



Las Escuelas Públicas de Bismarck Head Start & Early Head Start

Sirviendo a los condados de Burleigh, Emmons, y Kidder

BECEP a Richholt
720 N 14th Street
Bismarck, ND 585801

www.bismarckschools.org

(701) 323-4400

Fax: (701) 323-4405

INFORMACION & PROCESO PARA APLICAR

Apreciados padres/responsables:

¡Gracias por su interés en Early Head Start y Head Start a BECEP! Nuestros programas están diseñados para el desarrollo de las necesidades académicas, sociales, emocionales, y salud de los niños desde su infancia hasta 5 años, y para sus familias. El personal apoya la preparación escolar para ayudar a los niños a tener las habilidades, el conocimiento, y las actitudes necesarias para su éxito en la escuela y para su aprendizaje más tarde en sus vidas. El enfoque de Head Start para la preparación escolar significa que los niños están listos para la escuela, las familias están listas para apoyar el aprendizaje de sus hijos, y que las escuelas están listas para recibir a los niños. Los animamos que si tiene niños con discapacidades que presenten su solicitud.

Nuestros programas están financiados federalmente. La elegibilidad está determinada por utilizando las pautas de ingresos establecidas por el gobierno federal. Noventa porcentajes de las familias registradas quedan debajo del nivel federal de pobreza, están sin hogar, están en orfandad y/o reciben apoyo público. Las familias que están dentro del 130% de las pautas pueden ser servidos después de todas las familias que cumplen con las pautas de pobreza del 100% se han servido, si hay espacio disponible.

Su aplicación **tiene que ser llena por completo** antes de que podamos determinar su elegibilidad.

Early Head Start (EHS) – atiende a un total de 12 familias embarazadas, bebés y niños pequeños menores de 3 años, en sus hogares durante un período de 12 meses (48 semanas) de julio a junio.

Prenatal – Las futuras familias reciben una visita domiciliaria una vez al mes o según sea necesario para apoyarlas durante su embarazo.

Recién nacidos a 3 – Se proveerán servicios para padres y se enfocan en el desarrollo del niño y la educación de padres a través de visitas domiciliares semanales. Estas visitas apoyan las habilidades de los padres a mejorar el desarrollo de sus hijos a través de actividades y experiencias centradas en los niños. Grupos de juego de padres e hijos son proporcionados para promover experiencias de socialización para los niños.

Head Start (HS) – provee servicios preescolares para 119 niños de las edades de 3 a 5 durante un periodo de 9 meses, desde ago/sep hasta mayo/junio. La instrucción en el aula se proporciona dura 6.25 horas (8:15am – 2:30 pm) de lunes a viernes. Cada salón cuenta con al menos un maestro y dos ayudantes. Cada familia recibirá un minino de 2 visitas domiciliares. Las familias vienen al centro para la jornada de puertas y dos conferencias. Transporte desde y hacia la escuela está disponible de forma limitada.

Lista de verificación de la aplicación en la parte posterior

Pautas federales de pobreza de 2025		
No. De miembros de la familia	Ingreso familiar anual 100%	Ingreso familiar anual 130%
1	\$15,650	\$20,345
2	\$21,150	\$27,495
3	\$26,650	\$34,645
4	\$32,150	\$41,795
5	\$37,650	\$48,945
6	\$43,150	\$56,095
7	\$48,650	\$63,245
8	\$54,150	\$70,395
Por cada personal adicional		
	Añade \$5,500	Añade \$7,150



Lista de verificación de la aplicación:

Paso 1 Completar el proceso para aplicar a BECEP. (Para evitar retrasos en procesando su aplicación, completar **todos** los artículos en el primer paso del proceso de solicitud)

