



NCAP HEAD START ~ EARLY HEAD START EARLY CHILDHOOD PROGRAM SPANISH APPLICATION



Año del programa: _____
(Por favor, un círculo)

Staff - Please mark if application is complete: Yes No
If not, indicate missing documents below:

Head Start Early Head Start

Birth Certificate Income Verification Immunizations Dental/Physical

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE NIÑEZ TEMPRAN

1. Apellido: _____ Nombre: _____ Segundo Nombre: _____ Genero: M F

2. Sobrenombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Lugar de nacimiento: _____

3. Direccion: _____ Cuidad: _____ Estado: _____ Codigo: _____
PO Box Calle #Apt

4. ETNIA: Hispano No hispano RAZA: Afroamericano Asiatico Hispano Nativo Americano Blanco Otro _____

5. Compania de aseguranza: _____ Medicaid\KidCare Si No: Numero _____ - _____ - _____ - _____

6. Que idioma prefiere hablar el menor? Principal: _____ Secundario: _____ Traductor necesario: Si No

7. ¿Es este niño parte de una familia de custodia dual / conjunta? No Si

8. ¿Alguna vez este niño ha sido inscrito en algun programa de Head Start, Early Head Start o pre - escolar antes?? No Si

Si la respuesta es Si, Donde y cuando? _____

9. ¿Tiene este niño una necesidad especial, una discapacidad sospechada o diagnosticada, bajo peso al nacer (solicitantes de EHS) o una necesidad de salud que podría requerir intervención temprana, educación especial y / o servicios relacionados? No Si

Por Favor explique _____

** PARA FAMILIARES EMBARAZADAS EN LOS CONDADOS Box Butte, Dawes & Sheridan Counties SOLAMENTE: **

Primer embarazo? Si No Esta recibiendo cuidado Pre-Natal? Si No Cita ma's reciente: _____

Fecha del parto: _____ Medicaid\KidCare Si No: Numero _____ - _____ - _____ - _____ Compania de aseguranza: _____

Embarazo de alto riesgo:

Humo / Alcohol / Uso de drogas Cerrar embarazos espaciados Peso de nacimiento: _ Bajo _Alto Menores de 17 años o mayores de 35 años
 Problemas de salud (i.e. diabetes) Nacimientos múltiples Abortos involuntarios /mortinatos

INFORMACION ACERCA DEL FAMILIAR\ TUTOR LEGAL:

10. Apoyo de Adulto Primario:

IMPRESO: Nombre (Primero Medio Segundo) _____ Genero: M F Fecha de nacimiento: _____

Madre embarazada Biologico Adobtivo Padastro\Madastra los padres de crianza Abuelo Guardian Legal

ETNIA: Hispano No hispano RAZA: Afroamericano Asiatico Hispano Nativo Americano Blanco Otro _____

Direccion: _____ Cuidad: _____ Estado: _____ Codigo: _____
PO Box Calle #Apt

Telefonos: Casa/Cell: _____ Trabajo: _____ Mensajes: _____

Opt-In para mensaje de texto dirección de correo electrónico _____

¿Esta persona esta empleada? Si No Si la respuesta es si, Tiempo completo Tiempo parcial Temporada Otro _____

Nivel mas alto de educacion: No graduado GED Diploma de secundaria Otro _____

11. Adulto Secundario:

IMPRESO: Nombre (Primero Medio Segundo) _____ Genero: M F Fecha de nacimiento: _____

Madre embarazada Biologico Adobtivo Padastro\Madastra los padres de crianza Abuelo Guardian Legal

ETNIA: Hispano No hispano RAZA: Afroamericano Asiatico Hispano Nativo Americano Blanco Otro _____

Direccion: _____ Cuidad: _____ Estado: _____ Codigo: _____
PO Box Calle #Apt

Telefonos: Casa/Cell: _____ Trabajo: _____ Mensajes: _____

Opt-In para mensaje de texto dirección de correo electrónico _____

¿Esta persona esta empleada? Si No Si la respuesta es si, Tiempo completo Tiempo parcial Temporada Otro _____

Nivel mas alto de educacion: No graduado GED Diploma de secundaria Otro _____

FAMILIA / INFORMACION DEL HOGAR:

- 12. Situacion familiar:** Padre de crianza Padres adolocentes menor de 18 No familiar UN padre Dos Padres
- 13: Número de personas:** En la familia solicitante -- # de Adultos ____ # de niños en la familia ____ Número total En la familia solicitante ____
 Total de personas en el hogar _____
- 14.** Pago mensuales de la famiia (renta o pago de casa- no incluye utilidades) _____
- 15.** ¿Esta familia está sin hogar? ___Si ___No Vive con familia\ amigo? Si No
- 16.** ¿ Es uno o ambos padres' actualmente desployados y activos e servicios militares? Si No
- 17.** Modo de transporte: Vehiculo propio Familia\ Amigos Publico Otro _____
- 18.** ¿Recibe su familia servicios o asistencia financiera de cualquiera de los siguientes:
- TANF / ADC (circulo) Seguro de desempleo manutención de los hijos / pensión alimenticia
- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI) Subsidio de Cuidado Infantil Otro _____

**** Mensaje a los padres \ Tutores Legales ****

DEAR PADRES / GUARDIANES: Gracias por su interés en participar en un Programa de Niñez Temprana. Por favor, asegúrese de visitar con su reclutador sobre las opciones disponibles para el niño preescolar. Los Programas para la Niñez Temprana están diseñados para ayudar a los padres / tutores a entender y disfrutar del desarrollo de sus hijos no nacidos y / o niños. Las actividades del programa incluyen visitas a domicilio, sesiones de interacción entre padres e hijos, reuniones de padres y muchas más.

Aseguramiento de Confidencialidad: La información que nos proporciona nos ayudará a entregar o dirigir los servicios más apropiados para las necesidades de su familia. Parte de la información puede utilizarse para ayudar a planificar las metas del programa, las iniciativas estatales y nacionales. Si prefiere no proporcionar parte de la información, no afectará los servicios que ofrecemos. Sin embargo, se requiere cierta información para determinar la elegibilidad. Toda la información se mantendrá en la más estricta confidencialidad. Como padre / guardián del niño mencionado, entiendo claramente todas las opciones disponibles del programa que puedo elegir para colocar a mi hijo. También entiendo que tengo la opción de transferir a mi hijo a otro programa en cualquier momento (si hay una vacante disponible), pero entiendo que la estabilidad fomenta un resultado de desarrollo de la primera infancia más positivo. Por la presente certifico que la información en esta solicitud es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento.

Compruebo que la información mencionada anteriormente es fiel a lo mejor de mi conocimiento:

Firma del Padre / Guardián (requerido)

Fecha

Sólo para uso del personal

Referral(s) from: _____

REQUIRED VERIFICATION: Income from past 12 months Birth Certificate Immunization Records

INTERVIEW COMPLETED: Face to Face By Phone; Explain Why: _____

I verify the above listed information is true to the best of my knowledge:

Staff signature: _____ Date: _____
 (Required)

PARA USO CENTRAL SOLAMENTE

Authorization of Acceptance: _____ **Date:** _____