



State of Utah
Department of Workforce Services
Office of Childcare
ELIGIBILITY FORM

Child Name: _____
Date of Birth: _____
Parent(s) Name: _____
Address: _____

Phone Numbers: _____
Neighborhood School: _____

For Office Use Only	
Is child eligible?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If child is eligible, under which criteria:	<input type="checkbox"/> Economically disadvantaged + risk factor
	<input type="checkbox"/> English Learner
	<input type="checkbox"/> Both

1. Is your child eligible for Kindergarten (5 years-old on or before September 1st, 2020)?

Yes No

If you selected no, please continue to complete the form

2. Is your child eligible for free or reduced priced lunch?

Yes No I don't know

3. Is your child an English Learner (learning English as a second language)?

Yes No I don't know

RISK FACTOR ASSESSMENT

Review the list below. How many of these circumstances apply to your child? (Do not mark which of these apply to your child. We only want to know how many apply).

- Child born to a mother who was 18 years old or younger
- A member of child's household is incarcerated
- Child lives in a neighborhood with high violence/crime
- One or both parents has a low reading ability
- Family has moved at least once in the last year
- Child has ever been in foster care
- Lives in a household with multiple families
- Child exposed to physical abuse or domestic violence in the home
- Child exposed to substance abuse (drugs or alcohol) in the home
- Child exposed to stressful life events (death, chronic illness or mental health issues of a parent or sibling)
- Language spoken in the home most often is NOT English
- A parent of the child did not graduate from high school

Select the number range of Risk Factors that apply to your child:

0 1-2 3-5 6-8 9-10 11-12

Affirmation: I certify that the above information is true and accurate to the best of my knowledge.

Parent Signature: _____ Date: _____

Equal Opportunity Employer/Program

Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities by calling 801-526-9240. Individuals who are deaf, hard of hearing, or have speech impairments may call Relay Utah by dialing 711. Spanish Relay Utah: 1-888-346-3162.



State of Utah
Department of Workforce Services
Office of Childcare
FORMATO DE ELEGIBILIDAD

Nombre del Niño: _____
Fecha de Nacimiento: _____
Nombre de Padre(s): _____
Dirección: _____
Números de teléfono: _____
Escuela del vecindario: _____

For Office Use Only	
Is child eligible?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If child is eligible, under which criteria:	<input type="checkbox"/> Economically disadvantaged + risk factor <input type="checkbox"/> English Learner <input type="checkbox"/> Both

1. ¿Califica su hijo/a para el kindergarten (cumple 5 años en o antes del 1 de septiembre de 2020)?

Si No

Si marcó "No" continúe llenando el formato

2. Califica su hijo/a para almuerzo gratuito o a precioreducido:

Si No No lo se

3. Su hijo/a es aprendiz de inglés: (aprendiendo inglés como segundo idioma)?

Si No No lo se

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RIESGO

Revise la lista de abajo. ¿Cuántas de estas circunstancias son aplicables a su hijo/a? (No marque cuáles son aplicables, solo queremos saber cuántas aplican).

- Niño/a nacido de una madre que tenía 18 años o menos de edad.
- Un miembro de la familia del niño/a está en la cárcel.
- El niño/a vive en un barrio con alto índice de violencia / criminalidad
- Uno o ambos padres tienen poca habilidad de lectura
- La familia se ha mudado al menos una vez en el último año.
- El niño/a ha estado alguna vez en cuidado de huérfano
- Vive en un hogar con múltiples familias.
- El niño/a ha estado expuesto a abuso físico o violencia doméstica en el hogar.
- El niño/a ha estado expuesto al abuso de sustancias (drogas o alcohol) en el hogar.
- El niño/a ha estado expuesto a eventos estresantes de la vida (muerte, enfermedad crónica o problemas de salud mental de uno de los padres o hermanos)
- El idioma que se habla en el hogar con mayor frecuencia NO es inglés
- Uno de los padres del niño/a no se graduó de la escuela secundaria

Seleccione el rango de números de Factores de Riesgo que se aplican a su hijo/a:

0 1-2 3-5 6-8 9-10 11-12

Declaración: Certifico que la información anterior es verdadera y exacta hasta donde se y entiendo.

Firma de padre/madre: _____ Fecha: _____

Programa de Empleador de Oportunidad Igualitaria

Disponemos de ayudas auxiliares y servicios para personas con discapacidad cuando estas lo soliciten llamando al 801-526-9240. Las individuos quienes son sordas, con problemas de audición o con impedimentos del habla pueden llamar a "Relay Utah" marcandao al 711. Relay Utah en español: 1-888-346-3162.