



Solicitud de participación en el programa preescolar

* INFORMACION DEL PARTICIPANTE: Llene la información sobre el NIÑO que solicita el programa *

Apellido:		Primero:		Medio:	
Nombre preferido del niño/a:		Fecha de nacimiento:		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Dirección:				Numero de padres:	
				<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos	
Ciudad:		Estado:		Zip:	
Raza (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otros:				Idioma principal que se habla en el hogar:	
Etnia: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano			Nacionalidad:		
INFORMACION DE FAMILIA: Llene información sobre los padres/tutores y la familia					
PADRE/GUARDIANO		Nombre:			
Relación con el niño:		Fecha de nacimiento:		Adulto Primario: <input type="checkbox"/> Sí: <input type="checkbox"/> No:	
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Zip:	
Correo electrónico:					
Número de teléfono (con código de área) por favor-- dar más de una y al menos un número de teléfono (si tiene uno)		¿Teléfono principal?	Tipo de teléfono (trabajo, casa, móvil)	Notas (cuando no está disponible, etc.)	Puede recibir texto?
		<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
Padre Adolescente (19 o menos) en el momento de nacimiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Custodia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Vive con el niño: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Relación del Niño con el Adulto:		Nivel de Inglés:		Nivel de Educación:	
<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Paso-Niño <input type="checkbox"/> Nieto_ <input type="checkbox"/> Sobrina/Sobrino <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Algunos Colegios <input type="checkbox"/> < Grado 9 <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Sin Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Diploma de Bachillerato <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Máster <input type="checkbox"/> BA	
Situación laboral: (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Tiempo completo (35+) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado estacionalmente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado/Deshabilitado <input type="checkbox"/> Formación o Escuela <input type="checkbox"/> Múltiples Períodos de Desempleo en los últimos 5 años					
PADRE/GUARDIANO		Nombre:			
Relación con el niño:		Fecha de nacimiento:		Relación con el niño:	
Dirección:					
Ciudad:		Estado:		Ciudad:	
Dirección de correo electrónico:					
Número de teléfono (con código de área) por favor-- dar más de una y al menos un número de teléfono (si tiene uno)		¿Teléfono principal?	Tipo de teléfono (trabajo, casa, móvil)	Notas (cuando no está disponible, etc.)	Puede recibir texto?
		<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
Padre Adolescente (19 o menos) en el momento de nacimiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Custodia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Vive con el niño: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Relación del Niño con el Adulto:		Nivel de Inglés:		Nivel de Educación:	
<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Paso-Niño <input type="checkbox"/> Nieto_ <input type="checkbox"/> Sobrina/Sobrino <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Poco Colegio <input type="checkbox"/> < Grado 9 <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Sin Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Diploma de Bachillerato <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Máster <input type="checkbox"/> BA	
Situación laboral: (marque todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Tiempo completo (35+) <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Empleado estacionalmente <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado/Deshabilitado <input type="checkbox"/> Formación o Escuela <input type="checkbox"/> Múltiples Períodos de Desempleo en los últimos 5 años					

Solicitud de participación en el programa

2 | PAGINA

* MIEMBROS ADICIONALES – que viven en el hogar, son apoyados por los ingresos del padre/tutor, 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 las que el centro puede liberar al niño según lo autorizado por la persona que firma la aplicación. Consulte el Formulario de consentimiento de emergencia para obtener información médica de emergencia. **

Nombre:	Relación con el solicitante:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Relación con el solicitante:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Relación con el solicitante:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Relación con el solicitante:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Relación con el solicitante:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Relación con el solicitante:	Fecha de nacimiento:
Nombre:	Relación con el solicitante:	Fecha de nacimiento:

Número total de personas (incluyendo el niño y adultos que aparecen en el frente y todos los mencionados anteriormente) que viven en el hogar del niño y son parte de su familia:

NECESIDADES DE HIJO ++

¿Su hijo tiene una discapacidad (diagnosticada o especialista)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique la discapacidad específica: _____	¿Tiene un IEP o IFSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Su hijo recibe algún servicio de educación especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--

¿Tiene alguna inquietud acerca de su hijo en alguna de las áreas enumeradas a continuación?

