



Agency Use Only
Program Year: _____
Date Entered: _____
Entered By: _____

SOLICITUD PARA HEAD START

La aceptación al programa de Head Start es basada en las necesidades del niño y de su familia y no en la fecha en que su aplicación fue recibida.

Apellido Paterno del Niño:		Apellido Materno:		Primer Nombre:		Segundo Nombre		Masculino <input type="checkbox"/>
								Femenino <input type="checkbox"/>
Fecha de nacimiento: ____/____/____ Mes Día Año			¿Está su niño en Early Head Start? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
			¿Quién es su trabajador/a social?: _____					
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: <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Vivienda propia Vive con/en: <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Un Refugio <input type="checkbox"/> 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): _____								
Total de las OTRAS personas viviendo en su hogar: _____								
1. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M / F								
Relación con el niño aplicando a Head Start: _____								
¿Trabaja o recibe algún tipo de ingreso? Sí / No (Si tiene, por favor explique) _____								
2. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M / F								
Relación con el niño aplicando a Head Start: _____								
¿Trabaja o recibe algún tipo de ingreso? Sí / No (Si tiene, por favor explique) _____								
3. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M / F								
Relación con el niño aplicando a Head Start: _____								
¿Trabaja o recibe algún tipo de ingreso? Sí / No (Si tiene, por favor explique) _____								
4. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M / F								
Relación con el niño aplicando a Head Start: _____								
¿Trabaja o recibe algún tipo de ingreso? Sí / No (Si tiene, por favor explique) _____								
5. Nombre: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____ Sexo: M / F								
Relación con el niño aplicando a Head Start: _____								
¿Trabaja o recibe algún tipo de ingreso? Sí / No (si tiene, por favor explique) _____								

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

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

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

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

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

¿Atiende su hijo/a a una guardería Sí No ¿Cuál es su horario?: _____

Recibe usted subsidio de cuidado de niños o dinero para guardería del: Condado Ciudad

¿Cuánto paga a la semana?: _____

¿Qué tipo de guardería utiliza? Centro Guardería familiar Amistad Familia

Dirección? _____

¿Ha sido su hijo/a **diagnosticado** con alguna incapacidad? Sí No
 Describa la incapacidad diagnosticada: _____

¿Tiene su hijo/a en un **Plan de Educación Individualizada** o un **Plan Individualizado de Servicio familiar**?
 IEP IFSP

¿Hay un **IEP** o un **IFSP** en proceso para este niño/a? Si No

¿Atiende su hijo/a a un **Programa de Educación Especial** en una escuela pública o en **0-3**? Sí No
 Nombre de la escuela pública: _____

¿Si su hijo/hija esta en uno de los programas, cual o cuales servicios recibe?:
 Terapia para el habla/lenguaje Educación temprana de la niñez Terapia física Terapia Ocupacional

¿Tiene su hijo/a una **posible** incapacidad? Sí No
 Describa la posible incapacidad: _____

¿Alguien más en su familia tiene una posible o diagnosticada incapacidad? Sí No

¿Quién? (explique) _____

¿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.**
- ★ **Cada respuesta recibe una puntuación por un miembro del departamento de inscripción y es basado en las necesidades de su hijo y su familia.**

Uso de la
Agencia

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

<p>1. ¿Cómo se enteró usted de Head Start? (Fue referido por alguna agencia, centro, doctor enfermera, Birth to Three).</p>	
<p>2. ¿Tuvo algún problema en el nacimiento de su hijo o durante las primeras etapas de su desarrollo? (Por favor explique)</p>	
<p>3. ¿Actualmente, tiene alguna preocupación en relación a su hijo? (Salud, desarrollo, habla, o si está tomando algún medicamento, por favor explique).</p>	
<p>4. ¿Cómo describiría usted el comportamiento de su hijo? ¿Tiene alguna preocupación? (Por favor explique)</p>	
<p>5. ¿Ha sucedido algún evento importante que haya afectado la vida de su hijo? (Sin hogar, violencia familiar, adopción, abandono, encarcelamiento, muerte de un familiar, explique).</p>	
<p>6. ¿Tiene alguna preocupación o dificultad para proveer las necesidades básicas de su familia? (Ropa, vivienda, comida, empleo, etc..., por favor explique).</p>	
<p>7. ¿Algún miembro de su familia inmediata tiene problemas de salud, dental, nutrición, o un problema mental? (Por favor, explique)</p>	
<p>8. ¿Tiene alguna otra preocupación sobre algún miembro de su familia? (Capacidad para educar a sus hijos, problemas de drogadicción, alcoholismo, etc...., por favor explique).</p>	
<p>9. ¿Actualmente, cuáles son sus necesidades de cuidado de niños? (Disponibilidad, costo, etc..., por favor explique).</p>	
<p>10. ¿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"/></p>	

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 para este niño/a Cantidad que recibe: \$ _____	<ul style="list-style-type: none"> • Papeles o extracto de Foster Care o Kinship Care
<input type="checkbox"/> SSÍ (Supplemental Security Income) o Caretaker Supplement Cantidad que recibe: \$ _____	<ul style="list-style-type: none"> • Papeles o extracto de SSÍ o Caretaker Supplement • Talón de cheque
<input type="checkbox"/> Programa W2 (NO incluye estampillas de comida) Cantidad que recibe: \$ _____	<ul style="list-style-type: none"> • Talon de cheque de W2 • Papeles o extracto de beneficios W2 • Papeles de subsidio de cuidado de niños
<input type="checkbox"/> Sustento de Nino(s) Cantidad que recibe actualmente: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes	<ul style="list-style-type: none"> • Papeles o extracto de sustento de niño • Documentos de la corte
→ ¿Esta empleada la madre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí la respuesta es No , ¿esta buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desempleo: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Empleador: _____ Ingresos: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Fechas ___/___/___ a ___/___/___ Favor de notar todos los empleadores para los últimos 12 meses Empleador: _____ Ingresos: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Fechas ___/___/___ a ___/___/___	<ul style="list-style-type: none"> • Forma 1040 de impuestos federales del año pasado • Formas W-2 de impuestos del año pasado • Talones de cheque
→ ¿Esta empleada el padre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí la respuesta es No , ¿esta buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desempleo: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Empleador: _____ Ingresos: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Fechas ___/___/___ a ___/___/___ Favor de notar todos los empleadores para los últimos 12 meses Empleador: _____ Ingresos: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Fechas ___/___/___ a ___/___/___	<ul style="list-style-type: none"> • Carta escrito por el empleador • Talón de cheque de beneficios de desempleo
→ ¿Esta empleada el guardián/tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Sí la respuesta es No , ¿esta buscando trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desempleo: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Empleador: _____ Ingresos: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Fechas ___/___/___ a ___/___/___ Favor de notar todos los empleadores para los últimos 12 meses Empleador: _____ Ingresos: \$ _____ cada <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> dos semanas <input type="checkbox"/> mes Fechas ___/___/___ a ___/___/___	<ul style="list-style-type: none"> • Talón de cheque • Papeles oficiales (con cantidades)
<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: _____	<ul style="list-style-type: none"> • Talón de cheque • Papeles oficiales (con cantidades)

Acceptación 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 Financiad 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.