

Date Received: \_\_\_\_\_



Total Points

### Aplicación de Head Start/ECEAP 2011-2012

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:	
	Estamos sin vivienda. (Esto significa que su familia se están 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"/> Sí			<input type="checkbox"/>
	¿Qué idioma(s) habla el niño?			<input type="checkbox"/>
	Etnia del Niño: Marque UNA casilla <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Non Hispano			<input type="checkbox"/>
	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			<input type="checkbox"/>
	¿Cree que su hijo tiene una incapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí			<input type="checkbox"/>
Información Familiar	¿Tiene este niño un IEP ? (Educación Especial) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Nombre del distrito escolar:			<input type="checkbox"/>
	¿Tiene seguro médico este niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Nombre del Plan de Salud:			<input type="checkbox"/>
	Tipo: <input type="checkbox"/> DSHS/ Cupón Médico <input type="checkbox"/> Salud Básica <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Otro:			<input type="checkbox"/>
	¿Tiene seguro dental este niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Nombre del Seguro:			<input type="checkbox"/>
	El niño vive con: <input type="checkbox"/> Uno de los dos padres/Tutores <input type="checkbox"/> Los dos padres/ Tutores			<input type="checkbox"/>
	Nombre(s):			<input type="checkbox"/>
	El niño es: (marque uno) <input type="checkbox"/> Su hijo natural (Biológico) o Adoptado <input type="checkbox"/> Su Entenado <input type="checkbox"/> Su Nieto Otro:			<input type="checkbox"/>
	Número de Personas en la Familia:		Edades de los Otros Niños en el Hogar:	<input type="checkbox"/>
	Ingreso Anual: (de los 12 meses más recientes o del año calendario pasado): \$			<input type="checkbox"/>
	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.			<input type="checkbox"/>
¿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?			<input type="checkbox"/>	
¿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?			<input type="checkbox"/>	
Información Adicional	¿Cómo se enteró sobre Head Start/ECEAP?			<input type="checkbox"/>
	¿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="checkbox"/> Salud Dental <input type="checkbox"/> Dificultades para aprender <input type="checkbox"/> Habla u oído <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Salud Física <input type="checkbox"/> Nutrición/Alimentación <input type="checkbox"/> Abuso/Negligencia <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Previo Entenado			<input type="checkbox"/>
	¿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="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Empleo/trabajo <input type="checkbox"/> Incapacidad/ No puede trabajar <input type="checkbox"/> Violencia familiar <input type="checkbox"/> Dificultades para aprender <input type="checkbox"/> Asuntos de Droga/ Alcohol <input type="checkbox"/> Inmigración <input type="checkbox"/> Salud Mental/Enfermedad <input type="checkbox"/> Desplazamiento militar <input type="checkbox"/> Asuntos legales <input type="checkbox"/> Asuntos de salud <input type="checkbox"/> Padre encarcelado(a) <input type="checkbox"/> Padre adolescente			<input type="checkbox"/>
	Está interesado en (marque todos los que sean pertinentes): <input type="checkbox"/> Preescolar de Medio Día <input type="checkbox"/> Día Completo (incluye preescolar/ guardería) <input type="checkbox"/> Base en el hogar			<input type="checkbox"/>
	¿Recibe actualmente su familia un subsidio de guardería (ayuda del gobierno)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Subsidio #:			<input type="checkbox"/>

	Si está actualmente en una guardería, Nombre del Proveedor: _____ Teléfono: _____	
	Recomendando Especialmente por la Agencia: _____	
<b>Información del Padre/ Tutor</b>	<b>PADRE/TUTOR 1</b>	<b>PADRE/TUTOR 2</b>
	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: _____
	¿Necesita un intérprete para acceder servicios? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Necesita un intérprete para acceder servicios? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
	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
	¿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"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Incapacitado	¿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"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Incapacitado
	¿Se encuentra en la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo	¿Se encuentra en la escuela actualmente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo

**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.

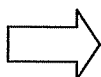
<b>Infor. de transporte</b>	A mi hijo lo recogerían en: Dirección _____ Teléfono: _____
	A mi hijo lo regresarían a: Dirección _____ Teléfono: _____

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**



Head Start/Ready Start Preschool Program  
PO Box 97039  
Redmond, WA 98073-9739

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 a 1-866-KIDZ-1st