

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 Pacífico <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		Asistiendo a la Escuela/Entrenamiento: <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					
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		Asistiendo a la Escuela/Entrenamiento: <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					
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			
CalWORKs (programa de asistencia monetaria) <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			
Supplemental Security Income (SSI)(Ingresos Suplementales de Seguridad) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene el Niño Seguro Dental? <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:	

SOLICITUD DE INSCRIPCION DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS PREESCOLARES

INFORMACION DEL HOGAR ADICIONAL

Primer Nombre y Apellido de los Miembros del Hogar (apoyado por los ingresos de los padres/guardián)	Como está Relacionado con el Solicitante	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza/Etnia	Empleo
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					

Número Total en la Familia (Incluyendo a los Adultos): _____

NECESIDADES ESPECIALES

Niños con necesidades especiales diagnosticadas pueden tener prioridad para la inscripción de Head Start (Su divulgación de esta información es estrictamente voluntaria).

1. ¿Tiene su niño una incapacidad? Sí No Yo decido no divulgar información (Si no, vaya a la pregunta #6)
2. Tipo de necesidad especial o incapacidad _____
3. ¿Ha sido la incapacidad profesionalmente diagnosticada? Sí No
Si sí, ¿en qué edad? _____
¿Por quién? _____
4. Tiene el niño un IFSP/IEP? Sí No
5. ¿Está el niño recibiendo servicios especiales para la incapacidad? Sí No
6. ¿En su opinión, Tiene su niño una necesidad especial que todavía no ha sido diagnosticada? Sí No
Si sí, por favor explique: _____

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de esta agencia puede ser finalizada. También comprendo que la información en esta solicitud se mantendrá de manera estrictamente confidencial y es accesible a mi durante el horario normal.

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____

TO BE COMPLETED BY PSD STAFF (COMPLETADA POR EL PERSONAL DE PSD)

Initial Enrollment Program Year:	Center Name:	Family ID: Child ID:	First Day Child Attended Class(Entry):
Acceptance Status: <input type="checkbox"/> Accept <input type="checkbox"/> Deny	Program Type: <input type="checkbox"/> EHS <input type="checkbox"/> Head Start <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 one): <input type="checkbox"/> Income (below FPL guidelines) <input type="checkbox"/> Over Income		Categorical Eligibility (select one): <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Foster Care <input type="checkbox"/> CalWORKs <input type="checkbox"/> SSI	EHS –CCP Only: CD 9600 date: _____ First date of subsidized service: _____
Documents Verified (select all that apply): <input type="checkbox"/> 1040 Taxes <input type="checkbox"/> Check Stub <input type="checkbox"/> W2 <input type="checkbox"/> Written Statement from Employer <input type="checkbox"/> UIB <input type="checkbox"/> Document of no income <input type="checkbox"/> Other: _____ Total Annual Income: \$ _____		Documents Verified (select one): <input type="checkbox"/> Foster placement papers <input type="checkbox"/> Passport to Services <input type="checkbox"/> NOA <input type="checkbox"/> SSI Award Letter <input type="checkbox"/> Statement from homeless service provider <input type="checkbox"/> Other	
Birth Verified By: <input type="checkbox"/> Birth Certificate <input type="checkbox"/> Passport <input type="checkbox"/> Foster Placement Papers <input type="checkbox"/> Medi-Cal card <input type="checkbox"/> Other		Age by Enrollment Date:	Months at Time of Enrollment (EHS)
Verifying CEU Staff Member (Print Name):		Signature:	Date:
Parent Signature (2nd Year) Head Start Regulations [1302.12(i)(1)]			Date:
Parent Signature (3rd Year EHS) Head Start Regulations [1302.12(i)(1)]			Date:
Notes:			
<input type="checkbox"/> In Person Interview <input type="checkbox"/> Phone Interview			
Site Generalist Signature:			Date: