

SOLICITUD DE INSCRIPCION DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PREESCOLARES

INFORMACION DEL NIÑO				<input type="checkbox"/> EHS –CCP <input type="checkbox"/> EHS <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> LIFT/EHS	
Nombre Legal del Niño Primero		Inicial del Segundo Nombre	Apellido		
Lugar de Nacimiento del Niño (Ciudad, Estado)			Fecha de Nacimiento del Niño (mm/dd/yyyy)	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Etnia del Niño Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza del Niño: <input type="checkbox"/> Indígena Americano(E.E.UU)/Indígena de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi/Birracial <input type="checkbox"/> Indígena Hawaiano/Otro Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> No especificado			
Idioma Primario del Niño:			Segundo Idioma del Niño:		
Estado Parental: <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> dos padres <input type="checkbox"/> Padre(s) de Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Guardián(es)					
INFORMACION DEL HOGAR/FAMILIA DEL NIÑO					
1. Nombre del Adulto Primario (Nombre y Apellido):		Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Raza:	Idioma Primario (si es diferente del niño)	Segundo idioma (si es diferente del niño)
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado			Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
Fecha de Nacimiento:		Relación al Niño:			
Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> Grado _____ <input type="checkbox"/> Graduado de la Preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Título universitario de educación básica (AA) <input type="checkbox"/> Licenciatura o más allá		Empleo: <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A Fuente de Ingresos: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo <input type="checkbox"/> Otro		Asistiendo a la Escuela/Entrenamiento: <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	
Dirección de Residencia:			Dirección para recibir el Correo (si es diferente a la Dirección de Residencia):		
Vivienda Actual: <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Otro					
Ciudad:		Estado: CA	Código Postal:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
2. Segundo Adulto (si aplica)		Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza:	
Fecha de Nacimiento:		Relación al Niño:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Nivel de Educación:		Empleo: <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A Fuente de Ingresos: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo <input type="checkbox"/> Otro		Asistiendo a la Escuela/Entrenamiento: <input type="checkbox"/> FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> N/A	
Número de Teléfono Primario: <input type="checkbox"/> Residencia <input type="checkbox"/> Celular ()		Otro Teléfono: <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> para Mensaje ()			
¿Se puede mandar mensaje de texto a Teléfono Celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se puede mandar mensaje de texto a Teléfono Celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Correo Electrónico (email):		¿Se puede mandar correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Vivienda Actual: <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Otro		
INFORMACION					
La Familia Recibe:		¿Tiene el Niño Seguro Médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marque si aplican: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Tribal			
CalWORKS (programa de asistencia monetaria) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene el Niño Seguro Dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Supplemental Security Income (SSI)(Ingresos Suplementales de Seguridad) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Recibe la familia WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Recibe la familia WIC? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Recibe la familia CalFresh? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Cómo se enteró de nosotros? (Marque lo pertinente): <input type="checkbox"/> Evento de la Comunidad <input type="checkbox"/> Volante <input type="checkbox"/> Distrito Escolar <input type="checkbox"/> Otro Programa Preescolar <input type="checkbox"/> Facebook/Medios Sociales <input type="checkbox"/> Referencia de Comunidad Local <input type="checkbox"/> Cartelera <input type="checkbox"/> Anuncio de Autobús <input type="checkbox"/> Amigo de Familia <input type="checkbox"/> Online/Internet <input type="checkbox"/> Padres que regresan/Otro padre de Head Start <input type="checkbox"/> Otro (por favor explique)					
INFORMACION					
¿Está actualmente embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, fecha en que se espera que nazca él bebe:					
¿Al menos uno de los padres/tutor es un veterano del ejercito de los Estados Unidos en servicio activo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Al menos uno de los padres/tutor es un veterano del ejercito de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Algunos de los centros de Head Start proporcionan transportación de autobús. ¿Su niño necesitara trasportación si está disponible? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si lo necesita, explique por qué:					
¿Está relacionado con un empleado del Departamento de Servicios Preescolares? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Nombre del Empleado:		Relación del Empleado con el niño:		Centro:	