<input type="checkbox"/>	Una entrevista en persona	Llame para programar una entrevista en persona a 701-323-4400
<input type="checkbox"/>	Prueba de edad	Acta de nacimiento emitido por el estado
<input type="checkbox"/>	Prueba de su domicilio	<u>Una prueba primaria de residencia</u> (ejemplos indicados a continuación) <u>Una prueba secundaria de residencia</u> (ejemplos indicados a continuación) <i>Nota:</i> si estas viviendo en vivienda transitoria (un motel, campamento, carro, refugio o vivienda compartida, no es necesario completar esta parte. Informe el personal que estas en vivienda transitoria.
<input type="checkbox"/>	Licencia para conducir o identificación fotografía del guardián legal (prueba de corte de tutela designada)	La persona que inscribe al estudiante debe ser el padre o el responsable legal designado por la corte. Los responsables designados por el tribunal deben proporcionar papeles legales
<input type="checkbox"/>	Formulario para registrar el estudiante	(adjunto)
Para completar la solicitud para Head Start y determinar si su niño se califica, tiene que enviar los siguientes documentos:		
<input type="checkbox"/>	Prueba de ingreso	Enviar ingresos de UNA de las siguientes fuentes <ul style="list-style-type: none"> • 2024 declaración de los impuestos • Recibos de pago de los últimos 12 meses • TANF, ingreso de seguridad suplementario (SSI), ingresos por cuidado de crianza
<input type="checkbox"/>		Manutención infantil recibida, si se aplica. Presente los pagos recibidos durante los últimos 12 meses
<input type="checkbox"/>	Aplicación para Early Head Start (EHS)/Head Start(HS)	Revisa la aplicación para asegurarse que todas las preguntas están completadas

Un comprobante principal de residencia (Ejemplos: hipoteca de la vivienda, contrato de construcción, contrato de compra, póliza de seguro, declaración de impuestos a la propiedad del condado de Burleigh o contrato de arriendo/alquiler que mencione los nombres de los padres/responsables que viven en la unidad de alquiler, y el nombre y el número de teléfono del administrador)

Un comprobante de residencia secundario: (Ejemplos: factura de calefacción/luz, basura/agua o televisión por cable fechada dentro de los últimos 30 días, o documento del Departamento de Servicios Sociales).

Prueba de residencia inaceptable: correo de EE. UU., cambio de dirección de la oficina de correos, tarjeta de crédito/estado de cuenta bancario, impuestos personales, facturas médicas, cheques de nómina, póliza de seguro o cualquier prueba que tenga más de 30 días.

Paso 2 Reunión de orientación. Se puede solicitar a los nuevos afiliados que completen una evaluación del desarrollo y acompañar al padre/responsable a la cita. **Se necesitarán los siguientes documentos a continuación la cita de orientación:**

<input type="checkbox"/>	Examen Físico	Examen físico actual (que incluye exámenes de audición y visión, hemoglobina y análisis de plomo en sangre) a través de un proveedor como: su médico de familia, pistas, o Unidad de Salud Pública
<input type="checkbox"/>	Examen Dental	Un examen dental actual
<input type="checkbox"/>	Registro de vacunación	Registro de vacunación actualizado

