



¿A cuál programa está aplicando?
(Por favor complete una solicitud por cada
persona que desea inscribir)

Head Start/ECEAP
Preescolar para edades
de 3-5 años

Early Head Start
Basado en el hogar para edades 0-3 años
*Si embarazada fecha de parto: _____

Sección A - Solicitantes Embarazadas - valla a la sección B y complete el resto de la solicitud

Nombre del Niño _____ Fecha de Nacimiento _____ Feminino Masculino
Primer Nombre Apellido

Dirección _____
Calle Apt # Ciudad Código Postal

Idioma(s) niño habla en casa: _____

Raza/Etnicidad del niño: Indígena Americano/Indígena Alaska Asiático Negro/Afroamericano
 Hispano Hawaiano/Isleño pacífico Multi-racial Otro Blanco

¿Tiene su hijo alguno de los siguientes problemas de salud? (Quizás se necesite información/formularios adicionales antes de empezar)
Alergia a la comida No Si Asma No Si Medicamento No Si

¿Está el niño inscrito en nuestro programa de Early Head Start? No Si

¿Tiene su hijo un IEP/IFSP? No Si ¿Es su niño un niño adoptivo? No Si
(Servicios especiales/educación especial con el distrito o servicios de intervención temprana)

Sección B

¿Actualmente se encuentra su familia en la situación de no tener hogar/vivienda permanente? No Si
(Incluye el vivir temporalmente en un refugio, motel, hotel, o con familia o amigos)

¿Tienes un caso abierto de CPS? No Si

¿A quién podemos llamar si no nos podemos comunicar con usted? Nombre _____ Teléfono _____

¿Cómo escuchó del programa? Familia/amigos Proveedor de salud En línea/red social
 WIC/Comm Action Distrito Escolar Evento Comunitario Recibió por correo Otro _____

PADRES/TUTORES (viven con el niño)	PADRES/TUTORES (viven con el niño <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si)
Nombre:	Nombre:
Fecha De Nacimiento: Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha De Nacimiento: Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
Relación con el niño:	Relación con el niño:
Dirección postal: (si es diferente)	Dirección postal: (si es diferente)
Correo electrónico:	Correo electrónico:
Teléfono Primario: <input type="checkbox"/> Cel. OK enviar textos: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje	Teléfono Primario: <input type="checkbox"/> Cel. OK enviar textos: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje
Teléfono Secundario: <input type="checkbox"/> Cel. OK enviar textos: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje	Teléfono Secundario: <input type="checkbox"/> Cel. OK enviar textos: <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje
Idioma(s): ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	Idioma(s): ¿Necesita un intérprete? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

Sección C – Personas Adicionales *Por favor liste todos los niños y adultos adicionales que viven en la casa y los cuales los padres/tutores inscritos mantienen. Si necesita más espacio, por favor agregue una hoja extra.*

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación al niño

Sección D - Ingreso del hogar

Total de Ingresos mensuales (*antes de impuestos*) \$ _____ Número de personas en la familia _____
 (*Mantenida por el ingreso mensual*)

Fuente de ingresos: Sueldo/paga Desempleo TANF Manutención
 Ingreso suplementario del Seguro Social (SSI) Cuidado de crianza Otro (Por favor explique): _____

Sección E - Factores de riesgo basados en la investigación

(*utilizados para determinar los criterios de selección*)

	No	Si
¿Se ha expulsado al niño de un programa de aprendizaje temprano debido al comportamiento?		
¿Vive el niño con alguien que no sea un padre (el padre no vive allí)?		
¿Ha experimentado la familia la falta de vivienda en los últimos 12 meses?		
¿Le preocupa el desarrollo de su hijo?		
¿Tiene el niño un padre que está en la cárcel?		
¿Es esta una casa con un solo Padre?		
¿Hay antecedentes de violencia doméstica en el hogar?		
¿Los Padres en casa tienen un diploma de escuela secundaria o GED?		
¿Tiene el niño una condición de salud crónica (diabetes, asma, convulsiones, etc.)?		
¿Tiene la familia el apoyo de amigos y familiares?		
¿Hay un historial de abuso de sustancias en el hogar?		
¿Hay antecedentes de enfermedades mentales, niños o adultos, incluida la depresión materna?		
¿Tiene la familia un caso pasado de CPS?		
¿Un padre en el hogar es discapacitado?		
¿Recibió una referencia profesional a nuestro programa? Si es así, ¿de quién?		

Queremos saber de cualquier preocupación que tenga sobre su niño o familia.

VERIFICACIÓN: Yo verifico que toda la información de la familia e ingresos que he puesto en esta solicitud es verdadera y completa. Entiendo que cualquier información falsa puede cambiar el estatus de la inscripción de mi niño. Doy permiso para que esta información y documentación sea compartida con el programa de Head Start/ECEAP local para el propósito de inscribir a mi niño.

Entiendo que la solicitud de mi familia no está completa y no se procesará sin las siguientes cosas. He incluido:

- [] Prueba de los ingresos familiares de los últimos 12 meses;
- [] Prueba de la fecha de nacimiento del niño (*si está aplicando por un niño*)

FIRMA DE PADRE _____ **FECHA** _____

Si tiene preguntas, llame al (425) 712-9000