

APLICACION DE INSCRIPCION DEL HEAD START Y HEAD START TEMPRANO

INFORMACION DEL NIÑO 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 Latino <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Raza del Niño <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 _____	Idioma Primario del Niño <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	Raza	Idioma Primario si es diferente del niño	Segundo idioma si es diferente del Niño
2 Segundo Adulto (si aplica)	Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Raza	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

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) Residencia <input type="checkbox"/> Cellular <input type="checkbox"/>	Otro Teléfono (incluyendo el código del área) Residencia <input type="checkbox"/> Mensaje <input type="checkbox"/> Cellular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/>
--	--

Total en la Familia _____	Se puede mandar mensaje a telefono movil? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Se puede mandar correo electrónico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	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 _____ Vivienda Anterior: <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Other _____
¿Su hijo/a está relacionado con un empleado de Departamento De Servicios Preescolar? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
Nombre y Relación del empleado con el niño: _____ Locación del empleado: _____			
Dirección de correo electrónico: _____			

INFORMACION DE ELIGIBILIDAD

Recibe la familia : SSI <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	¿Tiene seguro el niño? Marque si aplica: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> IEHP <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Emergency <input type="checkbox"/> Otro _____	¿Tiene la Familia Seguro Médico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Recibe la familia WIC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Recibe la familia CalFRESH (EBT)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Tiene el Niño Seguro Dental? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

¿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	<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 (18 and older only) (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 Circule uno:	Asistiendo a la escuela/Entrenamiento: Circule uno:
1					DC PD NA	DC PD NA
2					DC PD NA	DC PD NA
3					DC PD NA	DC PD NA
4					DC PD NA	DC PD NA

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

¿Al menos uno de los padres / tutor es un miembro del ejército de los Estados Unidos en servicio activo? YES NO

¿Al menos uno de los padres / tutor es un veterano del ejército de los Estados Unidos? YES NO

¿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.

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:	First Day Child Attended Class (Entry):
		Child ID:	

Acceptance Status (circle): Accept <input type="checkbox"/> Denied <input type="checkbox"/>	Program Type: <input type="checkbox"/> EHS <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> LIFT <input type="checkbox"/> EHS-CCP	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	EHS/CCP ONLY: CD 9600 date: _____ First date of subsidized service: _____
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): <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:
--	-------------------	--------------

Parent Signature (2nd Year)	Print Name	Date:
------------------------------------	-------------------	--------------

Parent confirms eligibility for 2nd year of Head Start based on Head Start Regulations (1302.12(j)(1))

In-person Interview Phone Interview Note(s): _____

Staff signature _____

Date: _____