

EARLY HEAD START APPLICATION

La aceptación es basada en las necesidades de la familia/niño, y no en la fecha en que su aplicación fue recibida

Solicitante Principal: (<i>marque</i>)		Madre embarazada <input type="checkbox"/>		Niño/a <input type="checkbox"/>		
Apellido del Niño		Primer nombre		Segundo	Mascu. <input type="checkbox"/> Femen. <input type="checkbox"/>	Fecha de nacimiento ____/____/____ mes día año
¿Actualmente esta buscando cuidado de niños para este niño? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿ Necesita cuidado de niños para trabajar o ir a la escuela? : _____						
¿Atiende su hijo/a a una guardería? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cúal es su horario? _____ ¿Recibe usted subsidio de cuidad de niños? Condado <input type="checkbox"/> Ciudad <input type="checkbox"/> Cuánto paga a la semana? _____ ¿Tipo de guardería? Centro <input type="checkbox"/> Guardería familiar <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> ¿Dirección de proveedor? _____						
Dirección Completa:			# Apto.	Ciudad		Código Postal
# de teléfono ()		# de trabajo ()		# de celular ()		# de tel. y nombre de un amigo/familiar ()
Apellidos de la madre:		Primer nombre (madre):		Fecha de nacimiento ____/____/____ mes. día año		
Apellidos del padre:		Primer nombre (padre):		Fecha de nacimiento ____/____/____ mes. día año		
Apellido del guardián legal o de la familia adoptiva:		Primer nombre:		Fecha de nacimiento ____/____/____ mes. día año		
# de Seguro Social de niño: (no es el # de la tarjeta Forward) ____ - ____ - ____		# de Seguro Social de la madre: ____ - ____ - ____		# de Seguro Social del padre ____ - ____ - ____		
Estatus actual de vivienda: Renta <input type="checkbox"/> Vivienda propia <input type="checkbox"/> Vive con/en: Familia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> un refugio <input type="checkbox"/> de solicitante principal Otro (explique): _____						
Estado civil de los padres: <input type="checkbox"/> Casados <input type="checkbox"/> Divorciados <input type="checkbox"/> Separados <input type="checkbox"/> Viudo/a <input type="checkbox"/> Nunca se casaron pero viven juntos <input type="checkbox"/> Nunca se casaron y no viven juntos						
El niño vive con: <input type="checkbox"/> Los padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Cuidado Adoptivo <input type="checkbox"/> Guardián Otro (por favor explique): _____						
¿Está embarazada la solicitante principal ? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Es este su primer embarazo? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Fecha de parto: _____ ¿Actualmente en que trimestere del embarazo está? (circle): Primer trimestre (0-3 meses) Segundo trimestre (3-6 mese) Tercer trimestere (6-9 meses)						
¿Recibe usted atención prenatal durante su embarazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Atención prenatal regular? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En que mes fue su primera visita prenatal ? 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ¿Es/fue su embarazo de alto riesgo (determinado por un doctor o proveedor de salud)? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Actualmente visita usted una Enfermera de Salud Pública or PNCC? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Tiene seguro médico? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						

Total de las **OTRAS** personas viviendo en su hogar: _____

1. **Nombre:** _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____ **Sexo:** M / F

Relación con la persona aplicando : _____

2. **Nombre:** _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____ **Sexo:** M / F

Relación con la persona aplicando: _____

3. **Nombre:** _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____ **Sexo:** M / F

Relación con la persona aplicando: _____

4. **Nombre:** _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____ **Sexo:** M / F

Relación con la persona aplicando: _____

5. **Nombre:** _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____ **Sexo:** M / F

Relación con la persona aplicando: _____

Raza de la madre: Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano
 Hawaiano o de las islas del Pacífico Blanco Biracial/Multiracial Indeterminado Otro (explique): _____

Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Latino

Idioma principal de la madre: Inglés Español Hmong Otro (explique): _____

Habla Inglés : Sí No Poco

Madre ¿Cuál fue el último grado o año escolar que completó?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED HSED 13 14 15 16 Técnico Licenciatura Maestría Sin educación

Raza del padre: Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano
 Hawaiano o de las islas del Pacífico Blanco Biracial/Multiracial Indeterminado Otro (explique): _____

Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Latino

Idioma principal del padre: Inglés Español Hmong Otro (explique): _____

Habla Inglés : Sí No Poco

Padre ¿Cuál fue el último grado o año escolar que completó?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 GED HSED 13 14 15 16 Técnico Licenciatura Maestría Sin educación

Raza del niño: Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano
 Hawaiano o de las islas del Pacífico Blanco Biracial/Multiracial Indeterminado Otro (explique): _____

Etnicidad: Hispano/Latino No-Hispano/Latino

Idioma principal del niño: Inglés Español Hmong Otro (explique): _____

Habla Inglés : Sí No Poco

¿Ha sido su hijo/a **diagnosticado** con alguna incapacidad? Sí No

Describe la incapacidad diagnosticada: _____

¿Tiene su hijo/a un **Plan Individualizado de Servicio Familiar**? Sí No

¿Hay un **IFSP** en proceso para este niño/a? Yes No

¿Recibe su hijo/a **servicios especiales de 0-3** o alguna **clínica**? Sí No

Nombre de programa, clínica o proveedor: _____

¿Tiene su hijo/a una **posible** incapacidad? Sí No

Describe la posible incapacidad: _____

¿Recibe su hijo/a **asistencia médica**? Sí No # de **Asistencia Médica/Tarjeta Forward**: _ _ - _ - _ - _ - _ -

¿Tiene su hijo/a **Seguro Médico Privado**? Sí No Proveedor: _____

IMPORTANTE!