Información de Solicitante & Miembros de la Familia

Participante 1 (Niño(a) aplicando para los servicios)						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	Solicitante que solicita
						<input type="checkbox"/> Early Head Start (Nacimiento – 3yrs) <input type="checkbox"/> Head Start (Niño(a) 3-5) <input type="checkbox"/> Early Head Start (Futura Madre)
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua		Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente
Cobertura de Salud Primaria		Medicaid	Doctor/ Hogar Medico	Dentista/Hogar Dental	Cobertura Dental	
<input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP conjunto <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado <input type="checkbox"/> Seguro Fundado Solo por el Estado (Pasos Salvables) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> No es Elegible <input type="checkbox"/> On Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible				<input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP conjunto <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado <input type="checkbox"/> Seguro Fundado Solo por el Estado (Pasos Salvables) <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Participante 2 (Niño(a) aplicando para los servicios)						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	Solicitante que solicita
						<input type="checkbox"/> Early Head Start (Nacimiento – 3yrs) <input type="checkbox"/> Head Start (Niño(a) 3-5) <input type="checkbox"/> Early Head Start (Futura Madre)
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua		Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente
Cobertura de Salud Primaria		Medicaid	Doctor/ Hogar Medico	Dentista/Hogar Dental	Cobertura Dental	
<input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP conjunto <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado <input type="checkbox"/> Seguro Fundado Solo por el Estado (Pasos Salvables) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> No es Elegible <input type="checkbox"/> On Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible				<input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP conjunto <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado <input type="checkbox"/> Seguro Fundado Solo por el Estado (Pasos Salvables) <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Participante 3 (Niño(a) aplicando para los servicios)						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	Solicitante que solicita
						<input type="checkbox"/> Early Head Start (Nacimiento – 3yrs) <input type="checkbox"/> Head Start (Niño(a) 3-5) <input type="checkbox"/> Early Head Start (Futura Madre)
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua		Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Americano Native <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente
Cobertura de Salud Primaria		Medicaid	Doctor/ Hogar Medico	Dentista/Hogar Dental	Cobertura Dental	
<input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP conjunto <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado <input type="checkbox"/> Seguro Fundado Solo por el Estado (Pasos Salvables) <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> No es Elegible <input type="checkbox"/> On Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible				<input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid/CHIP conjunto <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin Seguro <input type="checkbox"/> Seguro Médico Privado <input type="checkbox"/> Seguro Fundado Solo por el Estado (Pasos Salvables) <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Otro Adulto					
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente
Nivel de Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)	Custodia
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grados 10	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/ Padrasto	<input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grados 11	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Título universitario/ Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Grados 12	<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Otro pariente	Escoja todos los que apliquen: <input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica <input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente Sí, es Subvencionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento deadvanzado	<input type="checkbox"/> Graduado secundaria	<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Adoptivo	
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro	
		<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela			
		<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado			
Email			Número de Teléfono		

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *						
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	En el hogar
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	En el hogar
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	En el hogar
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	En el hogar
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	

Información de Familia

Información General								
Comenzó a Vivir en la Fecha	Dirección de Residencia			Código Postal	Ciudad	Estado	Condado	
Mismo	Dirección Postal (si es diferente)			Código Postal	Ciudad	Estado	Condado	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Número de Teléfono		Tipo (Llene uno)			Notas		Texto	
Madre:		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Padre:		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Otro:		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado de Padre/Madre (Llene uno)	Lengua Principal en el Hogar	Adquiriendo/aprendiendo otro lenguaje además de inglés	Familia sin Hogar	Familia Militar	Veterana Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

El programa Early Head Start/Head Start de la BECEP atiende a niños y a sus familias desde el nacimiento hasta los 5 años. El programa educativo se adapta a los puntos fuertes y las necesidades individuales de los niños. Fomenta la autoestima y desarrolla las habilidades cognitivas, lingüísticas, motoras y sociales. El programa de desarrollo integral incluye revisiones médicas y dentales y tratamiento de seguimiento junto con experiencias en el aula que hacen hincapié en una serie de prácticas de salud preventiva. Las comidas y meriendas nutritivas se realizan en entornos familiares. Como principales recursos y educadores de sus hijos, los padres son una parte integral del éxito de HEAD START. Son bienvenidos a ser voluntarios y a participar en actividades para ayudar al crecimiento y desarrollo de sus hijos. También tienen oportunidades de liderazgo en el programa sirviendo en el Consejo de Políticas y/o en los Comités de Padres. HEAD START ofrece apoyo a los padres apoyando las oportunidades de autosuficiencia. El personal de HEAD START y los padres trabajan juntos para desarrollar acuerdos de asociación con los padres que se basan en las fortalezas de la familia para realizar metas familiares a corto y largo plazo.

