

Jersey City Public Schools 3-Year Old Preschool Program
 2025-2026 Contracted Childcare Center Application
Starting Points of Hudson County

Child's Information		
Child's Name:		
Date of Birth:	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	
City of Birth:	State of Birth:	Country of Birth:
Child's Race/Ethnicity:	Language(s) Spoken at Home:	
Home Address:	Apt. #:	Zip Code:
Child's Health Insurance: <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> NJ Family Care <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> Uninsured		
Does the child have a physical/mental handicap? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Specify:		
Has any Agency, such as early intervention, DYFS, or a Child Study Team recommended your child for a pre-school program? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Has your child received services or therapy (Occupational Therapy, Physical Therapy, Speech, etc.)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Is the child currently enrolled in a preschool program? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

Parent/Guardian #1 Information	
Name:	Relationship to Child:
Daytime Telephone:	Mobile Telephone:

Parent/Guardian #2 Information	
Name:	Relationship to Child:
Daytime Telephone:	Mobile Telephone:

Sibling Information	
Does the child have an older sibling in a Jersey City Public School? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, please provide the name(s) and school(s) attending.	
Name(s):	School(s):

Parent Certification	
I certify that the statements made by me in this application are true, complete and correct to the best of my knowledge. Signature: _____ Date: _____	

Do Not Write Below This Line. This Portion Needs To Be Completed By The Center.

Date of Application:	Signature of Provider:	Student ID:
----------------------	------------------------	-------------

Programa preescolar de las escuelas públicas de la ciudad de Jersey City para niños de 3 años
Solicitud de la guardería infantil contratada para los años 2025-2026
Starting Points of Hudson County

Información del niño		
Nombre del niño:		
Fecha de nacimiento:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Ciudad de nacimiento:	Estado de nacimiento:	País de nacimiento:
Raza/origen étnico del niño:	Idioma(s) hablado(s) en el hogar:	
Dirección:	Departamento. #:	Código postal:
Seguro de salud del niño: <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> NJ Family Care <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sin seguro		
¿Tiene el niño alguna discapacidad física/mental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique:		
¿Algún organismo, como por ejemplo un equipo de intervención temprana, la DYFS, o un Equipo de Estudios Infantiles ha recomendado a su hijo para un programa preescolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha recibido su hijo servicios o terapia (terapia ocupacional, fisioterapia, del habla, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está el niño actualmente inscripto en un programa preescolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Información sobre el padre / tutor #1	
Nombre:	Relación con el niño:
Teléfono para contactarlo durante el día:	Teléfono celular:

Información sobre el padre / tutor #2	
Nombre:	Relación con el niño:
Teléfono para contactarlo durante el día:	Teléfono celular:

Información sobre los hermanos	
¿Tiene el niño un hermano mayor en una escuela pública de la ciudad de Jersey? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, por favor proporcione el/los nombre(s) y la(s) escuela(s) de asistencia.	
Nombre(s):	Escuela(s):

Certificación del padre	
Certifico que las declaraciones que he realizado en esta solicitud son verdaderas, completas y correctas a mi leal saber y entender. Firma: _____ Fecha: _____	

No escriba debajo de esta línea. Esta sección debe ser completada por el Centro.

Fecha de solicitud:	Firma del proveedor:	ID del estudiante:
---------------------	----------------------	--------------------