

Coachella Valley Unified School District
Children and Family Services

Head Start Application

Instructions: Please Print Legibly Using Black Or Blue Ink Only.

| |
|-----------------|
| Office Use Only |
| CPID No.: _____ |
| Term: _____ |
| Site: _____ |

| Applicant (Child) Information | | | | |
|--|------------|---|--|--------------------|
| First Name: | Last Name: | Middle: | Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female | Birth Date: / / |
| Mother Primary Language? _____ Father Primary Language _____ | | Child's Primary Language: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other: _____ | | |
| Which site are you applying for? _____ | | Child's Ethnicity (Hispanic Origin): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Please List Child's Race: _____ | |
| Does the applicant have a current IEP or IFSP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | WIC? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No SNAP/Food Stamps? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No TANF? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Formerly Case #: _____ | | |
| Is the applicant currently in 24-hour foster care? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | If yes, do you have Education Rights? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | |
| Does applicant have special health needs, medical conditions, or allergies? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES, please explain: | | | | |

| Family Information | | | |
|--|--------------------|--|---|
| Primary Parent/Guardian/Caregiver: | Birth Date: / / | Cell Phone: | E-mail Address: |
| Secondary Parent/Guardian/Caregiver: | Birth Date: / / | Cell Phone: | E-mail Address: |
| Primary Phone: | Home Phone: | Alternate Phone: | Alternate Phone: |
| Do you authorize the program to send you important program information and notices through either of the following: | | Text Message: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | E-mail: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Living Address: | | City/Zip: | |
| Mailing Address (if different from Living Address): | | City/Zip: | |
| Has applicant experienced recent loss of housing? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES, please describe current living arrangement: | | | |
| Parent(s)/Guardian(s) in the Home: <input type="checkbox"/> One Parent <input type="checkbox"/> Two Parents | | Name of Person(s) Having Legal Custody of the Child: | |
| Primary Language Spoken at Home: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other: _____ | | Preferred Language of Written Material: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other: _____ | |
| Do you have an open CPS case? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | Do grandparents have guardianship of the applicant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| Family member at home with a permanent disability? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | Incarcerated or terminally ill parent(s)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |

| List all other family members living in the household for whom you provide financial support Not Listed Above | | | | |
|---|------------|-------------|--|------------------|
| First Name: | Last Name: | Birth Date: | Is this person related to the child's parent(s)? | Primary Language |
| | | / / | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| Total* number of people living in the household (including you) for whom you provide financial support: | | | | |

* Use box to the right to write the total number

An Incomplete Application Will Delay Enrollment

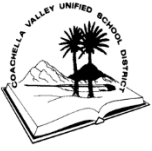
Applicant's Name: _____ Birth Date: _____

| Primary Guardian | |
|--|---|
| Name: | Lives with Applicant: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Relationship to Applicant: | Has Legal Custody of Applicant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Domestic Partner <input type="checkbox"/> Choose not to declare | |
| Race: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> African American/Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Bi/Mult-racial <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Hispanic, Latino or Spanish Origin: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Highest Grade Completed: _____ <input type="checkbox"/> High School Graduate <input type="checkbox"/> Junior College (A.A. or A.S.) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> College/University (B.A. or B.S.) <input type="checkbox"/> Technical or Trade Certificate <input type="checkbox"/> Graduate (M.A., M.S. Doctorate) <input type="checkbox"/> Associate's Degree <input type="checkbox"/> Bachelor's Degree <input type="checkbox"/> Mater's Degree <input type="checkbox"/> College Degree / Training Certificate | |
| Income Sources | Has Income: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Do you receive (check all that apply): | |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs "Cash Aid" | Monthly Amount \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Alimony/Child Support | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Other | \$ _____ |
| Employment Status: Occupation _____ | |
| <input type="checkbox"/> Employed | <input type="checkbox"/> Part-time & Training |
| <input type="checkbox"/> Full-time 25hrs+ | <input type="checkbox"/> Seasonally Employed |
| <input type="checkbox"/> Full-time 35hrs+ | <input type="checkbox"/> Training or School |
| <input type="checkbox"/> Full-time & Training | <input type="checkbox"/> Unemployed |
| <input type="checkbox"/> Part-time under 25hrs | <input type="checkbox"/> Retired or Disabled |
| <input type="checkbox"/> Part-time under 35hrs | |
| <input type="checkbox"/> Stay at home Parent | |
| Disabled from _____ To _____ | |
| School or Training Information | |
| Are you in school or vocational/job training? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| School Name: | School Phone: |
| Total School Units/Training Hours Per Week: | |
| Are you an employee of CVUSD? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| Are you related to a CVUSD employee? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |

