

Date Received: _____



Total Points

Aplicación de Head Start/ECEAP 2008-2009

Información del Niño	Nombre del Niño (Apellido, Nombre)		Fecha de Nacimiento:		
	# de Teléfono:	# para dejar mensaje:	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer		
	Dirección:		#/ Nombre de los Apartamentos:		
			Ciudad:		Código Postal:
	No tenemos vivienda. (Esto significa que su familia se está quedando en un carro, parque, área de campamento u hotel, albergue de emergencia o vivienda de tránsito o su familia está viviendo temporalmente con otra familia): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si				
	¿Qué idioma(s) habla el niño? <input type="text"/>				
	Etnia del Niño: Marque UNA casilla <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Non Hispano				
Raza(s) del Niño: Marque TODAS las que se aplican: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islas Pacífico					
¿Tiene seguro médico este niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Nombre del Plan de Salud:					
Tipo: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Salud Básica <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/>					
¿Tiene seguro dental este niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Nombre del Seguro:					
Información Familiar	El niño vive con: <input type="checkbox"/> Uno de los dos padres/Tutores <input type="checkbox"/> Los dos padres/ Tutores				
	Nombre(s):				
	El niño es: (marque uno) <input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Su hijo natural (Biológico) o Adoptado <input type="checkbox"/> Su Entenado <input type="checkbox"/> Su Nieto <input type="checkbox"/> Otro:				
	Número de Personas en la Familia:		Edades de los Otros Niños en el Hogar:		
	Ingreso Anual: (de los 12 meses más recientes o del año calendario pasado): \$ <input type="text"/> <input type="text"/>				
Por favor envíe junto con esta aplicación, la prueba de ingreso de su familia del año calendario pasado o de los 12 meses más recientes. Envíe copia de todo lo que sea pertinente: talones de cheques, los formularios W-2 o de la declaración de impuestos final del año pasado, letra de otorgamiento de beneficios TANF de DSHS, resumen de desempleo o su récord de los pagos de manutención infantil.					
¿Hay alguien en su familia que esté recibiendo SSI? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
Si la respuesta es afirmativa, ¿quién lo recibe?					
¿Recibe usted la ayuda del gobierno TANF? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí					
¿Si la respuesta es afirmativa, cuál es su número de caso de DSHS?					
Información Adicional	¿Cómo se enteró de Head Start/ECEAP?				
	¿Tiene alguna preocupación en especial por su hijo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor marque todas las que sean pertinentes <input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Habla/ Audición <input type="checkbox"/> Salud Dental <input type="checkbox"/> Incapacidad Física <input type="checkbox"/> Aprender inglés <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Jugando con Otros <input type="checkbox"/> Salud Física <input type="checkbox"/> Dificultades de Aprendizaje <input type="text"/>				
	¿Tiene alguna preocupación en especial por su familia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor marque todas las que sean pertinentes <input type="text"/>				
	<input type="checkbox"/> Sin vivienda <input type="checkbox"/> Asuntos de Salud <input type="checkbox"/> Dificultades para aprender <input type="checkbox"/> Padre adolescente <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Asuntos Legales <input type="checkbox"/> Asuntos Dentales <input type="checkbox"/> Asuntos de Droga/ Alcohol <input type="checkbox"/> Violencia Familiar <input type="checkbox"/> Aprender inglés: <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Desplazamiento Militar <input type="checkbox"/> Migración <input type="text"/>				
	Está interesado en (marque todos los que sean pertinentes):				
	<input type="checkbox"/> Escuela Preescolar de Medio Día <input type="checkbox"/> De Día Completo (incluye programa preescolar/ guardería)				
¿Recibe actualmente su familia un subsidio de guardería (ayuda del gobierno)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Subsidio #:					
Si está actualmente en una guardería,					
Nombre del Proveedor:		Teléfono:		(Por favor continúe al reverso)	
Recomendando Especialmente por la Agencia: <input type="text"/>					

		PADRE/TUTOR 1	PADRE/TUTOR 2
Información del Padre/ Tutor	Madre/Padre/Otro (Por favor circule) Nombre:		Madre/Padre/Otro (Por favor circule) Nombre:
	Dirección si es diferente a la del niño:		Dirección si es diferente a la del niño:
	Teléfono Celular/ Casa:		Teléfono Celular/ Casa:
	Teléfono del Trabajo/ Mensaje:		Teléfono del Trabajo/ Mensaje:
	Dirección Electrónica:		Dirección Electrónica:
	Fecha de su Nacimiento:		Fecha de su Nacimiento:
	Idioma(s) que habla:		Idioma(s) que habla: <input type="checkbox"/>
	Nivel de Educación (marque el grado mayor completado): <input type="checkbox"/> 8° grado o menor <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 9° grado <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> 10° grado <input type="checkbox"/> Entrenamiento Técnico <input type="checkbox"/> 11° grado <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> 12° gr./High School <input type="checkbox"/> BA o más alto		Nivel de Educación (marque el grado mayor completado): <input type="checkbox"/> 8° grado o menor <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 9° grado <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> 10° grado <input type="checkbox"/> Entrenamiento Técnico <input type="checkbox"/> 11° grado <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> 12° gr./High School <input type="checkbox"/> BA o más alto <input type="checkbox"/>
	¿Se encuentra trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más a la semana) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (menos de 35 horas cada semana) Nombre de su Empleador: _____ <input type="checkbox"/> Empleado de Temporada <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No puede trabajar		¿Se encuentra trabajando actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más a la semana) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (menos de 35 horas cada semana) Nombre de su Empleador: _____ <input type="checkbox"/> Empleado de Temporada <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No puede trabajar <input type="checkbox"/>
	¿Se encuentre en la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> <i>Tiempo Completo</i> <input type="checkbox"/> <i>Medio Tiempo</i>		¿Se encuentre en la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> <i>Tiempo Completo</i> <input type="checkbox"/> <i>Medio Tiempo</i>

Nota: Se proporciona transporte para la mayoría de las áreas **solamente para los PROGRAMAS DE MEDIO DIA**. Por favor llene esta porción si está interesado en recibir servicio de transporte.

Información de transporte	A mi hijo lo recogerían en: Dirección Teléfono:
	A mi hijo lo regresarían a: Dirección Teléfono:

Es una regla de PSESD Head Start/ECEAP el no discriminar en base a raza, credo, religión, estado civil, orientación sexual, edad o incapacidad mental/ sensorial/ física.

Comprendo que la información que he proporcionado en esta aplicación es confidencial y no se compartirá sin mi permiso. Si es pertinente al caso, doy mi permiso al personal de Head Start/ECEAP de ponerse en contacto con DSHS para verificar mis beneficios.

Fecha: _____ Firma del Padre/ Tutor: _____

POR FAVOR DEVUELVA LA APLICACIÓN LLENA A



Pronto nos comunicaremos con usted para avisarle si su hijo es elegible para nuestro programa. Para recibir información general sobre Head Start/ECEAP, por favor llame al 1 866 KIDZ 1st ó 1 866 543-9178