

INFORMACIÓN GENERAL

Fecha Original de Solicitud:	Año Actual Fecha de Solicitud:	Fecha Original de Inscripción:	Año Actual Fecha de Inscripción:
Primer Nombre del Niño Segundo Nombre /Inicial:		Apellido (s) del Niño:	
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Niño no Nacido: (EHS/MEHS) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fecha de nacimiento:		Fecha Esperada del Parto	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CUIDADOR PRINCIPAL

Primer Nombre y Segundo / Inicial:		Apellido(s):	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento:	Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Militar/Activo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Idioma Principal:		Otro Idioma:	
Etnicidad (Hispano): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Recibe WIC: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Antes	Recibiendo Estampillas/SNAP: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza (marque una): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Bi-Racial (especifique en comentarios en COPA) <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No Especificado <input type="checkbox"/> Otro (comentarios en COPA): _____			
Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> No Escuela Formal <input type="checkbox"/> Hasta Tercer Grado <input type="checkbox"/> Hasta Sexto Grado <input type="checkbox"/> No Secundaria <input type="checkbox"/> Algo de Secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria/GED <input type="checkbox"/> Algo de Colegio/Escuela Vocacional/AA <input type="checkbox"/> Grado de BA o más <input type="checkbox"/> No conocido			
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Capacitación/Escuela <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo			
Empleador / Escuela / Escuela Vocacional:		Empleador / Escuela / Horas de Entrenamiento: <input type="checkbox"/> 6 o más horas <input type="checkbox"/> Menos de 6 horas	
Teléfono (casa):		Teléfono (celular):	
Teléfono (trabajo):		Teléfono(otro/Emergencia):	
Dirección de Domicilio: (incluya ciudad/ código)			
Otra Dirección: (incluya ciudad/ código)		Correo Electrónico:	
# en Familia _____	Vivienda Actual: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Desamparado <input type="checkbox"/> Otro: _____	Fecha de Vivienda Actual: _____	
# en el Hogar: _____	Vivienda Anterior: <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Rentada <input type="checkbox"/> Desamparado <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Seguro Médico del Niño: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especificar: <input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> MEDI-CAL <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____		

INFORMACIÓN GENERAL DEL CUIDADOR SECUNDARIO

Primer Nombre y Segundo Nombre/Inicial:		Apellido(s):	
Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha Nacimiento:	Veterano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Militar/Activo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Idioma Principal:		Otro Idioma:	
Etnicidad (Hispano): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza (marque una): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Bi-Racial (especifique comentarios en COPA) <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásica <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No Especificado <input type="checkbox"/> Otro (comentarios en COPA): _____	
Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> No Escuela Formal <input type="checkbox"/> Hasta Tercer Grado <input type="checkbox"/> Hasta Sexto Grado <input type="checkbox"/> No Secundaria <input type="checkbox"/> Algo de Secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria/GED <input type="checkbox"/> Algo de Colegio/Escuela Vocacional/AA <input type="checkbox"/> Grado de BA o más <input type="checkbox"/> No conocido			
Estado: <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Entrenamiento/Escuela <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando Trabajo			
Empleador / Escuela / Escuela Vocacional:		Empleador/Escuela / Horas de Entrenamiento: <input type="checkbox"/> 6 o más horas <input type="checkbox"/> Menos de 6 horas	
Teléfono (casa):		Teléfono (celular):	
Teléfono (trabajo):		Teléfono (otro/emergencia):	
Otra Dirección (incluya ciudad/código postal):			Correo Electrónico:

INFORMACIÓN DE INGRESOS DEL CUIDADOR

RHS/EHS		MSHS/MEHS		TODOS LOS PROGRAMAS	
				<u>Estatus del Elegibilidad</u>	
Ingreso del Cuidador Principal:		Total de Ingresos No Ganados:		<input type="checkbox"/> Ingresos Elegibles <input type="checkbox"/> Sobre Ingresos*	
		Total de Ingresos Ganados:		<input type="checkbox"/> Recibe SSI <input type="checkbox"/> Recibe TANF	
Ingreso del Cuidador Secundario:		Total de Ingresos de Agricultura:		<input type="checkbox"/> Desamparado <input type="checkbox"/> En Cuidado Temporal	
		Total de Ingresos No de Agricultura:			
Ingreso Anual Total:		Total de Ingresos Anuales:		*Incluye familias entre 100% y 130% de las pautas de pobreza federales)	

INFORMACIÓN GENERAL DEL NIÑO

Idioma Principal:	Otro Idioma:	Etnicidad (Hispano): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Raza (seleccione uno):	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Bi-Racial (especifique comentarios en COPA)	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Caucásica
	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> No especificado <input type="checkbox"/> Otro (especifique comentarios en COPA): _____	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Estructura Familiar:	<input type="checkbox"/> Dos padres <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Alerta de Custodia
Seleccione todos los que aplican:	<input type="checkbox"/> CPS/Referencia de la Corte <input type="checkbox"/> Riesgo de Abuso, Descuido, Explotación <input type="checkbox"/> Cuidado Custodia Temporal <input type="checkbox"/> Padre menor de edad <input type="checkbox"/> N/A
	<input type="checkbox"/> Guardián que no sea el padre de familia <input type="checkbox"/> Desamparado – incluya la forma de Identificación de Residencia Actual. <input type="checkbox"/> N/A
Estado de Discapacidad:	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sospechado <input type="checkbox"/> IEP Certificado <input type="checkbox"/> IFSP Certificado
Información de Elegibilidad Adicional:	<input type="checkbox"/> Anterior IEP/IFSP (RHS/EHS) <input type="checkbox"/> A Riesgo de Abuso (MSHS) <input type="checkbox"/> Hermano Inscrito (MSHS) <input type="checkbox"/> N/A

