APLICACION DE INSCRIPCION DEL HEAD START Y HEAD START TEMPRANO

INFORMACION DEL NINO

_____ ☐EHS ☐HS ☐/NVPLIFT

Nombre Legal del Niño Primero	Inicial	Apellido	
Edad para el 2 de diciembre	Donde Nació el Niño (Ciudad, Estado)	FDN del Niño (mm/dd/yyyy)	Sexo
Raza del Niño ☐Islas del Pacífico ☐Negro ☐ Blanco ☐Birracial/ Multi ☐Hispano ☐ Nat.Amer. ☐Asiático ☐Otro_____	**Idioma Primaria del Niño** ☐Inglés ☐Español ☐Asiático ☐Nativo/Central/Sur de América Mexicano ☐Otro_____	**Segundo Idioma** ☐Inglés ☐Español ☐Asiático ☐Otro _____	

INFORMACION DEL HOGAR FAMILIAR DEL NINO

1 Nombre del Adulto Primario	Origen etnico	Idioma Primaria si diferente del Niño	Segundo Idioma si diferente del Niño
2 Segundo Padre (si aplica)	Origen etnico	**Estado Civil:** ☐Soltero ☐Casado ☐Divorciado ☐Separado	**Estado Parental:** ☐Un padre ☐Dos padres

Dirección de Residencia			Dirección de Envío (si diferente a la Dirección de Residencia)		
Ciudad	Estado CA	Código Postal	Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono Primario (incluyendo el código del área)			Otro Teléfono (incluyendo el código del área)		

Total en la Familia	# Total de Niños	Edades 0 – 3:	Edades 4-5	**Vivienda Actual:** ☐Alquilar ☐Dueño ☐ Sin Hogar ☐Otro_____ Fecha en que se mudó en su hogar_____ **La Vivienda Anterior:** ☐Alquilar ☐Dueño ☐Sin Hogar ☐Otro_____
Dirección de correo electrónico:				

INFORMACION DE ELEGIBILIDAD

¿Recibe la Familia SSI/TANF/Cal works?	Marque uno si aplica: ☐Medi-cal ☐IEHP ☐Healthy Families ☐Emergencia ☐ Otro		¿Tiene la Familia Seguro Médico?
¿Recibe la Familia Cupones de Alimentos?	# de los Cupones de Alimentos	¿Recibe la Familia WIC?	¿Tiene el Niño Seguro Dental?

¿Cómo se enteró de nosotros? ☐ Evento de la Comunidad ☐Cartel/Volante ☐ distrito escolar ☐remisión de socio comunitario ☐Padre de Antes ☐otro Head Start ☐preescolar del Estado ☐Facebook ☐referencia de Agencia de comunidad local ☐Anuncio público ☐Amigo de familia ☐ Envíos ☐Anuncios de servicio público (Radio/TV) ☐Otro: _____

PADRE Y/O GUARDIAN	FUENTE DE INGRESOS
1	☐Empleo ☐Incapacidad ☐TANF ☐SSI ☐Desempleo ☐Otro_____
2	☐ Empleo ☐ Incapacidad ☐TANF ☐SSI ☐ Desempleo ☐ Otro _____

INFORMACION PRENATAL

☐ Embarazada antes de la Inscripción ☐ Primer Embarazo Fecha prevista de entrega: _____

INFORMATION DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA DE HOGAR DE ADULTOS

(Apunte el Adulto Primario Primero) Primer Nombre Y Apellido	Fecha de Nacimiento	Cómo Relacionado al Aplicante	Sexo	Nivel de Educación	Estado de Empleo	Yendo a la escuela/Entre namiento
1						
2						
3						
4						

Nombre y Apellido de los Niños que viven en Casa	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relacion al Aplicante	Notas
1			Niño Aplicante	
2				
3				
4				
5				
6				
7				

INFORMACION SOBRE LA TRANSPORTACION

¿Tipo de Transportación? Marque una. ☐**Auto** ☐**Autobús** ☐**Caminar** ☐**Otro**

¿Necesita autobús de Head Start? Si lo necesita, ¿por qué?

Los niños con necesidades especiales pueden tener prioridad para la inscripción de Head Start. Su divulgación de esta información es estrictamente voluntaria.

1. ¿Tiene su niño una incapacidad? _____ (Si no, por favor vaya a la pregunta #6)
2. Tipo de necesidad especial o incapacidad _____
3. ¿Ha sido la incapacidad profesionalmente diagnosticada? (Si sí, ¿en qué edad _____? ¿Por quién? _____
4. ¿Tiene el niño un IEP? _____
5. ¿Está el niño recibiendo servicios especiales para la incapacidad? _____
6. En su opinión, ¿tiene su niño una necesidad especial que todavía no ha sido diagnosticada?
   Si sí, por favor explique: _____

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falso, mi participación en el programa de esta agencia puede ser finalizado. También comprendo que la información en esta aplicación se mantendrá de manera estrictamente confidencial y es accesible a mí durante el horario normal.

Firma del Padre/Guardián: **Fecha:**

TO BE COMPLETED BY STAFF

School Year:	**Center Name:**	**Participation Year:** 1st 2nd 3rd	**Start Date:**
Acceptance Status: Accept Denied	**Program Type**		
Category of Eligibility ☐**income** ☐**over income** ☐**public assistance** ☐**SSI** ☐**Homeless** ☐**Foster Care**			
Child Eligible Next Year? ☐Yes ☐No	**Sibling Eligible Next Year?** ☐Yes ☐No	**Family ID: (COPA)**	
Income Verified By	☐ Check Stub ☐ W2 ☐ Written Statement from Employer ☐ TANF ☐ **Income Tax 1040** ☐**Unemployment** ☐**SSI Documentation** ☐**Document of no income** ☐**Foster Care Reimbursement** ☐**Other (Please Explain)**		
Total Annual Income: $			
Birth Verified By	**Birth Certificate** ☐ **Passport** ☐ **Medi-cal Card** ☐ **Other** ☐		
Verifying Staff member Signature:	**Print Name**	**Date:**	