| Secondary Guardian | |
|--|---|
| Name: | Lives with Applicant: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Relationship to Applicant: | Has Legal Custody of Applicant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed <input type="checkbox"/> Domestic Partner <input type="checkbox"/> Choose not to declare | |
| Race: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> African American/Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Bi/Mult-racial <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Hispanic, Latino or Spanish Origin: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="checkbox"/> Highest Grade Completed: _____ <input type="checkbox"/> High School Graduate <input type="checkbox"/> Junior College (A.A. or A.S.) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> College/University (B.A. or B.S.) <input type="checkbox"/> Technical or Trade Certificate <input type="checkbox"/> Graduate (M.A., M.S. Doctorate) <input type="checkbox"/> Associate's Degree <input type="checkbox"/> Bachelor's Degree <input type="checkbox"/> Mater's Degree <input type="checkbox"/> College Degree / Training Certificate | |
| Income Sources | Has Income: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Do you receive (check all that apply): | |
| <input type="checkbox"/> CalWORKs "Cash Aid" | Monthly Amount \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI) | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Alimony/Child Support | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Other | \$ _____ |
| Employment Status: Occupation _____ | |
| <input type="checkbox"/> Employed | <input type="checkbox"/> Part-time & Training |
| <input type="checkbox"/> Full-time 25hrs+ | <input type="checkbox"/> Seasonally Employed |
| <input type="checkbox"/> Full-time 35hrs+ | <input type="checkbox"/> Training or School |
| <input type="checkbox"/> Full-time & Training | <input type="checkbox"/> Unemployed |
| <input type="checkbox"/> Part-time under 25hrs | <input type="checkbox"/> Retired or Disabled |
| <input type="checkbox"/> Part-time under 35hrs | |
| <input type="checkbox"/> Stay at home Parent | |
| Disabled from _____ To _____ | |
| School or Training Information | |
| Are you in school or vocational/job training? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| School Name: | School Phone: |
| Total School Units/Training Hours Per Week: | |
| Are you an employee of CVUSD? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| Are you related to a CVUSD employee? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |

I certify that the information in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that failure to report correct information may be grounds for rejection of this application or termination of childcare services. I will notify the agency immediately if there is any change in my income, family size, home address, employment, or reason for needing childcare services.

Parent/Guardian/Caregiver Signature: _____ Date: _____



Solicitud para el Head Start

Instrucciones: llenar con letra de molde con tinta azul o negra solamente.

CPID No.: _____

Term: _____

Site: _____

Información del solicitante (niño)

| | | | | |
|---|------------------|---|---|----------------------------------|
| Nombre: (First) | Apellido: (Last) | Segundo nombre: (Middle) | Género: (Gender) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | Fec. Nac.: / / Mes Día Año |
| Idioma principal de la madre? _____ Idioma principal del padre? _____ | | Idioma principal del niño: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |
| Que sitio esta solicitando? _____ | | Child's Ethnicity (Hispanic Origin): <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Indique la raza del niño: _____ | |
| ¿Tiene el solicitante un IEP o IFSP actual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | WIC? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No SNAP/Estampillas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No TANF? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Anteriormente Case #: _____ | | |
| Is the applicant currently in 24-hour foster care? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Si la respuesta es SI, ¿tiene derechos de educación?? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| ¿Tiene el solicitante necesidades especiales de salud, condiciones médicas o alergias? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Si, favor de explicar: | | | | |

Información de la familia

| | | | |
|---|----------------------------------|---|---|
| Nombre del padre, tutor o proveedor de cuidado principal: (Primary) | Fec. Nac.: / / Mes Día Año | Teléfono celular: (Cell) | Correo electrónico: (E-mail) |
| Nombre del padre, tutor o proveedor de cuidado secundario: (Secondary) | Fec. Nac.: / / Mes Día Año | Teléfono celular: (Cell) | Correo electrónico: (E-mail) |
| Teléfono principal: (Primary) | Teléfono de casa: (Home) | Teléfono alterno: (Alternate) | Teléfono alterno: (Alternate) |
| ¿Autoriza al programa a enviarle información y avisos importantes? (Authorization to send info) | | Por mensaje de texto: (text) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Por correo electrónico: (Email) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Dirección de casa: (Home address) | | Ciudad y zona postal: (City, ZIP) | |
| Domicilio de correo (si es diferente a la dirección de casa): (Mail address) | | Ciudad y zona postal: (City, ZIP) | |
| ¿Se quedó el solicitante sin vivienda recientemente? (Housing loss) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, por favor describa su situación actual. (Current arrangements) | | | |
| Padres o tutores en el hogar: (Parents in home) <input type="checkbox"/> Hogar monoparental (One) <input type="checkbox"/> Pareja de padres o tutores (Two) | | Nombre de la persona o personas con la custodia legal del niño: (Has custody) | |
| Idioma principal hablado en casa: (Home Language) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | Idioma en el cual se prefiere el material escrito: (Preferred) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| ¿Tiene un caso abierto con la CPS? (CPS case) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | ¿Tienen los abuelos la custodia del solicitante? (Grandparent guardian) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Hay algún pariente en el hogar con una discapacidad permanente? (Disability in family) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | ¿Están el padre y/o la madre encarcelados o desahuciados? (Incarcerated/Terminal Illness) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Liste todos los demás parientes NO ANTES LISTADOS que viven en el hogar a quienes usted da ayuda financiera

| Nombre: (First) | Apellido: (Last) | Fec. Nac.: Mes Día Año | ¿Tiene esta persona algún parentesco con el niño? (Parent related) | Idioma principal |
|-----------------|------------------|---------------------------|--|------------------|
| | | / / | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| | | / / | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Cantidad total* de personas que viven en el hogar (incluyéndose usted) a quienes apoya económicamente: (Family size)