HEAD START MIGRANTE Y DE TEMPORADA Y HEAD MIGRANTE EARLY SOLAMENTE

¿Se mudó en los últimos 24 meses en búsqueda de trabajo agrícola?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha de Mudanza:
Dirección Física Anterior:		
# de mudanza últimos 24 meses	12 meses	<input type="checkbox"/> Los dos /padre soltero trabajando <input type="checkbox"/> Un padre trabajando
Más de 50% ingreso de agricultura:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Declaración Intento para Trabajar en Agricultura: <input type="checkbox"/> Sí (Use sólo si es aplicable)
Documentos Migrantes Verificados (Circule):	Talón de Cheque, Recibo/Teléfono, Recibo de Renta, Carta de Empleador, Registro Escolar, Impuestos, Registro de Salud, Beneficios EDD, Asistencia Pública., Educación Migrante. COE, Otro (Especificar, incluir Auto-Declaración Migratoria de Mudanza)	

INFORMACION DEL PROGRAMA

Centro Deseado/FCCH:	1)	2)	3)
Modelo del Programa:	<input type="checkbox"/> RHS <input type="checkbox"/> EHS <input type="checkbox"/> MHS <input type="checkbox"/> SHS <input type="checkbox"/> MEHS	Horas por Día: <input type="checkbox"/> 3-4 <input type="checkbox"/> 5-6 <input type="checkbox"/> 7-8 <input type="checkbox"/> 9+	
Opción del Programa:	<input type="checkbox"/> Día Entero <input type="checkbox"/> Medio Día <input type="checkbox"/> FCCH <input type="checkbox"/> Basado en el Hogar <input type="checkbox"/> Opción Diseñada Localmente		
Segunda Fuente de Cuidado Infantil, Subsidio:	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Hogar de Cuidado Infantil Familiar <input type="checkbox"/> Centro de Cuidado Infantil	Subsidio/Bono <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> En propio/otro hogar supervisado por un adulto <input type="checkbox"/> Programa Pre-K en Escuela Pública <input type="checkbox"/> Otro_____		
Inscrito por segundo año:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Inscrito en un Programa de Cuidado Infantil:	<input type="checkbox"/> Sí, ¿dónde? <input type="checkbox"/> No
En otra lista de espera	<input type="checkbox"/> Sí, ¿dónde?		<input type="checkbox"/> No
Reclutamiento:	<input type="checkbox"/> Familia/Amigo/Colega <input type="checkbox"/> Padre Anterior <input type="checkbox"/> Referido por otra agencia <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____		

DOCUMENTOS VERIFICADOS

Seleccione todos los que aplican:	<input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento /Prueba de fecha de nacimiento <input type="checkbox"/> Recibos de Renta (si es requerido)
	<input type="checkbox"/> Recibos: luz, teléfono (si requerido) <input type="checkbox"/> Otro (especifique):
Verificación, Ingreso (seleccione todos los que aplican):	<input type="checkbox"/> Talón de Cheques <input type="checkbox"/> Manutención de Niños <input type="checkbox"/> Acuerdo de Custodia Temporal <input type="checkbox"/> Ayuda Pública (TANF/SSI)
	<input type="checkbox"/> W-2, Año _____ <input type="checkbox"/> Devolución de impuestos <input type="checkbox"/> Verificación del Empleador <input type="checkbox"/> Certificación de Ingreso
	<input type="checkbox"/> EDD/Talones desempleo <input type="checkbox"/> Talones Discapacidad <input type="checkbox"/> Talón recompensación de trabajadores <input type="checkbox"/> Otro (especificar):
Inmunizaciones:	<input type="checkbox"/> Todos los requisitos satisfechos <input type="checkbox"/> Actualizado, pero necesita más dosis después <input type="checkbox"/> Necesita Vacunas

Comentarios:

CERTIFICACIONES

Comprendo que ésta es una solicitud para servicios que son pagados con fondos federales y que al proveer intencionalmente información engañosa, inexacta o deshonesto de una naturaleza material puede resultar en sacar a mi hijo/a del programa de Head Start/Head Start Early/ Head Start Migrante y de Temporada y puede tener consecuencias serias legales para mí.	Firma del Padre/Guardián	Fecha
Certifico que he examinado y verificado la documentación de elegibilidad presentada, entrevisté a la familia en persona <input type="checkbox"/> o por teléfono <input type="checkbox"/> , y toda la información es correcta a lo mejor de mi conocimiento.	Firma del Personal	Título Fecha
Certifico que he examinado por la exactitud y apruebo la documentación de la elegibilidad presentada.	Firma de Gerencia	Título Fecha