

¿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 \_\_\_\_\_ Sexo: F M  
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 \_\_\_\_\_

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

**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 |
|--------|---------------------|------------------|
|        |                     |                  |
|        |                     |                  |
|        |                     |                  |
|        |                     |                  |
|        |                     |                  |

Total de Ingresos mensuales (antes de impuestos) \$ \_\_\_\_\_

Número de personas en la familia: \_\_\_\_\_  
(Mantenida por el ingreso mensual)

Fuente de ingresos:  Sueldo/paga     TANF     Ingreso suplementario del Seguro Social (SSI)  
 Desempleo     Manutención     Otro \_\_\_\_\_

| Factores de riesgo basados en la investigación (utilizados para determinar los criterios de selección) | Si | No |
|--|----|----|
| ¿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. Algunos ejemplos son: atraso en el habla, problemas de salud o comportamiento, discapacidades físicas o de aprendizaje. Si está aplicando para Early Head Start cómo mama embarazada, por favor díganos cualquier preocupación que tenga sobre este embarazo. Por favor describa cualquier situación especial que usted quiera que sepamos. Bajo algunas circunstancias se considerarán familias que están por encima de los ingresos.

**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**