

**PROGRAMAS DE ACCION COMUNITARIA OLYMPIC - SERVICIOS DE LA PRIMERA INFANCIA - SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN**  
**Información del niño**

Apellido del niño:	Primer nombre	Segundo nombre
Nombre preferido:		
Fecha de nacimiento/parto		Idioma Necesita traductor?: <u>  </u> Si <u>  </u> No

<b>Raza</b> _ Indio Americano o nacido en Alaska _ Asiático _ Negro o Afro Americano _ Hispano o de origen Latino _ Hawaiano, o de las Islas Pacíficas _ Blanco _ Dos razas o Multirracial _ Otro (comentarios requeridos) _ No especificado	<b>Cultura</b> _ Hispano o de origen Latino _ No Hispano / No de origen Latino  <b>Sexo:</b> M F	<b>Idioma</b> _ Inglés _ Español _ Centro Americano, Sur Americano, y Dialectos de México _ Idiomas del Caribe _ Idiomas de Asia del Sur y del Medio Oriente _ Idiomas del Este de Asia _ Idiomas de los indígenas de Norte América o Alaska _ Idiomas de las Islas pacíficas _ Idioma europeo y eslavo _ Idiomas africanos _ Otro (comentarios requeridos)
---	---	--

**Información de la familia**

<b>Relación con el niño&gt;&gt;&gt;&gt;</b>	_ Madre	_ Padre	_ Guardián    _ Madrastra _ Padrastro   _ Adoptivo   _ Otro
<b>Nombre&gt;&gt;&gt;&gt;</b>	_____	_____	_____
<b>Dirección de la casa&gt;&gt;&gt;&gt;</b>	_____	_____	_____
<b>Dirección Postal&gt;&gt;&gt;&gt;</b>	_____	_____	_____
Personas en la familia:	Nº de niños por edad: <b>0 a 3:</b>	<b>4 a 5:</b>	<b>6+ y mayor:</b>
Teléfono.: Casa _____ Celular _____ Mensaje _____ Email _____			
<b>Sin hogar? _ Si _ No</b> Esto quiere decir que su familia duerme en el automóvil, en un campamento, en un hotel, en un refugio de emergencia, o en hogar de transición, o que su familia vive con otra familia.			
Es usted: <input type="checkbox"/> Madre adolescente <input type="checkbox"/> Padre/madre soltero/a <input type="checkbox"/> Familia con ambos padres <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Otro			
Seguro Médico y número:		Si Medicaid, PIC#:	

**Información sobre los requisitos**

Ingresos familiares: (Ingreso anual en bruto de todas fuentes) \$ _____ _ Trabajo   _ Asistencia Pública   _ TANAF   _ Si   _ No Tipo:    _ Pago en efectivo   _ Medicaid   _ Cupones de comida   _ SSI   _ Asistencia para cuidado de niños
--

**Consideraciones especiales/prioridad de inscripción**

Su solicitud no garantiza la inscripción de su niño. Tomamos en cuenta los ingresos, niños con incapacidades, referencias de agencias y otras necesidades de la familia para decidir la prioridad de inscripción. Por favor complete todas las secciones que siguen para recibir la mayor cantidad de puntos de prioridad.

- ¿Su niño ha sido diagnosticado con, o se sospecha que tiene, alguna incapacidad?  
 Sí: Describa \_\_\_\_\_  Ninguna preocupación
- ¿Tiene su niño actualmente un Plan de Educación (IEP) o un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP)?  Si  No  
*(Este es el plan de servicios por incapacidad que usted hizo con personal de la escuela o la agencia. Si contesta que sí, por favor entregue una copia de su IEP/IFSP a Head Start/ECEAP/EHS cuando inscriba a su niño).*

- Por favor indique toda preocupación que tenga acerca de su niño.
- Impedimento del lenguaje/habla    Impedimento físico    Desórdenes emocionales/comportamiento  
 Impedimento de la vista/ceguera    Retraso en el desarrollo
- Problemas de salud (explique): \_\_\_\_\_  Otros problemas (explique): \_\_\_\_\_

- Por favor nombre cualquier agencia que ha trabajado o esta trabajando actualmente con su familia: (Marque todo lo que corresponda)
- Dep. de Salud Pública    Primer Paso    Salud Mental Comunitaria    Recibe servicios especiales de salud  
 WIC    CPS    Empleado del distrito escolar    Familias saludables  
 Acciones comunitarias Olympic    Otra \_\_\_\_\_

Si tiene cualquier carta de referencia de su doctor, enfermera, o consejero, señalando que su niño debe inscribirse, por favor incluya copias con esta aplicación. Agencia que Refiere \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

- Por favor marque cualquier problema inmediato en su familia:
- Comida    Abuso de sustancias    Embarazada    Seguro médico familiar  
 Vivienda    Violencia doméstica    Padre encarcelado  
 Legal    Aislado/falta de apoyo    Problemas de salud  
 Transporte    Incapacidades    Abuso/ Negligencia

