

Family Network  
Programa de Actividades Después de la Escuela  
Forma de Evaluación 09-10

Fundada en 1982 por profesionales en educación temprana, la misión de Family Network, un Centro Enfocado en la Familia, es promover el bienestar de los niños desde el nacimiento, al apoyar y fortalecer a sus familias dentro y con sus comunidades. El Programa de Actividades Después de la Escuela (ASAP) es para las familias que trabajan con niños de kindergarten a 5º grado, asistiendo a las escuelas Wayne Thomas, Oak Terrace, Indian Trail, Lincoln y Ravinia; **los niños de familias militares que son residents del Fort Sheridan y asisten a la escuela Red Oak puede ser que también asistan al programa ASAP.** El programa ofrece tiempo libre para jugar, tiempo de discusión, ciencias naturales, refrigerios, juegos, artes & manualidades, tiempo para hacer la tarea y actividades dentro y fuera del recinto.

**Indicaciones en la Aplicación:**

1. La familia debe de vivir dentro de los límites del Distrito Escolar #112, y asistir a las escuelas Wayne Thomas, Oak Terrace, Indian Trail, Lincoln, Ravinia o Red Oak.
2. Tanto el padre como la madre (o uno de los padres si están separados o divorciados) deben de trabajar, asistir a una escuela, o estar en un programa de entrenamiento de trabajo, durante las horas del programa de cuidado de los niños. Si hay circunstancias especiales se tomarán en consideración.
4. Envíe la aplicación completamente, junto con los documentos de apoyo (vea la aplicación para más detalles) a Family Network, 330 Laurel Ave., Highland Park, IL 60035, Atención: Bobbie Hinden, Director de ASAP.
5. Registre a su hijo con Family Network en el Programa de Actividades Después de la Escuela, como lo indica la forma de inscripción.
6. Si usted tiene preguntas para ser elegibles o de cómo llenar la aplicación, por favor llamar a: Bobbie Hinden al 847-433-0377.

Toda la información que se envíe será manejada de forma confidente.

Family Network  
Programa de Actividades Después de la Escuela  
Aplicación para Beca

A. INFORMACIÓN DE LA FAMILIA: Apellido del que Aplica: \_\_\_\_\_

1. Madre/Responsabilidad Compartida

Padre/Responsabilidad Compartida

Nombre de la Familia
Relación con el Niño(a)
Nombre Completo del Padre
Dirección de Casa
Teléfono de Casa
Número de Celular
Empleador
Número del Negocio
Dirección del Negocio
Tiempo Completo Medio Tiempo Por favor circule sólo uno Tiempo Completo Medio Tiempo
Número de Seguro Social

2. Estado Marital del que Aplica:  
 Soltero(a)  Casado(a)  Separado(a)  Divorciado(a)  Viudo(a)

3. ¿Cuántos integran la familia? (Incluyendo el que aplica, cónyuge/pareja y niños)? \_\_\_\_\_

4. Niños Viviendo en el Hogar:

Nombre	Edad en el Otoño	Grado	¿Está el/ella en Otro Lugar de Cuidado que no Sea ASAP?	¿Registrado Para ASAP?	# ¿Días/ que se Necesitan por Semana?

5. Otras Personas Viviendo en el Hogar:

Nombre	Edad	Fecha de Nacimiento	¿Relación con el que Aplica?	¿Reclamado como Dependiente?

6. Por favor explique los arreglos actuales para todos sus niños:

---



---



---

**B. INFORMACIÓN FINANCIERA:**

1. Cada una de las familias que califican para ayuda financiera se les pide contribuir con una parte del costo de cuota. **Las mensualidades** se pagan el día 15 del mes anterior al programa ASAP y se hacen de la siguiente manera:

- o \$320 por 5 días a la semana
- o \$270 por 4 días a la semana
- o \$210 por 3 días a la semana

Basados en la información de arriba, ¿cuánto cree que usted puede pagar mensualmente por cada niño?

---

2. Ingreso Bruto: \_\_\_\_\_ (Circule sólo uno)      Anual      Mensual      Semanal

3. Manutención de Niño/mensual: \_\_\_\_\_

4. Ingreso por deshabilitado que recibe cualquier miembro del hogar:

¿De dónde proviene?: \_\_\_\_\_ Cantidad por mes: \_\_\_\_\_

5. Asistencia Pública recibida por cualquier miembro del hogar:

Public Aid: \_\_\_\_\_ ADC: \_\_\_\_\_ Estampas de Comida: \_\_\_\_\_

6. Por favor llene los gastos del siguiente cuadro:

Gastos:	Cantidad Mensual	O Cantidad Anual
Renta o Hipoteca:		
Transportación: pago(s) de carro		
Transportación Pública:		
Seguro Médico, que no sea pagado por el empleador:		
Mensualidad de: ASAP		
Lugar de Cuidado de Niños (a parte de ASAP):		
No reembolsos Médicos/Dentales:		
Otros (especificar):		
Total:		