Cuotas:

HEAD START está financiado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración para Niños, Jóvenes y Familias, Oficina de Head Start. El programa es gratuito para aquellas familias que cumplen con las pautas federales de ingresos establecidas.

Estoy de acuerdo en cooperar con las políticas y procedimientos del Programa Early Head Start/Head Start. Entiendo que al principio del año se me proporcionará un manual para padres, que incluye las políticas y procedimientos pertinentes. Certifico que la información proporcionada es correcta a mi leal saber y entender y está sujeta a verificación. También soy consciente de que puedo estar sujeto a la terminación del programa si la información verificada me descalifica de la elegibilidad.

Certifico que la información proporcionada es correcta a mi leal saber y entender y está sujeta a verificación. También soy consciente de que puedo estar sujeto a la terminación del programa si la información verificada me descalifica de la elegibilidad.

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) _____ Fecha _____

Nombre Impreso del Padre/Madre/Guardián(a) _____

BECEP Head Start

Formulario de Información Familiar

(2/2025)

Apellido legal del estudiante	Nombre	Segundo Nombre/Initial	Nombre preferido
Fecha de nacimiento			Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra

Programas Especiales

¿Este estudiante tiene un Plan de Educación Individual (IEP) vigente a través de Educación Especial? Sí No

En caso afirmativo, sírvase indicar la discapacidad primaria _____

Información de contacto del padre/tutor

El estudiante reside con (x)	Nombre del Padre/Tutor	Empleador	Teléfono diurno	Teléfono celular (recibir mensajes de texto)
	Madre			<input type="checkbox"/>
	Correo electrónico de la madre	Dirección de la madre (si es diferente a la del estudiante)		
	Madrastra			<input type="checkbox"/>
	Padre			<input type="checkbox"/>
	Correo electrónico del padre	Dirección del padre (si es diferente a la del estudiante)		
	Padrastro			<input type="checkbox"/>
	Guardián			<input type="checkbox"/>
	Correo electrónico del guardián			
	Cónyuge del tutor			<input type="checkbox"/>

¿Se trata de un hogar monoparental? Sí No

¿Es el padre/padrastro/tutor un delincuente registrado?? Sí No

Niño(s) desde el nacimiento hasta los 21 años que viven en un hogar que no sea el padre/tutor

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Nombre de la escuela (si está inscrita)

Dirección principal donde viven/residen los niños:

Dirección física	_____		
	Calle	_____	_____
	Ciudad	Estado	Código postal

Dirección a la que se debe enviar la información de la escuela: (si es diferente a la dirección física)

Mailing Dirección	_____		
	Calle	_____	_____
	Ciudad	Estado	Código postal

¿Dónde vive actualmente su hijo/familia? (La ley federal NCLB ordena que hagamos esta pregunta) Por favor, marque la casilla correspondiente:

- Residencia permanente unifamiliar en Bismarck (casa, apartamento, condominio, etc.)
- Vivir en una residencia temporal mientras se construye o se busca una casa
- Jóvenes no acompañados
- Casa de acogida
- En un programa de refugio o vivienda transitoria
- Motel/Hotel
- Doubled Up (compartiendo vivienda con otra familia/individuo debido a dificultades económicas)
- A la intemperie (Coche/Camping)
- Otro: _____

Contactos de emergencia: adicionales a los padres/tutores

Contacto #1 (Apellido, Nombre)	Relación con el niño	Número de teléfono de contacto
Contacto #2 (Apellido, Nombre)	Relación con el niño	Número de teléfono de contacto
Contacto #3 (Apellido, Nombre)	Relación con el niño	Número de teléfono de contacto

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa en este formulario o junto con este formulario puede resultar en que el Distrito de Escuelas Públicas de Bismarck retire la inscripción de mi hijo en las Escuelas Públicas de Bismarck.

Firma del padre o tutor legal	Fecha
-------------------------------	-------