



Change Request - Returning Family Checklist

Reverification Required If: ☐ Transferring from EHS→HS ☐ 3rd Year HS Participant

A.	Basic Information
----	-------------------

Individual Child Needs: ☐ Special Needs ☐ SN Aide: Y or N ☐ IEP ☐ IFSP ☐ Behavior Plan ☐ Health Plan
☐ Dual Enrollment ☐ E.L.L.: Language: _____

B1.	Change Program Option Request
------------	--------------------------------------

CP Entry Date:

☐ EHS ☐ HS ☐ FCC ☐ STATE (State Eligibility/ Documentation Requirements Apply) ☐ PD: AM/PM ☐ FD ☐ HB
State Need for Care: ☐ Working ☐ School ☐ Parental Incapacity ☐ Seeking Employment ☐ Seeking Housing

SCAN to: Returning Family folder

C. *Signature if Declined Slot*

2. _____
Parent

D.	Selection
----	-----------

**** Please Return To Sending AM if Not Selected ****

Area Manager

Date/Fecha: _____

Solicitud de cambio Lista de Verificación para las Familias que Regresan

Después del 15 de mayo del 2019

 Se Necesita Verificar Si: ☐ Transfiriendo de EHS→HS ☐ 3^{er} Año de Participación en HS

Completado: Sí / No

A. Información Básica

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Para PA: _____

Nombre Primario del Padre: _____

Enviar TF/VH: _____ Centro: _____ Clase: _____

 Necesidad Individual del Niño: ☐ Necesidades Especiales ☐ Ayudante de NS: S o N ☐ PEI ☐ PSIF ☐ Plan de Comportamiento ☐ Plan de Salud
☐ Inscripción Doble ☐ Estudiante del Idioma Inglés (E.L.L.): Idioma: _____

B1. Solicitud de Cambio de Opciones del Programa

Fecha Ingresado en CP: _____

Por favor Marcar Todos los que Aplican:

☐ EHS ☐ HS ☐ FCC ☐ ESTADO (Se Aplican Requisitos de Elegibilidad del Estado/Documentos) ☐ MD: AM/PM ☐ DC ☐ VH
 Necesidad de Cuidado por el Estado: ☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ Incapacidad de Cuidado ☐ Buscando Trabajo ☐ Buscando Hogar

FROM: Centro: _____ Clase _____ escaneados _____

TO: Centro: _____ Clase _____ escaneados _____

SCAN to: las Familias que Regresan folder

C. Firmar Si el Espacio es Rechazado

 1. _____
 Miembro del Personal

 2. _____
 Padre

D. Selección

Nombre del Personal: _____ Seleccionado para Lugar/Clase: _____

Fecha Seleccionado: _____ Fecha en que la Selección de Clase se Ingresó en CP: _____

Fecha que Opción fue Rechazada: _____

** Por favor Regresar A Administrador del Área (AM) si No es Seleccionado **

 Administrador del Área