

APLICACION DE INSCRIPCION DEL HEAD START Y HEAD START TEMPRANO

INFORMACION DEL NIÑO

FIRST 5
 EHS-CCP
 EHS
 HS
 LIFT

| | | | | | |
|---|----------------|--|--|---|-------------|
| Nombre Legal Del Niño | Primero | Inicial | Apellido | | |
| Lugar de Nacimiento del Niño (Ciudad, Estado) | | | Fecha de Nacimiento del Niño (mm/dd/yyyy) | | Sexo |
| Etnicidad del Niño | | Raza del Niño | | Idioma Primario del Niño | |
| Latino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | <input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Birracial/ Multi <input type="checkbox"/> Nat. Amer. <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro _____ | | <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____ | |
| | | | | Segundo Idioma del Niño <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

THE CHILD'S HOUSEHOLD FAMILY INFORMATION

| | | | | | |
|---|-------------------------|---|--|---|---------------|
| 1 Nombre del Adulto Primario | | Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Idioma Primario si es diferente del niño | Segundo idioma si es diferente del Niño | |
| | | Raza | | | |
| 2 Segundo Adulto (si aplica) | | Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado | Estado Parental: <input type="checkbox"/> Un Padre <input type="checkbox"/> Dos padres <input type="checkbox"/> Padre de Crianza | |
| | | Raza | | | |
| Dirección de Residencia | | | Dirección de Envió (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 | | Vivienda Actual: <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Otro _____ Fecha en que se mudó en su hogar _____ | | |
| ¿Su hijo/a está relacionado con un empleado de Departamento De Servicios Preescolar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Relación del empleado con el niño: _____ | | | Vivienda Anterior: <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Other _____ | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | | | |

INFORMACION DE ELIGIBILIDAD

| | | | | | |
|--|---|---|--------------------------------|---|---|
| Recibe la familia : | | Marque uno si aplica: | | ¿Tiene la Familia Seguro Médico? | |
| SSI | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Medi-cal | <input type="checkbox"/> IEHP | <input type="checkbox"/> Healthy Families | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| TANF/CalWORKS | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Emergency | <input type="checkbox"/> Other | | |
| ¿Recibe la familia WIC? | | ¿Recibe la familia CalFRESH (EBT)? | | ¿Tiene el Niño Seguro Médico? | |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Cómo se enteró de nosotros? <input type="checkbox"/> Evento de la Comunidad <input type="checkbox"/> Cartel/Volante <input type="checkbox"/> distrito escolar <input type="checkbox"/> remisión de socio comunitario <input type="checkbox"/> Padre de Antes <input type="checkbox"/> otro Head Start <input type="checkbox"/> preescolar del Estado <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> referencia de Agencia de comunidad local <input type="checkbox"/> Anuncio público <input type="checkbox"/> Amigo de familia <input type="checkbox"/> Envíos <input type="checkbox"/> Anuncios de servicio público (Radio/TV) <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | | |

PADRE Y/O GUARDIAN

FUENTE DE INGRESOS

| | |
|----------|---|
| 1 | <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| 2 | <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo <input type="checkbox"/> Otro _____ |

INFORMACION PRENATAL

N/A
 Embarazada antes de la Inscripción
 Primer Embarazo
 Fecha prevista de entrega: _____

INFORMATION DEL MIEMBRO DE LA FAMILIA DE HOGAR DE ADULTOS

(Por favor, sólo incluya a los adultos en el hogar apoyados por los ingresos de los padres.)

| (Apunte el Adulto Primario Primero) Primer Nombre Y Apellido | Fecha de Nacimiento | Cómo Relacionado con el solicitante | Sexo | Nivel de Educación | Estado de Empleo | Asistiendo a la escuela/ Entrenamiento |
|---|---------------------|-------------------------------------|------|--------------------|------------------|---|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |

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

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.

- ¿Tiene su niño una incapacidad? _____ (Si no, por favor vaya a la pregunta #6)
- Tipo de necesidad especial o incapacidad _____
- ¿Ha sido la incapacidad profesionalmente diagnosticada? (Si sí, ¿en qué edad _____? ¿Por quién? _____)
- ¿Tiene el niño un IEP? _____
- ¿Está el niño recibiendo servicios especiales para la incapacidad? _____
- 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.

Los niños y las madres embarazadas que son determinados como elegibles para el programa de Early Head Start son elegibles hasta que el niño cumpla 3 años (4 años si el niño está en cuidado de niños familiar).

Firma del Solicitante :

Fecha:

TO BE COMPLETED BY STAFF

| | | | |
|---|---------------------|---------------------------------------|--|
| Initial Enrollment Program Year: | Center Name: | Family ID: Child ID: | First Day Child Attended Class (Entry): |
|---|---------------------|---------------------------------------|--|

| | | |
|--|--|---|
| Acceptance Status (circle): Accept Denied | Program Type: <input type="checkbox"/> EHS <input type="checkbox"/> EHS-CCP <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> First 5 <input type="checkbox"/> LIFT | Program Option <input type="checkbox"/> Home Base <input type="checkbox"/> Full Day <input type="checkbox"/> Part Day |
|--|--|---|

| | |
|---|--|
| Income Eligibility (select only one): <input type="checkbox"/> Income (below federal poverty guidelines) <input type="checkbox"/> Over-income | Categorical Eligibility (select one): <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Foster Care CD 9600 date: _____ |
| Documents Verified (select as many as apply): <input type="checkbox"/> Check Stub <input type="checkbox"/> W2 <input type="checkbox"/> Written Statement from Employer <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Document of no income <input type="checkbox"/> Other _____ | Documents Verified (select one): First date of subsidized service: _____ <input type="checkbox"/> Foster Care Reimbursement <input type="checkbox"/> Statement from homeless services provider <input type="checkbox"/> Other _____ |
| Total Annual Income: \$ _____ | |

| | | |
|---|---|---|
| Birth Verified By Birth Certificate <input type="checkbox"/> Passport <input type="checkbox"/> Medi-cal Card <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/> _____ | Age by September 1st: | Months at time of Enrollment (EHS & EHS-CCP only): |
|---|---|---|

| | | |
|--|-------------------|--------------|
| Verifying Staff Member Signature: | Print Name | Date: |
|--|-------------------|--------------|

| | | |
|---|-------------------|--------------|
| Verifying Staff Member Signature (2nd year) : | Print Name | Date: |
|---|-------------------|--------------|

Parent confirms eligibility for 2nd year of Head Start based on Head Start Regulations (1305.7(c))

In-person Interview **Phone Interview:** _____

Provide reason for phone interview in lieu of in-person interview

