

INFORMACION DEL HIJO: Llene la información de su niño

Apellido:	Nombre/Inicial:	Preferido:
Cumpleaños:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenin <input type="checkbox"/>	Estado del padre: Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/>
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

LA DEMOGRAFIA DEL NIÑO: Llene la información de su niño

Raza (<i>marque todo que aplique</i>): <input type="checkbox"/> Indio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hawaii/Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro: _____	Lenguaje	¿Lenguaje principal?	Habilidad
	Inglés	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Experto <input type="checkbox"/>
	Español	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Experto <input type="checkbox"/>
Etnia:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Experto <input type="checkbox"/>
Nacionalidad:			

INFORMACIÓN FAMILIAR: Llene la información sobre adultos y familiar que participan en la vida de su niño

PARENTE/GUARDADOR	Nombre:	¿Adulto principal?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Relación al niño:	Cumpleaños:		
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección electrónica:			
Número de Teléfono:	¿Teléfono principal?	Tipo (trabajo, casa, celular)	Notas (cuando no llamar, etc.)
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Padre Joven: (19 o más joven) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Custodia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive con su niño: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Relación del niño con el adulto:	Nivel del Inglés:	Nivel de Educación:	Empleado:
<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino/a <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Experto	<input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Graduado E.S. <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Graduado Maestría <input type="checkbox"/> 9 Grado <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciaturado	<input type="checkbox"/> Trabajo completo (35+horas) <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado/Descapacitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento/Escuela <input type="checkbox"/> Trabajo completo y entrenamiento <input type="checkbox"/> Medio tiempo y entrenamiento <input type="checkbox"/> Empleo estacional <input type="checkbox"/> Desempleado
PARENTE/GUARDADOR	Nombre:	¿Adulto principal?	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Relación al niño:	Cumpleaños:		
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Dirección electrónica:			
Número de Teléfono:	¿Teléfono principal?	Tipo (trabajo, casa, celular)	Notas (cuando no llamar, etc.)
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Padre Joven: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Custodia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Vive con su familia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Relación del niño con el adulto:	Nivel del Inglés:	Nivel de Educación:	Empleado:
<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino/a <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Experto	<input type="checkbox"/> Algun Universidad <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Graduado E.S. <input type="checkbox"/> Diploma <input type="checkbox"/> Graduado Maestría <input type="checkbox"/> < 9 Grado <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciaturado	<input type="checkbox"/> Trabajo completo (35+horas) <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Jubilado/Descapacitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento/Escuela <input type="checkbox"/> Trabajo completo y entrenamiento <input type="checkbox"/> Medio tiempo y entrenamiento <input type="checkbox"/> Empleo estacional <input type="checkbox"/> Desempleado

MIEMBROS ADICIONALES que viven con la familia y son apoyados por renta del padre/del guarda:

Nombre:	Relación al niño:	Cumpleaños:
Nombre:	Relación al niño:	Cumpleaños:
Nombre:	Relación al niño:	Cumpleaños:
Nombre:	Relación al niño:	Cumpleaños:
Nombre:	Relación al niño:	Cumpleaños:
Nombre:	Relación al niño:	Cumpleaños:
Nombre:	Relación al niño:	Cumpleaños:

Personas totales (incluyendo el participante y los adultos mencionados en frente, y todos mencionados arriba) que habitan en la casa del niño y que son miembros de su familia: ____

NECESIDADES DEL NIÑO **

¿Tiene su niño alguna discapacidad (diagnosticada por un doctor o un especialista)? Sí No ¿Tiene el/la un IEP (o IFSP)? Sí No

Si sí, por favor indique la discapacidad específica: _____

¿Tiene usted alguna preocupación sobre su niño/a? En la lista a continuación, por favor marque todas las áreas que se aplican:

- Oído Visión Obesidad Alergias Asma Problemas dentales
 Otro problema medical - Descríbalo por favor: _____ *Por favor, oferta documentación medico de preocupaciones, si aplicable*
 Desarrollo de lenguaje/dialecto Desarrollo físico Otra preocupación sobre el desarrollo - *Descríbalo por favor:* _____
 Comportamiento o problema emocional (ejemplo: berrinches) - *Descríbalo por favor:* _____

SERVICIOS: ¿Qué servicios recibe su familia?

____ Actualmente, la familia recibe servicios o habia recibido servicios en los doce meses pasados de DYFS/DCFS

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Estampas de comida | <input type="checkbox"/> Paro/desempleado | <input type="checkbox"/> Ayuda de utilidad/energía |
| <input type="checkbox"/> Subvención de Cuidado/Adopción | <input type="checkbox"/> Alojamiento público | <input type="checkbox"/> Apoyo de niño |
| <input type="checkbox"/> Servicios de la salud o del salud mental | Solamente es aplicable para aspirantes de NV; circulé: NLV LV CC <input type="checkbox"/> Asistencia social de otra agencia | |
| <input type="checkbox"/> Seguro médico del estado/Medicaid | <input type="checkbox"/> Vales de la sección 8 | <input type="checkbox"/> Seguro médico privado |
| <input type="checkbox"/> Emergencia/crisis de intervención | Solamente es aplicable para aspirantes de NV; circulé: NLV LV CC <input type="checkbox"/> ¿Qué agencia? _____ | |

TIENE USTED: **¿TANF?** Sí No **¿SSI?** Sí No **¿WIC?** Sí No **Referido a** _____

Subvención/documento para el cuidado del niño Sí No No sé qué es esto

CUESTIONES LEGALES: **

¿Trata actualmente su familia con cuestiones legales (juicio de familia, divorcio, periodo de prueba, etc.)? Sí No

Si aplicable, sea específico _____

Información Adicional

¿Ha sido antes matriculado su niño en Head Start u otro programa de preescolar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si sí, ¿qué programa? _____	¿Ha sido antes matriculado algun hermano de su niño en este programa de Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> El/la niño/a es actualmente alistado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, especifique fechas de asistencia: _____ hasta _____
---	---

¿Cómo se enteró de nuestro programa?

<input type="checkbox"/> Recomendación de palabra <input type="checkbox"/> Ví/recibí un anuncio <input type="checkbox"/> Ví/pasé por el centro <input type="checkbox"/> Conozco a alguien que trabaja ahí	<input type="checkbox"/> Enviado por una agencia - WIC, DYFS, WFNJ, etc. <i>Especifíquela por favor:</i> _____ <input type="checkbox"/> Otro <i>Especifíquelo por favor:</i> _____
--	---

Yo—o un adulto de mi familia—tiene acceso al Internet: *Marque una de las casillas:* Cada día Una vez por semana Unas veces por semana Unas veces por mes Con poco frecuencia o

FIRME AQUÍ POR FAVOR para verificar que ha cumplido esta aplicación y ha dado información verdadera.

Firma del Padre/Madre/Guardián: _____

Nombre (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

** Note to staff: Information from these sections should be noted on the Selection & Intake Form.