

Sección 1: información básica						
Apellido del estudiante:		Nombre:		Segundo Nombre:		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Fecha de Nacimiento: _____/_____/_____		Preferencia de Programa: <input type="checkbox"/> Media Día <input type="checkbox"/> Día completo (No se ofrece en todos los programas: Padres deben estar trabajando o asistiendo a la escuela todo el día).				
Sección 2: Información de la Dirección (Incluya nombre y número del apartamento)						
Dirección:			Ciudad, Estado y Zona Postal :		Condado:	
Dirección para recoger al estudiante (si es diferente):			Dirección para dejar al estudiante (si es diferente):			
¿Qué distrito escolar vive usted?						
Sección 3: Información del niño/a						
Raza (Marque todas las categorías que se aplican)			Etnicidad		Idioma se habla en casa	
<input type="checkbox"/> Negra o Africano-Americano <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico			<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Hispana o Latina <input type="checkbox"/> No-Hispana o No-Latina		Principal: _____ Secundario: _____ <input type="checkbox"/> Padre o tutor necesita un traductor	
Sección 4: Información Familiar						
<i>Child Lives with:</i> <input type="checkbox"/> Los dos padres <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Custodio compartido (si compartido, <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Legal) <input type="checkbox"/> Orfanato <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro (Explique) _____						
Información del Padre/Tutor			Información del Padre/Tutor			
Nombre Completo:			Nombre Completo:			
Fecha de Nacimiento:			Fecha de Nacimiento:			
Dirección Completo:			Dirección Completo:			
Correo Electrónico:			Correo Electrónico:			
Tipo: (circule uno)			Tipo: (circule uno)			
Números de Tel. y Código de Área:			Números de Tel. y Código de Área:			
Hogar Trabajo Cel. Mensaje			Hogar Trabajo Cel. Mensaje			
Hogar Trabajo Cel. Mensaje			Hogar Trabajo Cel. Mensaje			
<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro			<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado <input type="checkbox"/> Padrastro/Madrastra <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otro			
Educación (marque la nivel mayor completado) <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta – Último Grado Cursado <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> GED (Diploma de Educación General) o Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> Título de Asociado <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Bachiller Universitario <input type="checkbox"/> Certificado Superior			Educación (marque la nivel mayor completado) <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta – Último Grado Cursado <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> GED (Diploma de Educación General) o Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> Título de Asociado <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Bachiller Universitario <input type="checkbox"/> Certificado Superior			
Empleo u Otra (Marque todas que aplican) <input type="checkbox"/> Empleado por lo menos 35 horas cada semana <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo (mas que 35 horas cada semana) <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela o universidad <input type="checkbox"/> Decide permanecer en casa <input type="checkbox"/> Desempleado			Empleo u Otra (Marque todas que aplican) <input type="checkbox"/> Empleado por lo menos 35 horas cada semana <input type="checkbox"/> Empleado tiempo completo (mas que 35 horas cada semana) <input type="checkbox"/> Asiste a la escuela o universidad <input type="checkbox"/> Decide permanecer en casa <input type="checkbox"/> Desempleado			
Proporciona Ayuda Financiera <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Proporciona Ayuda Financiera <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Favor de escribir abajo la información para el Contacto de emergencia para cada Padre/Tutor.						
Nombre Completo:		Números de Tel. y Código de Área:		Dirección:		Pueden ponerse en contacto recoger al niño?: Sí No
Sección 5: Otros Niños y Parientes Apoyados con estos Ingresos						
Apellido:	Nombre:	Head Start asistido?	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Relación Familiar:	Si es un niño, edad del padre cuando nació el niño:
		Sí No		M F		
		Sí No		M F		
		Sí No		M F		
		Sí No		M F		

Sección 6: Situación de Vivienda Actual de la Familia

Está el niño o su familia viviendo: en su casa en un hotel en una situación de vivienda temporal
 con otra familia por falta de vivienda o debido a dificultad económica en una posada
 sin una residencia permanente para pasar la noche

Sección 7: Ingreso de los Miembros de la Familia que son Responsables Legales para el Soporte del Niño

Nombre: _____ Salarios (Ingreso Annual): \$ _____

Nombre: _____ Salarios (Ingreso Annual): \$ _____

Is your family receiving any of the following? Check all that apply

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> y Estampillas de Comida | <input type="checkbox"/> SSI |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Pública – Ayuda en Efectivo (FIP) | <input type="checkbox"/> Reembolso por el cuidado para niños |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Seguro Social |
| <input type="checkbox"/> manutención de los hijos | |

Otro (No mencionado arriba)? _____

Sección 8: Estado de Inhabilidad del Niño (Solicitante)

- Participando con el FIT o Edad Temprana Evaluado por PET Recomendación del Padre: Explicación _____
- Diagnosticado con Inhabilidad. Favor de mostrar la documentación: IEP IFSP Evaluación Agencia que hace el Diagnóstico: _____

Sección 9: Información Confidencial para Determinar Elegibilidad Debido a Necesidad

	Sí	No		Sí	No
El comportamiento del niño le impide participar en actividades de grupo; o el niño ha sido referido para recibir consejería o evaluación de comportamiento.			Un/a hermano/a del niño tiene una enfermedad crónica, problemas de comportamiento severos, o cualquier otro problema que afecta negativamente al niño o la familia		
Cualquier persona en el hogar que no habla Inglés como language primaria			uno de los padres era menor de 20 años cuando nació el primer hijo		
El niño o sus hermanos han recibido abuso o negligencia; o los padres han sufrido violencia doméstica			Familia sin vivienda estable o no tiene hogar		
Pérdida de uno de los padres por fallecimiento, divorcio/separación, encarcelamiento, enfermedad crónica, o ausencia prolongada debido al servicio militar/empleo; o la muerte de un/a hermano/a; o el/la padre/madre está soltero/a; o los abuelos están criando al niño			Vive en un hogar que no es seguro o con mucha gente; o vive en un vecindario que no es seguro		
El niño tiene alguna enfermedad crónica como asma, alergias, infección de los oídos frecuentes, otros problemas _____;			Niño fue expuesto al envenenamiento por plomo, o la exposición prenatal a las drogas, el alcohol o la nicotina		

Sección 10: La información en este formulario es confidencial. El programa de pre-escuela no discrimina a las familias o los estudiantes basándose en la raza, color, nacionalidad, sexo o incapacidad.

Hago constar que la información, incluyendo los ingresos, que contiene esta solicitud es correcta y verdadera con lo mejor de mi conocimiento. Comprendo que es mi responsabilidad informar al programa de pre-escuela en caso de que mi niño cambie de domicilio, o si yo tengo otros cambios en las circunstancias que puedan afectar la inscripción y asignación de mi hijo/a. Entiendo que mi niño no puede estar inscrito en más de un programa gratis o de precio bajo preescolar. Entiendo que si mi niño/a asiste al programa de pre-escolar, se va a evaluar el progreso en el aprendizaje y desarrollo para apoyar su crecimiento; algunos resultados pueden usarse (sin usar el nombre de mi niño/a) y estará combinado con los resultados de otros niños/as para estudios relacionados con el nivel general de la preparación de los niños de kindergarten en todo el país.

Favor de firmar abajo si usted autoriza que la información que usted ha dado (tales como documentos de ingresos de salario) para que puedan ser compartidos con otros programas escolares de gratis o de precio reducido en el área con el propósito de darle la oportunidad a su niño.

Firma* del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Firma del Personal del Programa (si requerido): _____ Fecha: _____

* Si vía telefónica, el empleado debe marcar la casilla y poner las iniciales ____; y escriba con letra de molde el nombre de los padres y la fecha.