiado?

Please check one/ Por favor marque uno ___ Yes/Sí ___ No

Case Worker name/Nombre del trabajador social: _____

Phone number/ Número de teléfono: _____

Are you on Medi-Cal/ Recibe Medi-Cal :

Please check one/ Por favor marque uno ___ Yes/Sí ___ No

Medi-Cal Number/ Número de Medi-Cal:

Are you on WIC/ Recibe WIC:

Please check one/ Por favor marque uno ___ Yes/Sí ___ No

Special dietary concerns/ Preocupación de dieta especial:

If yes, please explain/ En caso afirmativo, explíquelo por favor:

Do you rent or own your home? ¿Alquila o es dueño de su casa? _____

If you have any questions, please contact the MCOE South Office (760) 934-0031.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la Oficina Sur de MCOE al (760) 934-0031.

Office Use Only:

Accepted Denied Wait Listed

Family Fee (if any): _____ Circle one: Daily Hourly NOA Sent on: _____

PHYSICIAN'S REPORT—CHILD CARE CENTERS (CHILD'S PRE-ADMISSION HEALTH EVALUATION)

PART A – PARENT'S CONSENT (TO BE COMPLETED BY PARENT)

_____, born _____ is being studied for readiness to enter
(NAME OF CHILD) (BIRTH DATE)

_____. This Child Care Center/School provides a program which extends from _____ : _____
(NAME OF CHILD CARE CENTER/SCHOOL)

a.m./p.m. to _____ a.m./p.m. , _____ days a week.

Please provide a report on above-named child using the form below. I hereby authorize release of medical information contained in this report to the above-named Child Care Center.

(SIGNATURE OF PARENT, GUARDIAN, OR CHILD'S AUTHORIZED REPRESENTATIVE)

(TODAY'S DATE)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____

Vision: _____ Insect stings: _____

Developmental: _____ Food: _____

Language/Speech: _____ Asthma: _____

Dental: _____

Other (Include behavioral concerns): _____

Comments/Explanations: _____

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: _____

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HIB MENINGITIS (REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
- ___ Communicable TB disease not present.

I have have not reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____

Address: _____

Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____

Date This Form Completed: _____

Signature _____

Physician Physician's Assistant Nurse Practitioner

REPORTE DEL MÉDICO — GUARDERÍAS INFANTILES

(EVALUACIÓN MÉDICA QUE SE REQUIERE ANTES DE QUE SE LE ADMITA A UN NIÑO A UNA GUARDERÍA INFANTIL)

PARTE A – CONSENTIMIENTO DEL PADRE/MADRE (PARA SER COMPLETADO POR EL PADRE/MADRE)

A _____, nacido en _____, se le está evaluando con respecto a su preparación para entrar
(NOMBRE DEL NIÑO(A)) (FECHA DE NACIMIENTO)
en la _____, Esta guardería infantil/escuela proporciona un programa de las _____ a.m./p.m.
(NOMBRE DE LA GUARDERÍA INFANTIL/ESCUELA)
a las _____ a.m./p.m., _____ días a la semana.

Por favor proporcione un reporte sobre el niño mencionado arriba usando el formulario que se encuentra a continuación. Por medio de este documento, autorizo que se comparta la información médica contenida en este reporte con la guardería infantil mencionada arriba.

(FIRMA DEL PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL, O REPRESENTANTE AUTORIZADO DEL NIÑO)

(FECHA DE HOY)

PART B – PHYSICIAN'S REPORT (TO BE COMPLETED BY PHYSICIAN) (PARA SER COMPLETADO POR EL MÉDICO)

Problems of which you should be aware:

Hearing: _____ Allergies: medicine: _____

Vision: _____ Insect stings: _____

Developmental: _____ Food: _____

Language/Speech: _____ Asthma: _____

Dental: _____

Other (Include behavioral concerns): _____

Comments/Explanations: _____

MEDICATION PRESCRIBED/SPECIAL ROUTINES/RESTRICTIONS FOR THIS CHILD: _____

IMMUNIZATION HISTORY: (Fill out or enclose California Immunization Record, PM-298.)

VACCINE	DATE EACH DOSE WAS GIVEN				
	1st	2nd	3rd	4th	5th
POLIO (OPV OR IPV)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
DTP/DTaP/ DT/Td (DIPHTHERIA, TETANUS AND [ACELLULAR] PERTUSSIS OR TETANUS AND DIPHTHERIA ONLY)	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
MMR (MEASLES, MUMPS, AND RUBELLA)	/ /	/ /			
(REQUIRED FOR CHILD CARE ONLY) HIB MENINGITIS (HAEMOPHILUS B)	/ /	/ /	/ /	/ /	
HEPATITIS B	/ /	/ /	/ /		
VARICELLA (CHICKENPOX)	/ /	/ /			

SCREENING OF TB RISK FACTORS (listing on reverse side)

- Risk factors not present; TB skin test not required.
- Risk factors present; Mantoux TB skin test performed (unless previous positive skin test documented).
- ___ Communicable TB disease not present.

I have have not reviewed the above information with the parent/guardian.

Physician: _____

Address: _____

Telephone: _____

Date of Physical Exam: _____

Date This Form Completed: _____

Signature _____

Physician Physician's Assistant Nurse Practitioner

RISK FACTORS FOR TB IN CHILDREN:

- * Have a family member or contacts with a history of confirmed or suspected TB.
- * Are in foreign-born families and from high-prevalence countries (Asia, Africa, Central and South America).
- * Live in out-of-home placements.
- * Have, or are suspected to have, HIV infection.
- * Live with an adult with HIV seropositivity.
- * Live with an adult who has been incarcerated in the last five years.
- * Live among, or are frequently exposed to, individuals who are homeless, migrant farm workers, users of street drugs, or residents in nursing homes.
- * Have abnormalities on chest X-ray suggestive of TB.
- * Have clinical evidence of TB.

Consult with your local health department's TB control program on any aspects of TB prevention and treatment.

FACTORES DE RIESGO PARA TUBERCULOSIS (TB) EN LOS NIÑOS:

- * Tener un miembro de la familia o contactos con antecedentes de TB confirmada o sospechada.
- * Ser parte de una familia con miembros nacidos fuera de los Estados Unidos en un lugar donde hay alta ocurrencia de TB (Asia, Africa, América Central, y Sudamérica).
- * Vivir en lugares asignados fuera del hogar.
- * Tener o sospechar de tener una infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH).
- * Vivir con un adulto que tiene resultados positivos en el análisis de sangre del VIH.
- * Vivir con un adulto que ha estado encarcelado en los últimos cinco años.
- * Vivir o tener contacto frecuente con personas sin hogar, trabajadores campesinos migratorios, personas que usan drogas ilegales, o residentes de establecimientos de cuidado médico continuo no intenso.
- * Tener anomalías en sus RX (rayos x) del tórax, las cuales sugieren la presencia de TB.
- * Tener evidencia clínica de TB.

Si quiere información respecto a la prevención y el tratamiento de la TB, comuníquese con el programa para el control de la TB del departamento de salud local.