

** Mujeres embarazadas necesitan llenar toda parte *estrellada* en esta página y la página siguiente **

*** INFORMACION DEL PARTICIPANTE: Llene la información del niño o de mujer aplicando para el programa ***

Apellido:	Nombre/Inicial:	Preferido:
Aplicando para el programa de mujeres embarazadas:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Fecha estimada de nacimiento:
Cumpleaños:	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>	Estado del padre: Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/>
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Opciones de Programas

Está interesado en: Servicios en el centro Servicios basados en el hogar Cualquiera

*** DEMOGRAFIA DEL PARTICIPANTE: Llene la información del niño o de mujer aplicando para el programa ***

Raza (marque todo que aplique): <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: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> (19 o más joven)	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

** Mujeres embarazadas necesitan llenar toda parte *estrellada* en esta página y la página siguiente **

*** MIEMBROS ADICIONALES de la familia o en casa ***

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 NINO ++

¿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 había 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"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Vales de la sección 8	<input type="checkbox"/> Asistencia social de otra agencia
<input type="checkbox"/> Seguro médico del estado	<input type="checkbox"/> Seguro médico privado	¿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 (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? Sí No ¿Ha sido antes matriculado algun hermano de su niño en este programa de Head Start? Sí No

Si sí, ¿qué programa? _____

El/la niño/a es actualmente alistado? Sí No
 Si sí, especifique fechas de asistencia: _____ hasta _____
 _____ enviado por una agencia - WIC, DYS, WFN, etc.

¿Cómo se enteró de nuestro programa?
 Recomendación de palabra
 Vi/recibí un anuncio
 Vi/pasé por el centro
 Conozco a alguien que trabaja ahí

 Especifíquela por favor:
 Otro _____
 Especifíquelo por favor:

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.

** Para toda mujer embarazada menos de 18 años de edad, se necesita la firma del padre/madre/guardián **

Firma del Padre/Madre/Guardián:

Nombre (en letra de imprenta):

Fecha: