



Solicitud para Participar en el Programa

INFORMACION DEL PARTICIPANTE: Complete la información sobre el niño que solicita el programa				
Apellido:	Primer nombre:	Segundo nombre:		
Apodo	Fecha de nacimiento:	Masculino:	Femenino:	
Domicilio:		Estado familiar padre y madre?: Uno: _____ Dos: _____		
Ciudad:	Estado:	Codigo postal:		
Raza (use una palomita al lado): ____ Americano Indigeno/Alaska Nativo ____ Asiatico ____ Negro/Afro-Americano ____ Hawaiian/Islas pacificas ____ Blanco ____ Otro:		Idioma primario casero:		
Etnia: Hispano ____ No-Hispano		Nacionalidad:		
Historial Nacional: Complete la información sobre los padres/tutores y la familia				
PADRE/GUARDIAN		Nombre:		
Relación con el niño:	Fecha de nacimiento:	Adulto primario: Si: _____ No: _____		
Domicilio:				
Ciudad:	Estado:	Codigo postal:		
Email Address:				
Número de teléfono (con código de área): proporcione más de uno y al menos un número de teléfono celular (si tiene uno)	Telefono?	Telefono Tipo (Trabajo, Casa, Cell)	Notas (cuando no llamar?)	Puede recibir mensajes?
	Si: _____ No: _____			Si: _____ No: _____
	Si: _____ No: _____			Si: _____ No: _____
	Si: _____ No: _____			Si: _____ No: _____
Madre adolescente (19 o menos) al momento del nacimiento del niño: Si: _____ No: _____	Custodia: Si: _____ No: _____		Vive con el niño: Si: _____ No: _____	
Relaeion entre adulto y el Nino:	Ingles Nivel:	Educacion Nivel:		Trabajo : (marque el que le pertenece)
Natural/Adoptado/Padrastro: __ Nieta: __ Sobrino: __ Padre de crianza niño: __ Otro: __	Nada: __ Poco: __ Moderado: __ Proficiente: __	Poco Colegio: __ Certificado: __ No Preparatoria/ secundaria: __ Preparatoria Diploma: __ Maestria: __	< Grado 9: __ Grado 10: __ Grado 11: __ Grado 12: __ Bachiller __ Posgrado: __	Tiempo completo (35+): __ Temporal Trabajo: __ Medio Tiempo: __ Actualmente Desempleado: __ Retirado/ discapacitado __ Entrenamiento o Escuela: __ Multiple Periodos de
PADRE/GUARDIAN		Nombre:		
Relación con el niño:	Fecha de nacimiento:	Desempleo dentro de 5 años:		
Domicilio:				
Ciudad:	Estado:	Ciudad:		
Email:				
Número de teléfono (con código de área): proporcione más de uno y al menos un número de teléfono celular (si tiene uno)	Telefono?	Telefono Type (Trabajo, Casa, Cell)	Notas (cuando no llamar?)	Puede recibir mensajes?
	Si: _____ No: _____			Si: _____ No: _____
	Si: _____ No: _____			Si: _____ No: _____
	Si: _____ No: _____			Si: _____ No: _____
Padre adolescente (19 o menos) al momento del nacimiento del niño: Si: _____ No: _____	Custodia: Si: _____ No: _____		Padre adolescente (19 o menos) al momento del nacimiento del niño: Si: _____ No: _____	
Relacion entre adulto y el niño:	Ingles Nivel:	Educacion Nivel:		-Trabajo : (marque el que le pertenece)
Natural/Adoptado/Padrastro: __ Nieta: __ Sobrino: __ Padre de crianza niño: __ Otro: __	Nada: __ Poco: __ Moderado: __ Proficiente: __	Poco Colegio: __ Certificado: __ No Preparatoria/ secundaria: __ Preparatoria Diploma: __ Maestria: __	< Grado 9: __ Grado 10: __ Grado 11: __ Grado 12: __ Bachiller: __ Posgrado: __	Tiempo completo (35+): __ Temporal Trabajo: __ Medio Tiempo: __ Actualmente Desempleado: __ Retirado/ discapacitada: __ Entrenamiento o Escuela: __ Multiple Periodos de
* MIEMBROS ADICIONALES - que viven en el hogar, son sostenidos por los ingresos del padre/tutor, Y están relacionados con el padre/tutor por sangre, matrimonio o adopción *				

* Consulte el Formulario de contacto de emergencia para conocer los nombres de las personas a quienes el centro puede entregar al niño según lo autorizado por la persona que firma el formulario solicitud. Consulte el Formulario de consentimiento de emergencia para obtener información médica de emergencia. *