¿Alguien en su familia ha recibido servicios de Head Start/ECEAP o Early Head Start en el pasado?  
 Sí, ¿dónde? \_\_\_\_\_  No

¿Cómo se enteró de los servicios de Head Start/ECEAP o Early Head Start? \_\_\_\_\_

**Información sobre los miembros adultos de la familia**

Nombre y apellido	Fecha de Nac.	Sexo	Nivel Educ.	Trabaja? Si No	Ocupación
Adulto Primario		M F			
Adulto Secundario		M F			
Educación: Inferior a preparatoria Preparatoria /GED Algo de Colegio/ Escuela Vocacional/AA BA o grado avanzado No se sabe		Jornada completa Media jornada Trabajo temporal Retirado Trabajo transitorio		Ocupación: Trabajador emigrante Escuela /Capacitación Voluntario sin pago Trabajo independiente Discapacitado	
Notas: programas de entrenamiento, etc. _____ _____ _____					

**Niños en casa (no incluya al que inscribe)**

Nombre y apellido	Fecha de Nac.	Sexo	Relación con el primer adulto	Relación con el segundo adulto
		M F		
Qué relación? Niño Natural, Adoptado, Nieto, hijastro/a, sobrino/a ,otro, especifica.				

Certifico que esta información es correcta. Si cualquier dato es falso, mi participación en el programa de ésta agencia puede ser cancelada. Entiendo además que la información en ésta solicitud será mantenida en completa confidencialidad dentro de la agencia.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

**PARA SER COMPLETADO POR LA AGENCIA**

*(Head Start / Early Head Start solamente)*

**Verificación de Elegibilidad**

Elig.- Parent Status:	Pt.:	Elig.-Disability:	Pt.:	Elig.-Income:	Pt.:
Elig. Other:	Pt.:	Elig.-Age	Pt.:		
<b>TOTAL ELIG-RATING</b>					
Birth Verified: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No By: <input type="checkbox"/> Certified Birth Certificate <input type="checkbox"/> Hospital Birth Certificate <input type="checkbox"/> Health Dept. <input type="checkbox"/> Other					
Income Verification: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No By: <input type="checkbox"/> W-2 <input type="checkbox"/> Check Stub <input type="checkbox"/> Tax Return <input type="checkbox"/> Letter <input type="checkbox"/> Other					
Verifying Staff Member:				Date:	

**RE-VERIFICATION**

Elig.- Parent Status:	Pt.:	Elig.-Disability:	Pt.:	Elig.-Income:	Pt.:
Elig. Other:	Pt.:	Elig.-Age	Pt.:	Elig.-College Student? MAV resident:	Pt.:
<b>TOTAL ELIG-RATING Total</b>					
Birth Verified: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No By: <input type="checkbox"/> Certified Birth Certificate <input type="checkbox"/> Hospital Birth Certificate <input type="checkbox"/> Health Dept. <input type="checkbox"/> Other					
Income Verification: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No By: <input type="checkbox"/> W-2 <input type="checkbox"/> Check Stub <input type="checkbox"/> Tax Return <input type="checkbox"/> Letter <input type="checkbox"/> Other					
Verifying Staff Member:				Date:	

**RE-VERIFICATION**

Elig.- Parent Status:	Pt.:	Elig.-Disability:	Pt.:	Elig.-Income:	Pt.:
Elig. Other:	Pt.:	Elig.-Age	Pt.:	Elig.-College Student? MAV resident:	Pt.:
<b>TOTAL ELIG-RATING</b>					
Birth Verified: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No By: <input type="checkbox"/> Certified Birth Certificate <input type="checkbox"/> Hospital Birth Certificate <input type="checkbox"/> Health Dept. <input type="checkbox"/> Other					
Income Verification: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No By: <input type="checkbox"/> W-2 <input type="checkbox"/> Check Stub <input type="checkbox"/> Tax Return <input type="checkbox"/> Letter <input type="checkbox"/> Other					
Verifying Staff Member:				Date:	

**RE-VERIFICATION**

Elig.- Parent Status:	Pt.:	Elig.-Disability:	Pt.:	Elig.-Income:	Pt.:
Elig. Other:	Pt.:	Elig.-Age	Pt.:	Elig.-College Student? MAV resident:	Pt.:
<b>TOTAL ELIG-RATING</b>					
Birth Verified: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No By: <input type="checkbox"/> Certified Birth Certificate <input type="checkbox"/> Hospital Birth Certificate <input type="checkbox"/> Health Dept. <input type="checkbox"/> Other					
Income Verification: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No By: <input type="checkbox"/> W-2 <input type="checkbox"/> Check Stub <input type="checkbox"/> Tax Return <input type="checkbox"/> Letter <input type="checkbox"/> Other					
Verifying Staff Member:				Date:	