



**2020-2021**

### **Application Process**

**Step 1:**

Complete the application and submit the following:

- Income for the year 2019 (total of 12 months) (choose one to submit)
  1. Income Tax forms (1040/1040A, **1<sup>st</sup> page only**)
  2. W-2's
  3. One month of Paycheck Stubs
  4. Letter from Employer
  5. TANF Award Letter
  6. SSI Statement
- Verification of Date of Birth (choose one to submit)
  1. Birth Certificate
  2. Baptismal Certificate
  3. Passport
- Immunization Records

**Step 2:**

Parent/Guardian may return application to the nearest CEEN Head Start Center or Early Head Start Center or mail to the address above.

***Colorado Early Education Network is an equal opportunity program. Colorado Early Education Network provides enrollment to eligible children regardless of race, sex, creed, color, national origin or disability.***



**Note:** If application is not completed with the information in Step 1, the child will not be placed into the program.

---

---

### **Proceso de Aplicación**

**Paso 1:**

Llene la aplicación y trae lo siguiente:

- Ingresos del año 2019 (total de 12 meses) (escoja una para traer)
  1. Formularios de impuestos (1040/1040A, **1<sup>a</sup> pagina**)
  2. W-2's
  3. Talones de cheque (de un mes)
  4. Carta de su empleador
  5. Carta de TANF
  6. Carta de SSI
- Verificación de fecha de nacimiento (escoja una para traer)
  1. Acta de Nacimiento
  2. Certificado de Bautismo
  3. Pasaporte
- Registro de Vacunas

**Paso 2:**

Padres/Guardiánes pueden regresar la aplicación al centro de CEEN Head Start y Early Head Start más cercano o enviarlo por correo a la dirección de arriba.

***Colorado Early Education Network es un programa de igualdad de oportunidades. Colorado Early Education Network ofrece inscripción a niños elegibles, sin importar raza, sexo, credo, color, origen, nacionalidad o discapacidad.***



**Note:** Si la aplicación no está completa con la información de Paso 1, el niño no será puesto en el programa.





Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

**Family Information:**

Number in Family \_\_ Total number of children \_\_ Number of Children age 0-3 \_\_ Number of children age 4-5 \_\_

Indicate Family Type:  Two parent family (married or common law)  Foster Family  
 Single parent family: Child lives with  Mom  Dad  
 Lives with Relative (Please Specify) \_\_\_\_\_

Does the child have a relative working for CEEN?  Yes  No If yes, name \_\_\_\_\_

**Disabilities Information**

Has your child been diagnosed with a disability or a developmental delay?  Yes  No  
 If yes, you may be asked to provide additional documentation.

<b>Other Information (If yes, please explain)</b>	Yes	No
1) Do you have concerns about your child's behavior; sleep/eating difficulty, low self-esteem, attention span, refusal behavior, or difficulty in play and interaction skills?		
2) Was there any significant birth and developmental history?		
3) Are there any indirect family issues which include: substance/drug abuse, alcohol abuse, other abuse, medical issues or depression?		
4) Child's parent recently, currently, or going to be incarcerated?		
5) Is there any history of family learning problems?		
6) Do your school age children qualify for free or reduced-cost lunch?		
7) Was either biological parent of the child under 18 years of age <b>AND</b> unmarried at the birth of the child?		
8) Do you have any concerns with your child's ability to communicate verbally?		
9) Is the child's sibling attending another preschool program? If yes please specify:		
10) Does child have a deceased parent?		
11) Is your child potty trained?		

**Home/School Information:** Who cares for your child when you not available: \_\_\_\_\_

Child Care Center (please specify): \_\_\_\_\_  Relative or other adult in your home  
 Child Care Home (please specify): \_\_\_\_\_  Relative or other adult in their home  
 Other: \_\_\_\_\_  Elementary school of siblings:

**Housing Information:**

Housing/Public  Rent  Own  Safe-House  Living with others  
 In the past year, has your family moved?  No  Once  Twice  3 times or more  
 Have you been homeless in the past 12 months?

