Aplicación para Inscribirse en Head Start

(El Personal Complete las Areas gris)

LA INFORMACION DEL NINO

(CO1) Nombre legal del niño **Primero**	**Medio**	**Apellido**	Edad para el 30 de Septiembre:
Nombre que suelen usar para el niño	**Sexo** M H	FDN del niño (mm/dd/yyyy)	**Número del Seguro Social del Niño** - -
Raza del Niño: Negro Blanco Hispánico Amer. Nat. Asiático Otro _____	**Primera Lengua del Niño** inglés español Asiático Otro _____	**Lengua Secundaria** Inglés Español Asiático Otro _____	**Origin Nacional del Niño**

INFORMACION DE LA FAMILIA DEL NINO

Nombre del Adulto Primario	**Seguro Social** - -	**Estado Matrimonial:** Soltero Casado Divorciado	**Estado de los Padres:** Un Padre Dos Padres
Padre Secundario (si hay)	**Seguro Social** - -	**Lengua Primaria**	**Lengua Secundaria**

Domicilio Residencial			Domicilio del Correo (si es diferente al domicilio residencial)		
Ciudad	**Estado**	**Código Postal**	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono (incluyendo el código del área)			**Otro Teléfono (incluyendo el código del área)**		
Total en la Familia/Casa:	Total de Ninos:	Edades 0-3:	Edades 4-5:	Hermanos Totales Inscritos en Head Start:	

INFORMACION DE ELEGIBILIDAD

¿Recibe la Familia TANF/CalWORKs? **Sí** **No**	Haga circulo si es aplicable: Medi-cal IEHP Healthy Families CHIPS		Número del Seguro del Niño
¿Duración en TANF/ CalWORKs?	¿Recibe la Familia Estampillas? **Sí** **No**	¿Tiene la familia seguro medical? **Sí** **No**	Nombre y Número del Seguro Medical

VERIFICABLE(ingresos anuales)

Ingresos: Dos veces al mes x 24 = ingresos anuales
Por mes x 12 = ingresos anuales
Por semana x 52 = ingresos anuales
Cada dos semanas x 26 = ingresos anuales

CODIGO MIEMBRO DE LA FAMILIA	ORIGIN
A01	Empleo incapacidad TANF Desocupado Otro_____
A02	Empleo incapacidad TANF Desocupado Otro_____
A03	Empleo Incapacidad TANF Desocupado Otro_____

INFORMACION DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA

(Apunte el Adulto Primario Primero) CODIGO Nombre y apellido	Fecha de Nacimiento	Como es pariente del aplicante	Sexo	Nivel de Ed.	Estado de Empleo	Notas
A01			H V			
A02			H V			
A03			H V			

CODIGO	Nombre y Apellido de los Niños en Casa	Fecha de Nacimiento	Sexo	Cómo es Pariente del Aplicante	Notas
C01			H V		
C02			H V		
C03			H V		
C04			H V		
C05			H V		
C06			H V		
C07			H V		
C08			H V		

INFORMACION SOBRE TRANPORTACION

¿Tipo de Transportación? Hágale círculo. **Carro** **Autobús** **Camina** **Otro**

¿Se necesita el autobús del Head Start? **Sí** **No** Si se necesita, ¿por qué?

Certificación: Certifico que esta información es la verdad. Si cualquier parte es falso, mi participación en el programa de esta agencia podrá ser terminada. También comprendo que la información de esta aplicación será guardada con confidencia estricta dentro la agencia y es accesible para mi durante las horas de negocio normales.

Los niños con necesidades especiales podrán recibir prioridad de inscribirse al Head Start. Su divulgación de esta información es estrictamente voluntario.

1. ¿Tiene su niño una incapacidad? _____ (Si no, por favor vaya a la pregunta #5)
2. Tipo de necesidad especial o incapacidad _____
3. ¿Ha sido la incapacidad diagnosticada profesionalmente? (Si sí , ¿de qué edad? _____ ¿Por quién?_____
4. ¿ Esta el niño recibiendo servicios especiales por la incapacidad? _____
5. En su opinión, ¿tiene su niño una necesidad especial que todavía no ha sido diagnosticada?
   Si sí, por favor explíquelo:_____

¿Está el padre en la escuela actualmente? **S** **N** Si si, ¿quien?	¿En un programa de entrenamiento relacionado al empleo? **S** **N** Si si, quien?	¿En un programa de entrenamiento para oficio? **S** **N** Si si, quien?

Firma del Padre/Guardián: Fecha:

TO BE COMPLETED BY STAFF

School Year:	Program Code:	Program Desc.:	Participation Year:
Acceptance Status:	Center Name/ID:	Application Status:	Application Date:

Eligibility Comments:

Child Eligible Next Year? **Yes** **No**	Sibling Eligible Next Year? **Yes** **No**	Family ID:
Income Status:	Disability Status: **Disabled** **Not Disabled**	If suspected, please explain:
Income Verified? **Yes** **No**	Verification Provided: Check Stub [ ] W2 [ ] Letter [ ] other [ ]	
Total Income: **$**	WIC ? Yes[ ] No [ ]	Food Stamp Number? Yes[ ] No[ ] Food Stamp Number:
Birth Verified? **Yes** **No**	Verification Provided:	
Verifying Staff member Signature	Date:	