

Complete la aplicación y regrésela por correo, o en persona antes del 12 de agosto, **no incluya el pago.**

1845 Sheridan Ave, St. Paul, MN 55116.

Formulario de Aplicación para el 2017-18

Padres/Guardianes que Asisten a la Clase

Nombre:		Nombre:	
Apellido:		Apellido:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha De Nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Fecha De Nacimiento:
Correo electrónico:		Correo electrónico:	
Teléfono: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular		Teléfono: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular	
Dirección (incluya # de apartamento):		Dirección (incluya # de apartamento):	
Ciudad:	Estado	Código Postal:	
Raza (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Hawái/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro		Raza (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Hawái/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro	
Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Miembro del consejo de padres? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Hispano o Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Miembro del consejo de padres? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Niños que Asisten a Clases (por favor incluya a los niños en gestación, con fecha esperada de nacimiento)

Necesidades especiales (IEP, IFSP etc..)

Nombre	Apellido	Sexo:	Fecha de nacimiento	Vive con	Alergias	Necesidades especiales (IEP, IFSP etc..)
		M F				
		M F				
		M F				

En Caso de Emergencia:

Doctor o Clínica:	Teléfono:
Amigo/Familiar:	Relación:
	Teléfono: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular

Elección de clases	Nombre de la clase	Ubicación	Día	Hora
Primera Elección				
Segunda Elección				
Tercera Elección				

Información de Pago

Ingreso anual de la familia antes de los impuestos el año pasado: \$	Número de personas en el hogar:
Basado en la escala de tarifa con descuento, mi familia puede pagar \$ _____ por las clases.	

No se recibirán pagos sino hasta después que se haya confirmado la matrícula. También hay opción de pago fraccionado (se paga el primer pago al momento de matricularse y el Segundo pago ocho semanas después). Ninguna familia será excluida debido a su incapacidad de pagar. Se ofrecerán reembolsos hasta la tercera semana de clases.

Preguntas Adicionales (para el padre/guardián que completa el formulario)

¿Le gustaría recibir mensajes de texto de ECFE? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es el idioma que se habla en su hogar?	¿Necesita interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Esta interesado en participar como voluntario? <input type="checkbox"/> Voluntario en el salón de clases <input type="checkbox"/> Consejo Miembro del consejo de padres? <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No	
Nivel escolar mas alto completado: <input type="checkbox"/> 8° grado <input type="checkbox"/> Algo de secundario (sin diploma) <input type="checkbox"/> Diploma de secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> algunos créditos de universidad (sin diploma) <input type="checkbox"/> Grado Asociado (Associates's negree) <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado	
Estado del empleo: <input type="checkbox"/> Empleado 25+ horas por semana <input type="checkbox"/> Empleado entre 1-24 horas por semana <input type="checkbox"/> Desempleado, buscando empleo <input type="checkbox"/> Desempleado, no esta buscando empleo	
¿Cómo supo sobre ECFE? <input type="checkbox"/> Amigo/Familia <input type="checkbox"/> Correo directo <input type="checkbox"/> Noticias <input type="checkbox"/> Evaluación de salud <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Otro:	