

APLICACIÓN DE ADMICIÓN

Nombre del niño (a): (Apeido)				(Primer Nombre)						
# de Seguro Social del Niño (a): - -		Grupo Racial: Negro <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> (Marque todos los que aplican) Blanco <input type="checkbox"/> Asiático/De las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Otro _____								
Fecha de Nacimiento del Niño (a): / /										
Genero: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		Idioma Principal : _____				Lugar de Nacimiento: _____				
Madre/Guardián en la casa:			SS #:		Fecha de nacimiento:		Nivel de educación:		Estado de empleo:	
Padre/Guardián en la casa:			SS #:		Fecha de nacimiento:		Nivel de educación:		Estado de empleo:	
Días y horas de trabajo/formación	Madre:	De: Para:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	
Días y horas de trabajo/formación	Padre:	De: Para:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo	
Dirección del Niño (a):			Ciudad:			Código Postal:				
# de Teléfono: () _____ <small>(Circule uno) Hogar Trabajo Mensaje Celular</small>					# Emergencia: () _____ <small>(Circule uno) Hogar Trabajo Mensaje Celular</small>					
<input type="checkbox"/> Permiso para recibir textos (se aplicarán cargos adicionales)					Correo electrónico--					
Estado de los Padres/Guardián: Un Padre Dos Padres Padres Adoptivos Familia Militar No relación Custodia Legal Compartida Custodia Legal Individual Personas sin hogar										
# de Personas: En la familia ()			En la casa ()			# de Niños: En la familia ()				
Esta la madre esperando bebe? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			Si la madre está esperando: Fecha en que nacerá él bebe: _____							
Recibe: TANF <input type="checkbox"/> Cal Works <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Wic <input type="checkbox"/>					Cuál es la Asegurancia Medica del Niño (a): Tiene su niño/a: Doctor de Cabecera Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Dentista de Cabecera? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Medi-cal <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/>					
Tiene el Niño (a) alguna incapacidad o impedimento especial? (i.e. Servicios Especiales) Si <input type="checkbox"/> (IFSP/IEP) No <input type="checkbox"/> Sospecha <input type="checkbox"/>					Dieta Especial/Alergia a alguna comida? Medicina Prescrita? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					
Ha recibido alguna vez su niño/a servicios de intervención temprana? (i.e. Centro regional de) Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>					Cual? _____ Cual? _____					
Circule la sesión q prefiere: AM/PM /Tiempo Completo/Tiempo Completo Modificado/ Base en el Hogar/FCC					Centro de su Preferencia :					
Yo, certifico que toda esta información mencionada es verdadera y correcta. También entiendo que la información en esta aplicación será guardada en estricta confidencialidad para uso de esta agencia solamente y tendré acceso a ella en horas regulares, si la llevo a necesitar. Yo, certifico que la información mencionada es verdadera y correcta. Y que yo entiendo que esta aplicación es para servicios preescolares pagados con fondos del gobierno federal y que si doy información intencionalmente incorrecta o fraudulenta puede tener como resultado la terminación de los servicios de Head Start o Early Head Start para mi hijo/a y podría causarme serias consecuencias legales.										
Firma del Padre/Madre/Guardián: _____						Fecha: _____				

INFORMACIÓN DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA

Adultos

*Solo liste otros adultos que usted reporta como dependientes en sus taxes al año.

Nombre y Apeido de los adultos en la casa		Fecha de Nacimiento	Genero	Nombre y Apeido de los adultos en la casa		Fecha de Nacimiento	Genero
A01			M F	A02			M F
A03			M F	A04			M F

Niños (as) (Liste todos los niños (as) en la familia y en la casa) * Solo liste otros niños que usted reporta como dependientes en sus taxes al año.		Adultos emparentados con niño/a (clave) B12= Dos adultos A01= Primer adulto A02= Segundo adulto			Como esta emparentado (clave) C= Natural/Adoptado/Hijastro F= Foster N= Sobrino/a G= Nieto/a O= Otro					
Nombre y Apeido de los niños en la casa		Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Genero	Adultos Emparentados con niño/a	C= natural	F= Foster	N= Sobrino	G= Nieto/a	O= Otro
C01				M F						
C02				M F						
C03				M F						
C04				M F						
C05				M F						
C06				M F						
C07				M F						

¿Cómo se enteró acerca de nuestro programa? Padres Agencia Evento de Reclutamiento En Línea Otros _____

*****PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE. NO ESCRIBA ABAJO DE ESTA LINEA*****

Comments: (Re: Special Family Circumstances)

In Person Interview? _____ Phone Interview? _____ Why? _____

Staff Received app. _____ Date: _____ Staff Processed & Verified Eligibility _____ Date: _____

Application Status: (Circle items received and verified) Income Birth Immun.	Fam. Inc.: \$	Class Age:
	Income Status: Eligible 101% to 130% Over Income	
Child eligible for next year? Y N	Sibling eligible for next year? Y N	
Eligibility Criteria Points:	Parents _____ Disability/Disabled _____ Income _____ Other _____ Age _____ Employment/Training _____	