En caso afirmativo, compruebe el(los) artículo(s) correspondiente(s).

<input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Seizures <input type="checkbox"/> Preocupaciones del desarrollo <i>Por Favor, Describe:</i> _____	<input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> La Habla/desarrollo del lenguaje <input type="checkbox"/> Problemas emocionales/comportamiento (por ejemplo, berrinches) – <i>Por Favor, Describe:</i> _____ <input type="checkbox"/> Mi hijo no tiene ninguna de las necesidades anteriores.	<input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> High plomo <input type="checkbox"/> Desarrollo Física	<input type="checkbox"/> Asthma <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Dental problemas <input type="checkbox"/> Otras problemas/preocupaciones médicas/dentales/nutricionales <input type="checkbox"/> Bajo peso/sobrepeso <i>Por Favor, Describe:</i> _____ * Por favor proporcione documentación médica de las inquietudes, si está disponible *
--	--	--	--

Haz una lista de los temores o características de comportamiento únicos que tu hijo tenga:

NECESIDADES FAMILIARES

¿Su familia vive con abuso de drogas/alcohol, encarcelamiento, problemas de manutención infantil, violencia doméstica y/o un problema grave de salud/salud mental?
 Sí No En caso afirmativo, indique: _____

SERVICIOS: ¿Qué servicios está recibiendo su familia?

¿La familia está recibiendo o ha recibido servicios del estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sellos de comida (SNAP) <input type="checkbox"/> Orfanto/adopción <input type="checkbox"/> Servicios de salud /mental <input type="checkbox"/> Caso en otra agencia, si es así, por favor nombre: _____ <input type="checkbox"/> NADA DE LO ANTERIOR	<input type="checkbox"/> Servicios del hogar (Vivienda Pública/Sección 8) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Asistencia Energética <input type="checkbox"/> Estado Seguro Médico/Medicaid <input type="checkbox"/> Soporte del niño <input type="checkbox"/> Seguro médico <input type="checkbox"/> Servicios sociales de otra agencia, en caso afirmativo, por favor nombre: _____ <input type="checkbox"/> Intervención de Emergencia/Crisis

¿TIENES: TANF? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿SSI? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Subsidio de Cuidado Infantil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está sin hogar o tuvo 2 o más tiempos de reubicación en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Don no sé nada de eso <input type="checkbox"/> Eligible para Subsidio

PROBLEMAS LEGALES: ++

¿Su familia está actualmente lidiando con asuntos legales como tribunal de familia, divorcio, libertad condicional, custodia, órdenes de restricción, encarcelamiento, etc.?
 Sí No En caso afirmativo, sírvase aclarar: _____

¿Alguna vez ha sido desplazado de casa debido a dificultades? Sí No
 ¿Su hijo ha estado alguna vez en Foster o Kinship Care? Sí No

Información adicional

¿Su hijo ha sido previamente inscrito en Head Start/ otro programa preescolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿qué programa? _____	¿Su hijo tiene un hermano previamente inscrito en este programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿está actualmente inscrito? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Especifique las fechas de asistencia _____ a _____
¿Eres tú o un miembro de la familia en el personal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está embarazada la madre del niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Cómo se enteró de nuestro programa? <input type="checkbox"/> Boca de boca (amigo, familia, etc.) <input type="checkbox"/> Vi/recibió un folleto <input type="checkbox"/> Vimos/pasó el centro <input type="checkbox"/> Conoce alguien que trabaja aquí	<input type="checkbox"/> Referido por agencia (WIC, servicios de manutención infantil, etc.) <input type="checkbox"/> Otro Por favor especifique: _____ Por favor especifique: _____
---	---

¿Es al menos un miembro del ejército en servicio activo de la familia? Sí No
 ¿Es al menos un miembro de la familia un veterano militar? Sí No

POR FAVOR, FIRME AQUÍ para verificar que ha completado esta solicitud y proporcionado información verdadera.

Firma del Padre/Guardián: _____
 Nombre de impresión: _____

Fecha: _____

Fecha de solicitud : _____

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