**By signing this application, you grant Head Start and Colorado Preschool Program permission to share this application with each other. We will not share it with any other organization other than those mentioned above.**

\_\_\_\_\_  
Adult Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Adult Signature

\_\_\_\_\_  
Date



Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

**Family Partnership Agreement** *(Staff will review with the adult)*

<input checked="" type="checkbox"/> These are the areas my family needs help in finding resources ( <i>Needs Assessment</i> ):					
Employment		Childcare		Education/GED	Job Training
Food/Clothing		Transportation		English/Literacy	Legal Help
Health Insurance		Housing		Illness	Marital Problems
Other financial Circumstances		None at this time			

1) Family Goal: What is one thing your family would like to accomplish or work on during this school year?

---



---



---

2) Who will be working toward this goal?

---



---



---

3) What are some basic steps that will help your family achieve this goal? \_\_\_\_\_

---



---

4) Is the male in the household interested in Male Involvement Activities such as parenting activities, support groups, etc.? \_\_\_\_\_

Adult's Signature

Date

Adult's Signature

Date

Verification-Staff Member's Signature

Date



Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

Teacher: _____	Center: _____	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> FDPY <input type="checkbox"/> Extended
----------------	---------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  Male  Female  
 Adult: \_\_\_\_\_ Adult: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 Mailing Address ( Same as above): \_\_\_\_\_  
 Language spoken by child: \_\_\_\_\_ Other languages spoken by child: \_\_\_\_\_  
 Language spoken at home: \_\_\_\_\_

**Family Members in the Home**

Names of Family Members living in the home	Date of Birth	Sex	Relationship to child	Education level	Language Spoken	Daytime Phone

Transportation: My child has my permission to be transported to and from school in the form of:  
 Parent   
 Day Care Provider: Name \_\_\_\_\_   
 Other: \_\_\_\_\_

**Emergency Contacts of who can pick your child (if child becomes ill, injured, etc.)**

1) Name: _____	Relationship: _____	Language: <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
Address: _____	Phone: _____	<input type="checkbox"/> Other
2) Name: _____	Relationship: _____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
Address: _____	Phone: _____	<input type="checkbox"/> Other
3) Name: _____	Relationship: _____	<input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> S
Address: _____	Phone: _____	<input type="checkbox"/> Other

DO NOT REALEASE MY CHILD TO: CEEN will not deny access to parent not living in home unless legal documentation on file:	Custody Papers	Restraining Order	Date Effective	County	Expiration Date

Doctors Name: _____	Phone: _____	Address: _____
Dentist Name: _____	Phone: _____	Address: _____
Preferred Hospital: _____	Phone: _____	Address: _____

Adult Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## Child's Nutrition and Health History

### Nutrition Survey:

1) What foods does your child especially like?
2) Are there any foods your child dislikes?
3) Is there any food your child should not eat for medical, religious or personal reasons? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes a. What?
4) Do you have concerns about your child's weight? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
5) Is your child on a special diet? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes a. What kind?
6) Does your child use a bottle? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
7) Does your child have trouble chewing or swallowing? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes
8) Does your child eat or chew things that are not food? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes

