

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre Apellido

¿A que programa esta aplicando? (Por favor complete una aplicacion por cada niño) Head Start Prescolar de 3-5 años Early Head Start Basado en casa de 0-3 años

Padre/Tutor Legal _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre Apellido
 Email _____ Relación _____

Padre/Tutor Legal _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre Apellido
 Email _____ Relación _____

Dirección _____
Calle Apt # Ciudad Código Postal

Numero celular _____ Podemos enviar mensajes de texto? Si No Tel #2 _____

Nombre y telefono de alguien que podamos llamar si no nos podemos comunicar con usted:
 Nombre _____ Tel # _____

Primer idioma en casa: _____ ¿Va a necesitar un interprete?
 Segundo idioma en casa : _____ No Si

Total de ingresos mensuales (antes de impuestos) \$ _____ Numero de personas en su casa: _____
(Que viven con los ingresos mensuales)

Fuente de ingresos: Sueldo/Paga TANF-Cuidado adoptivo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
 Desempleo Manutención Otro _____

¿Actualmente se encuentra sin casa su familia? No Sí
(incluye vivir temporalmente en un refugio, motel, hotel, o con familia o amigos)

¿El niño tiene un IEP / IFSP? No Sí ¿Este niño es hijo adoptivo? No Sí
(Servicios especiales / educación especial)

Nos gustaría saber cualquier preocupación que tenga sobre su hijo o su familia. Algunos ejemplos son: problemas de retraso en el habla, de salud o de comportamiento, discapacidades físicas o de aprendizaje. Por favor describa cualquier situación especial que usted quisiera que consideráramos. En algunas circunstancias se tendrán en cuenta el exceso de ingresos de las familias.

VERIFICACIÓN: Yo verifico que toda la información y los ingresos familiares que he llenado en esta aplicacion es verdadera y completa. Yo entiendo que cualquiera información falsa en este formulario podría cambiar el estado de la inscripción de mi hijo. Doy permiso para que esta información y documentación sea compartida con el programa local de Head Start con el fin de inscribir a mi hijo.

He incluido: [] Prueba de la fecha de nacimiento de mi hijo; [] Prueba de ingresos de mi familia durante los últimos 12 meses

Firma del Padre _____ Fecha _____

Si usted tiene alguna pregunta, llame al (425) 712-9000

Esta sección nos da información sobre su situación familiar y nos ayuda a determinar el lugar de su hijo en la lista de espera. Esta información es confidencial y se utilizara para los servicios del programa solamente.

Encierre en un círculo Si o No para responder a cada pregunta.

- Si No ¿Su hijo juega con otros niños regularmente?
- Si No ¿Su hijo ha estado expuesto o ha sido víctima de violencia (abuso infantil o negligencia emocional, sexual o física)?
- Si No ¿Le preocupa el desarrollo de su hijo?
- Si No ¿Le preocupa la salud de su hijo?
- Si No ¿Tiene su hijo comportamientos desafiantes?
- Si No ¿Su familia es un hogar que cuenta con un solo padre?
- Si No ¿La madre y/o padre que vive en la casa tienen un GED o diploma de escuela secundaria?
- Si No ¿Uno o ambos padres, perdieron su trabajo y siguen sin empleo?
- Si No ¿Tiene apoyo de amigos o familia?
- Si No ¿Usted (un padre) tiene algún problema de salud serio?
- Si No ¿Su familia se ha movido más de una vez en los últimos 12 meses?
- Si No ¿Su hijo pertenece a una minoría racial o étnica?
- Si No ¿Tiene un caso abierto con CPS?
- Si No ¿Tiene una orden de la corte /plan de crianza que requiere que inscriba a su hijo?

Por favor califique cada frase con el número con el que este de acuerdo

1	2	3	4	5	1-Siempre 2-Usualmente 3-A veces 4-Raramente 5-Nunca
					Su familia se apoya mutuamente cuando tienen problemas
					Tiene personas con las que puede hablar cuando tenga un problema o necesita ayuda
					Sabe donde ir por ayuda en la comunidad
					No esta seguro de que hacer como padre
					Es capaz de calmar a su hijo cuando se altera
					Esta feliz de estar con su hijo

Toda la información que he llenado en este formulario es verdadera y completa.

Firma del Padre _____

Fecha _____