★ **Respuestas detalladas a estas preguntas nos ayuda a determinar su elegibilidad para el programa.**

(si necesita más espacio para contestar las preguntas, puede continuar sus respuestas en una hoja separada)

Agency
Use Only

1. ¿Por que usted tiene interes en Early Head Start y que desea obtener de EHS?	
2. ¿Cómo se enteró usted de Early Head Start? (Birth to 3, Servicios Humanos, Doctor, WIC, otro? Por favor identifique)	
3. Si la solicitante está embarazada: ¿Tuvo algún problema de salud o complicación durante el embarazo, el parto, o despues del nacimiento?	
4. ¿Por cuánto tiempo quedó su hijo/a en la hospital después del nacimiento?	
5. ¿Tuvo algún complicación en el nacimiento de su hijo o durante las primeras etapas de su desarrollo? (Por favor explique)	
6. ¿Actualmente, tiene alguna preocupación en relación a su hijo/a? (Salud, desarrollo, habla, o si está tomando algún medicamento, por favor explique).	
7. ¿Ha sucedido algún evento importante que haya afectado la vida de su hijo/a? (Sin hogar, violencia familiar, adopción, abandono, encarcelamiento, muerte de un familiar, explique).	
8. ¿Tiene alguna preocupación o dificultad para proveer las necesidades básicas de su familia? (Ropa, vivienda, comida, empleo, etc..., por favor explique).	
9. ¿Algún miembro de su familia inmediata tiene problemas de salud, dental, nutrición, o un problema mental? (Por favor, explique) ¿Alguien más en su familia tiene una posible o diagnosticada incapacidad, o recibe apoyo educativo en la escuela? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿ Quien? (explique) _____	
10 ¿Tiene alguna otra preocupación sobre algún miembro de su familia? (Capacidad para educar a sus hijos, problemas de drogadicción, alcoholismo, etc...., por favor explique).	
11. ¿Recibe usted alguno de estos servicios? Marque los que apliquen. Subsidio de Casa <input type="checkbox"/> Estampillas de comida <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/>	
12. ¿ Su hijo/a recibe otros servicios? (Servicios humanos, Family Preservation, Birth-3, ECI, etc)	

NO SE PUEDE PROCESAR NINGUNA SOLICITUD SIN COMPROBANTE DE TODOS LOS INGRESOS QUE GANÓ LA FAMILIA EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES

MARQUE CON PALOMITA CADA TIPO DE INGRESO QUE RECIBE SU FAMILIA			COMPROBANTES ACEPTABLES
<input type="checkbox"/>	Foster Care o Kinship Care <u>para este niño/a</u> Cantidad que recibe: \$ _____		• Papeles o extracto de Foster Care o Kinship Care
<input type="checkbox"/>	SSI (Supplemental Security Income) o Caretaker Supplement Cantidad que recibe: \$ _____		• Papeles o extracto de SSI o Caretaker Supplement • Talón de cheque
<input type="checkbox"/>	Programa W2 (NO incluye estampillas de comida) Cantidad que recibe: \$ _____		• Talon de cheque de W2 • Papeles o extracto de beneficios W2 • Papeles de subsidio de cuidado de niños
<input type="checkbox"/>	Sustento de Niño(s) <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Cantidad que recibe actualmente: \$ _____ cada		• Papeles o extracto de sustento de niño • Documentos de la corte
→	¿Está empleada la madre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No , ¿está buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Empleador: _____ Ingresos: \$ _____ cada Fechas ___/___/___ a ___/___/___ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Favor de notar todos los empleadores para los últimos 12 meses Empleador: _____ Ingresos: \$ _____ cada Fechas ___/___/___ a ___/___/___ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes	Desempleo: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Ingresos: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Ingresos: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes	• Forma 1040 de impuestos federales del año pasado • Formas W-2 de impuestos del año pasado • Talones de cheque
→	¿Está empleado el padre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No , ¿está buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Empleador: _____ Ingresos: \$ _____ cada Fechas ___/___/___ a ___/___/___ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Favor de notar todos los empleadores para los últimos 12 meses Empleador: _____ Ingresos: \$ _____ cada Fechas ___/___/___ a ___/___/___ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes	Desempleo: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Ingresos: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Ingresos: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes	• Carta escrito por el empleador • Talón de cheque de beneficios de desempleo
→	¿Está empleado el guardián/tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es No , ¿está buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Empleador: _____ Ingresos: \$ _____ cada Fechas ___/___/___ a ___/___/___ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Favor de notar todos los empleadores para los últimos 12 meses Empleador: _____ Ingresos: \$ _____ cada Fechas ___/___/___ a ___/___/___ <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes	Desempleo: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Ingresos: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Ingresos: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes	
<input type="checkbox"/>	Otros ingresos, como militar, prestamos estudiantil, auto-empleo, seguro social, disability, etc. Tipo de ingreso: _____ Ingresos: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> otro: _____ Tipo de ingreso: _____ Ingresos: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> otro: _____		• Talón de cheque • Papeles oficiales (con cantidades)

Aceptación al Early Head Start y Head Start es basada en los ingresos y las necesidades del niño/a y la familia, y no en la fecha en cual recibimos la solicitud.

“Yo certifico que las respuestas contenidas en este documento son verdaderas y completas según mi leal saber y entender. Comprendo que el dar información falsa a un Programa Federalmente Financiado es contra la ley. Yo soy el padre/la madre/el guardián/tutor legal de este niño/a y este es nuestro ingreso familiar.”

**Firma de padre/madre/
guardián/tutor legal (requerida):** _____

Fecha: _____

Dane County Parent Council, Inc. es una organización sin fines de lucro. No discrimina en la administración de los programas.

Ayúdenos a mantener su información al corriente. Por favor notifíquenos con cualquier cambio al (608)275-6740