<p>9) Do you have any of these areas of concern about your child? <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Learning <input type="checkbox"/> Hearing  <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Motor skills (hopping, skipping, jumping, cutting w/scissors, and holding a pencil)  <input type="checkbox"/> Social skills (friends) <input type="checkbox"/> Speech skills <input type="checkbox"/> Behavior Concerns Explain:  <input type="checkbox"/> Has the child received any type of speech services, physical therapy, or counseling?                  IF yes, with Who: _____ Where: _____ When: _____</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>10) Physical Condition:</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> If the child had any of the following. Please write date on side. <input type="checkbox"/> None</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Heart Problems (heart murmur, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/> Head Injuries w/unconsciousness</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Physical Abuse</td> <td><input type="checkbox"/> Hearing Problems</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asthma/Chronic cough</td> <td><input type="checkbox"/> Vision Problems <input type="checkbox"/> Wears Glasses</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Seizures</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetes</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eating disorders</td> <td><input type="checkbox"/> Sleep disorders</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sexual Abuse</td> <td><input type="checkbox"/> Dental Problems</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Recurring Ear Infection</td> <td><input type="checkbox"/> Anemia: Date of Hematocrit-Hemoglobin: _____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Lead Poisoning Date Tested: _____</p> <p>Is the child currently on any medication? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO: What Type: _____</p> <p>Any allergies? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO What Type: _____</p> <p>Does your child have medical insurance? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicaid # _____</p>	<input type="checkbox"/> Heart Problems (heart murmur, etc.)	<input type="checkbox"/> Head Injuries w/unconsciousness	<input type="checkbox"/> Physical Abuse	<input type="checkbox"/> Hearing Problems	<input type="checkbox"/> Asthma/Chronic cough	<input type="checkbox"/> Vision Problems <input type="checkbox"/> Wears Glasses	<input type="checkbox"/> Seizures	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Eating disorders	<input type="checkbox"/> Sleep disorders	<input type="checkbox"/> Sexual Abuse	<input type="checkbox"/> Dental Problems	<input type="checkbox"/> Recurring Ear Infection	<input type="checkbox"/> Anemia: Date of Hematocrit-Hemoglobin: _____
<input type="checkbox"/> Heart Problems (heart murmur, etc.)	<input type="checkbox"/> Head Injuries w/unconsciousness													
<input type="checkbox"/> Physical Abuse	<input type="checkbox"/> Hearing Problems													
<input type="checkbox"/> Asthma/Chronic cough	<input type="checkbox"/> Vision Problems <input type="checkbox"/> Wears Glasses													
<input type="checkbox"/> Seizures	<input type="checkbox"/> Diabetes													
<input type="checkbox"/> Eating disorders	<input type="checkbox"/> Sleep disorders													
<input type="checkbox"/> Sexual Abuse	<input type="checkbox"/> Dental Problems													
<input type="checkbox"/> Recurring Ear Infection	<input type="checkbox"/> Anemia: Date of Hematocrit-Hemoglobin: _____													

***Certification: I certify that this information is true. If any part is false, including income, areas of concerns with learning, behavior or physical; my participation in this agency's program may be reconsidered or terminated. I also understand that the information in this application will be held in strict confidence within the agency.***

Adult Signature	Date
Staff Signature	Date



Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

The Colorado Early Education Network provides free preschool services to eligible children ages 6 weeks to 5 years old in 13 centers. The Head Start and Early Head Start centers offer the following program options for families:

- Half Day Sessions AM: 3.5 hours a day, Tuesday to Friday
- Half Day Sessions PM: 3.5 hours a day, Tuesday to Friday
- Full Day Sessions: 8 hours a day, Monday to Friday. This session is available to parents who work a minimum of 32-40 hours a week or parents that are in job training/school full-time. **Limited slots available at Milliken.**
- Extended Day Sessions: 6 hours a day, Monday to Friday. This Session will have a preference of parents who work a minimum of 25-30 hours a week or parents that are in job training/school full time.
- Early Head Start 10 hours a day, Monday to Friday. Ages 6 weeks through 36 months.

I am applying for the following Head Start center:

Greeley Centers			
	Billie Martinez (Extended Day)		Keith McNeill (AM/PM)
	Centennial ( Extended Day)		Madison (Extended)
	Dos Rios (AM/PM)		Plaza (AM/PM)
	23 <sup>rd</sup> Avenue (Extended Day)		John Evans (Extended Day and Early Head Start)

County Centers			
	Milliken (FDPY available and AM/PM)		La Salle (Extended)

**CEEN Head Start will try to honor your first choice however depending on learning, social or behavioral concerns CEEN Head Start will place the child in a classroom that will help the child be successful and ready for School.**

I am willing to enroll my child in others centers near my home address

I am interested in my child attending the following sessions **(Based on Availability and Completed forms)**

Morning

Afternoon

Full Day

No preference

Early Head Start (6weeks-36 months)

Extended Day



Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

**Información de niño (solicitante):**

Nombre legal del niño: \_\_\_\_\_  
Primero Segundo nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenino  
Mes/Día/Año

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Mensaje de texto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Origen étnico :  Hispano  No Hispano Raza del niño:  Blanco  Negro/Afroamericano  Indio Americano  Hawaiano/Habitantes de islas de pacifico  Aciano  Chino  Coreano  Vietnamita

Lenguaje del niño:  Ingles  Español  Otro: \_\_\_\_\_

¿Su niño habla inglés?  Nada  Poco  Competente

¿Su niño habla otros lenguajes?  Nada  Poco  Competente

**Información de Padre/Guardián:**

Nombre de Adulto : \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Apellido Mes/Día/Año