* Use la casilla a la derecha para anotar la cantidad total.

| |
|--|
| |
|--|

Nombre del solicitante: _____ Fec. Nac.: _____

| Tutor principal (Primary) | |
|---|---|
| Nombre: (Name) | Vive con el solicitante: (Lives w/ child) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Parentesco con el solicitante: (Relationship) | Con custodia legal del solicitante: (Custody) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Estado marital: (Marital status) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja Domestica <input type="checkbox"/> Optar por no declarar | |
| Raza: <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Bi/multiracial <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Mayor grado de escolaridad: _____ <input type="checkbox"/> Graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Golegio(A.A. or A.S.) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Colegio/universidad (B.A. o B.S.) <input type="checkbox"/> Técnica o certificado de un oficio <input type="checkbox"/> Posgrado (M.A., M.S., doctorado) <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Título universitario / Certificado de capacitación | |
| Fuente de ingresos | ¿Percibe ingresos? (Income) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Recibe (marque todo lo que aplique): | |
| <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria (Cash Aid) CalWORKs? | Cantidad mensual (Monthly) \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos suplementarios de seguridad (SSI)? | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Manutención/Manutención de menores? (Alimony/Child Support) | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro? (Other) | \$ _____ |
| Empleo (Employment) Oficio: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleo de Temporada <input type="checkbox"/> Tiempo completo 25hrs+ <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Tiempo completo 35hrs+ <input type="checkbox"/> Jubilando o Discapacitado <input type="checkbox"/> Tiempo completo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Medio tiempo 25hrs <input type="checkbox"/> Medio tiempo 35hrs <input type="checkbox"/> Medio tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Ama/Amo de Casa Disabled from _____ To _____ | |
| Información de la escuela o capacitación (School/Training) | |
| ¿Asiste a la escuela o a capacitación vocacional o laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Nombre de la escuela: (Name) | Teléfono de la escuela: |
| Total de unidades en la escuela/horas de capacitación por semana: (Units/Hours) | |
| ¿Es empleado del Head Start de la RCOE? (HS Employee) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es pariente de algún empleado del Head Start de la RCOE? (RCOE Employee) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

| Tutor secundario (Secondary) | |
|---|---|
| Nombre: (Name) | Vive con el solicitante: (Lives w/ child) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Parentesco con el solicitante: (Relationship) | Con custodia legal del solicitante: (Custody) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Estado marital: (Marital status) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Pareja Domestica <input type="checkbox"/> Optar por no declarar | |
| Raza: <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Bi/multiracial <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Mayor grado de escolaridad: _____ <input type="checkbox"/> Graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Golegio(A.A. or A.S.) <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Colegio/universidad (B.A. o B.S.) <input type="checkbox"/> Técnica o certificado de un oficio <input type="checkbox"/> Posgrado (M.A., M.S., doctorado) <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Título universitario / Certificado de capacitación | |
| Fuente de ingresos | ¿Percibe ingresos? (Income) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Recibe (marque todo lo que aplique): | |
| <input type="checkbox"/> Asistencia monetaria (Cash Aid) CalWORKs? | Cantidad mensual (Monthly) \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Ingresos suplementarios de seguridad (SSI)? | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Manutención/Manutención de menores? (Alimony/Child Support) | \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro? (Other) | \$ _____ |
| Empleo (Employment) Oficio: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleo de Temporada <input type="checkbox"/> Tiempo completo 25hrs+ <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Tiempo completo 35hrs+ <input type="checkbox"/> Jubilando o Discapacitado <input type="checkbox"/> Tiempo completo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Medio tiempo 25hrs <input type="checkbox"/> Medio tiempo 35hrs <input type="checkbox"/> Medio tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Ama/Amo de Casa Discapacitado/da desde _____ a _____ | |
| Información de la escuela o capacitación (School/Training) | |
| ¿Asiste a la escuela o a capacitación vocacional o laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| Nombre de la escuela: (Name) | Teléfono de la escuela: |
| Total de unidades en la escuela/horas de capacitación por semana: (Units/Hours) | |
| ¿Es empleado del Head Start de la RCOE? (HS Employee) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es pariente de algún empleado del Head Start de la RCOE? (RCOE Employee) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

Certifico que los datos en esta solicitud son verdaderos y completos conforme mi mejor conocimiento. Entiendo que si presento datos incorrectos puedo provocar el rechazo de esta solicitud o dar por terminados los servicios de cuidado infantil. Notificaré a la agencia de inmediato si hay algún cambio en mi ingreso, composición familiar, dirección, empleo o motivos por los cuales son necesarios los servicios de cuidado infantil.

Firma de padre, tutor o proveedor de cuidado: _____ Fecha: _____