Solicitud para Participar en el Programa

Nombre:	Relación con el Aplicante:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Relación con el Aplicante:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Relación con el Aplicante:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Relación con el Aplicante:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Relación con el Aplicante:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Relación con el Aplicante:	Fecha de Nacimiento:
Nombre:	Relación con el Aplicante:	Fecha de Nacimiento:
Número total de personas (incluyendo el niño y los adultos enumerados en el frente y todos los mencionados anteriormente) que viven en el hogar		
NECESIDADES DEL NIÑO ++		
¿Su hijo tiene una discapacidad (diagnosticada o especialista)? Si: _____ No: _____		Tiene un plan educativo o un plan familiar? Si: _____ No: _____ ¿Recibe su hijo algún servicio de educación especial? Si: _____ No: _____
¿Tiene alguna inquietud acerca de su hijo en cualquiera de las áreas enumeradas a continuación? En caso afirmativo, marque los elementos		
<input type="checkbox"/> Audiencia <input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Problemas dentales <input type="checkbox"/> Bajo/sobre peso <input type="checkbox"/> Convulsione <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> High lead <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Otros/dentales/nutricionales problemas or concernimientos <input type="checkbox"/> Otros concernimientos del desarrollo – Porfavor describa: _____ Porfavor describa: _____ <input type="checkbox"/> Desarrollo del habla <input type="checkbox"/> Fisico desarrollo <input type="checkbox"/> proporcione la documentación médica de las inquietudes, si está <input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento o emocionales (por ejemplo, berrinches)– Porfavor describa: Mi hija no tiene ninguna de las necesidades anteriores.		
NECESIDADES DE LA FAMILIA		
¿Su familia vive con abuso de drogas/alcohol, encarcelamiento, problemas de manutención infantil, violencia doméstica y/o un problema grave de salud/salud mental? Si _____ No _____ Si es asi, porfavor explique: _____		
SERVICIOS: Que clase de servicios esta recibiendo la familia?		
¿La familia está recibiendo o ha recibido servicios del DSS? Si _____ No _____		
<input type="checkbox"/> Estampillas (SNAP) <input type="checkbox"/> Servicios para hogar (Public Housing, Section 8) <input type="checkbox"/> Seguro privado medico <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza/Adopcion Subvención <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Servicios sociales de otra agencia, si es asi, porfavor explique: <input type="checkbox"/> Salud/Salud mental Servicios <input type="checkbox"/> Utilidad/Asistencia <input type="checkbox"/> Energetica <input type="checkbox"/> Seguro medico estatal/medicaid <input type="checkbox"/> trabajadora social, si es asi, porfavor explique: _____ manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Emergencia/Intervencion critica <input type="checkbox"/> NINGUNA		
Recibe?: TANF? Si _____ No _____ SSI? Si _____ No _____		Cuidado de Subvención/Voucher? _____ Si _____
¿Está sin hogar o tuvo 2 o más reubicaciones en el último año? Si _____ No _____		No _____ No lo se _____ Elegible Subvención _____
Problemas legales: ++		
¿Está su familia lidiando actualmente con un problema legal como corte de familia, divorcio, libertad condicional, custodia, órdenes de restricción, encarcelamiento, etc.? _____ Si _____ No _____		
Si es asi, porfavor clarifique: _____		
¿Alguna vez ha sido desplazado de su hogar debido a dificultades? _____ Si _____ No _____		
¿Alguna vez su hija ha estado en cuidado de crianza o parentesco? _____ Si _____ No _____		
Informacion adicional		
¿Ha estado inscrito su hijo anteriormente en Head Start/Early H _____ u otro programa preescolar? _____ Si _____ No _____		¿Tiene su hijo un hermano inscrito anteriormente en este programa? _____ Si _____ No _____
Si es asi, cual programa? _____		Si es asien cual escuela? _____ Si _____ No _____ Fechas especificas _____ a _____
¿Está usted o un familiar trabajando para la escuela? Si _____ No _____		La madre del nino esta embarazada _____ Si _____ No _____
Como escucho del programa? _____ <input type="checkbox"/> Recomendaron (amigo, familia, etc.) <input type="checkbox"/> Referrido por la agencia (WIC, child support services, etc.) <input type="checkbox"/> Mire/recibi un bolante <input type="checkbox"/> etc.) <input type="checkbox"/> Mire/pase por el centro Por favor especifique: _____ Otro _____ <input type="checkbox"/> Conosco a alguien quien trabaja aqui Por favor especifique: _____		
¿Hay al menos un miembro de la familia en servicio militar activo? _____ Si _____		
¿Al menos un miembro de la familia es veterano militar? _____ Si _____ No _____		
POR FAVOR FIRME AQUÍ para verificar que completó esta solicitud y proporcionó información verdadera.		
Firma del Padre/Guardian: _____		
Nombre en letra de molde: _____		Fecha: _____

Fecha de aplicación : _____

* Consulte el Formulario de contacto de emergencia para conocer los nombres de las personas a quienes el centro puede entregar al niño según lo autorizado por la persona que firma el formulario.

Consulte el Formulario de consentimiento de emergencia para obtener información médica de emergencia. *