Relación al niño: \_\_\_\_\_ Vive con el niño:  Si  No

Lenguaje hablado:  Ingles  Español  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Fluidez de Ingles:  Nada  Poco  con fluidez Fluidez en otro lenguaje:  Nada  Poco  con fluidez

Nivel de educación:  Menos de la Preparatoria  Algo de Preparatoria  Graduado  GED  Título Universitario

Ocupación:  Desempleado  Trabajo de tiempo completo  Trabajo de medio tiempo  Estacional  
 Temporal  Escuela de tiempo completo  Escuela medio tiempo  Entrenamiento

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Información de Padre/Guardián:**

Nombre del adulto: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellido Mes/Día/Año

Relación al niño: \_\_\_\_\_ Vive con el niño:  Si  No

Lenguaje hablado:  Ingles  Español  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Fluidez de Ingles:  Nada  Poco  con fluidez Fluidez en otro lenguaje:  Nada  Poco  con fluidez

Nivel de educación:  Menos de la Preparatoria  Algo de Preparatoria  Graduado  GED  Título Universitario

Ocupación:  Desempleado  Trabajo de tiempo completo  Trabajo de medio tiempo  Estacional  
 Temporal  Escuela de tiempo completo  Escuela medio tiempo  Entrenamiento

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Ingresos Información: (Esta información será compartida con el programa preescolar del Distrito 6 de Colorado y Head Start)**

1) ¿Cuál es su ingreso mensual? \_\_\_\_\_

2) ¿Cuántas personas se mantienen de estos ingresos? \_\_\_\_\_

3) Ingresos adicionales (manutención de hijos, etc.): \_\_\_\_\_

**Información de Asistencia:**  TANF  CCAP  Cuidado de crianza/parentesco  WIC  SSI Discapacidad  SNAP



Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

**Sección 3: Información sobre la familia:**

Personas en la familia \_\_\_\_ Número total de niños \_\_\_\_ Número de niños entra 0-3 \_\_\_\_ Número de niños entre 4-5 \_\_\_\_

Indique el tipo de familia:  Familia de dos Padres (Casados o unión libre)  Familia de "Foster"

Familia singular: Niño/a vive con  Mama  Papa

Vive con un familiar (especifique) \_\_\_\_\_

¿Tiene el niño un familiar que trabaja para CEEN Head Start?  Sí  No ¿Cómo se llama? \_\_\_\_\_

**Información sobre Discapacidades:**

¿Su niño ha sido diagnosticado con una discapacidad o retraso en el desarrollo?  Sí  No

Si su respuesta es que si, se le puede pedir que presente documentación.

Otra información (Si la respuesta es sí por favor explique) :	Si	No
1) ¿Tiene preocupación sobre el comportamiento de su niño/a; tiene dificultad al dormir/comer, auto estima bajo, poca atención, comportamiento negativo, o dificultad al jugar o habilidad de interacción?		
2) ¿Hubo algún problema durante el nacimiento o desarrollo de su hijo?		
3) ¿Hay problemas indirectos en su familia, como: Abuso de droga o sustancias, Abuso de alcohol, otro tipo de abuso, asuntos médicos o depresión?		
4) ¿El padre/Madre del niño ha sido recientemente o actualmente encarcelado?		
5) ¿Hay problemas de aprendizaje en su familia?		
6) ¿Sus niños califican para comidas gratis o a bajo costo?		
7) ¿Algunos de los padres biológicos eran menores de 18 años y no estaban casados en el momento del nacimiento del niño/a?		
8) ¿Tiene alguna preocupación sobre la habilidad de habla de su niño/a?		
9) ¿Algún familiar del niño está escrito en otro programa de Pre-school? Si la pregunta es si, por favor especifique:		
10) ¿Tiene el niño un padre fallecido?		
11) ¿Está entrenado para ir al baño de su hijo?		

**Información casa/escuela:**

¿Quién cuida de su niño cuando usted no está disponible? \_\_\_\_\_

Centro de guardería (Especifique): \_\_\_\_\_  Familiar o persona que vive en su casa

Guardería en hogar (Especifique): \_\_\_\_\_  Familiar o persona que vive en casa del familiar

Otro: \_\_\_\_\_  Escuela de niños en la familia: \_\_\_\_\_

**Información de vivienda:**

Vivienda pública  Renta  Propia  Casa-segura  Viviendo con otras personas

¿Su familia se ha movido en el último año?  No  Una vez  dos veces  3 veces o mas

¿Ha estado sin hogar en los últimos 12 meses?  Sí  No

**Al firmar esta aplicación, usted otorga permiso para compartir información en esta aplicación a Head Start y Colorado Preschool Program. Nosotros no compartiremos su información con ninguna otra organización que no sean las mencionadas.**

Firma del adulto

Firma del adulto

Fecha

Universal Page 2





Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

Maestra	Centro:	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> FDPY <input type="checkbox"/> Extendido
---------	---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_  Mas.    Fem.  
 Adulto primario: \_\_\_\_\_ Adulto secundario: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección ( mismo de arriba): \_\_\_\_\_  
 Lenguaje hablado por el niño: \_\_\_\_\_ Otros lenguajes hablados por el niño: \_\_\_\_\_  
 Lenguaje hablado en casa: \_\_\_\_\_

**Miembros de la familia en casa**

Nombre de miembros de la familia viviendo en casa	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relación del niño	Nivel de Educación	Lenguaje hablado	Teléfono durante el día

Transportación: Mi niño/a tiene permiso para ser transportado a la escuela y de la escuela en forma de:

Padre    Guardería: Nombre \_\_\_\_\_    Otro: \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia, quien puede recoger a su niño/a (si su niño/a no se siente bien, lesionado, etc.)**      **Lenguaje:**

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_       Español  
 Ingles  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_       Otro

2) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_       Español  
 Ingles  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_       Otro

3) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_       Español  
 Ingles  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_       Otro

<b>NO ENTREGUE A MI HIJO A:</b> CEEN no negará el acceso al padre que no vive en el hogar, a menos que haya documentación legal:	Papeles de custodia	Orden de retención	Fecha vigente	Condado	Fecha de caducidad

Doctor:	Teléfono:	Dirección:
Dentista:	Teléfono:	Dirección:
Hospital de su preferencia:	Teléfono:	Dirección:

Firma del adulto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_





Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

Colorado Early Education Network provee servicios pre-escolar a niños entre 6 semanas y 5 años de edad en 13 centros. Los centros de Head Start and Early Head Start ofrecen las siguientes opciones para las familias:

- Sesiones de medio día en la Mañana: 3.5 horas al día, martes a viernes
- Sesiones de medio día en la tarde: 3.5 horas al día, martes a viernes
- Sesiones de día completo: 8 horas al día, lunes a viernes. Esta sesión está disponible para padres que trabajan por lo menos 32-40 horas por semana o padres que están en entrenamiento de trabajo o escuela de tiempo completo. **El cupo es limitado** en el centro de **Milliken**.
- Sesión de día extendido: 6 horas al día, de lunes a viernes. Se dará preferencia a padres que trabajan un de 25-30 horas a la semana o padres que trabajan tiempo completo/están en entrenamiento de trabajo.
- Early Head Start: 10 horas al día, lunes a viernes. Edades entre 6 semana a 36 meses.

Yo solicito el siguiente centro:

Centros de Greeley	
Billie Martinez (día extendido)	Keith McNeill (AM/PM)
Centennial ( día extendido)	Madison (día extendido)
Dos Ríos (AM/PM)	Plaza (AM/PM)
23rd Avenue ( día extendido)	John Evans ( día extendido y Early Head Start)

Centros del condado	
Milliken (Todo el día y medio día AM/PM)	La Salle (día extendido)

**CEEN Head Start tratará de honrar su primera elección, sin embargo, dependiendo del aprendizaje, las preocupaciones sociales o de comportamiento CEEN Head Start colocará al niño en un aula que ayudará al niño a tener éxito en la escuela.**

Estoy dispuesto a inscribir a mi hijo/a o otros centros cerca de mi casa.

Estoy interesado en que mi hijo participe en la siguiente sesión (**Basado en disponibilidad y formulario completado**)

Mañana

Tardes

Todo el día

No tengo preferencia

Early Head Start (edades entre 6 semana a 36 meses)

Día extendido