

**Programas de Acción Comunitaria Olympic – Servicios de la Primera Infancia**  
**Solicitud de Inscripción**

Gracias por su interés en registrar a su niño en el programa Head Start/Early Head Start /ECEAP

Para poder procesar su aplicación tenemos que tener lo siguiente:

1. **Prueba de ingresos de los últimos 12 meses.** Esto puede ser la primera página de su más reciente reembolso de Impuestos donde indica sus ingresos totales. Su W-2, o el recibo más reciente de pago que indica los ingresos recibidos hasta la fecha, TANAF o ingresos de SSI, o una carta de su empleador/patrón. Si usted no tiene eso, por favor comuníquese con nosotros para más instrucciones
2. **Acta de Nacimiento.** Certificado del Estado, o copia de nacimiento del hospital u otro documento legal como un pasaporte.

Por favor asegúrese de completar la sección de Consideraciones Especiales/Prioridad de Registro en el última página de la aplicación que corresponda a su familia. El programa no elige a los que aplican primero pero es un requisito asegurar que los niños y las familias con mas necesidades tienen la primera oportunidad.

La aplicación debe tener la **firma y fecha** en la última página.

Es importante que tengamos una manera segura de comunicarnos con usted. Escriba claramente, incluyendo su número de teléfono, o dirección de e-mail. Si usted solo recibe mensajes de texto háganoslo saber.

Para las familias con niños diagnosticados con **necesidades especiales** por favor incluya una copia **actualizada de su IEP o IFSP**. Esto asegurara que recibirá el lugar apropiado en la lista de espera.

Regrese la aplicación firmada a:

Dina Rae Geiszler/Family Service Coordinator

OlyCAP

228 W 1<sup>st</sup> Street Suite J

Port Angeles, WA 98362

(360) 452-4726 Ext. 6223

[dgeiszler@olycap.org](mailto:dgeiszler@olycap.org)

**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? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano o nacido en Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano, o de las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Dos razas o Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (comentarios requeridos) Otro raza: _____		<b>Cultura:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o de origen Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispano/ No de origen Latino  <b>Sexo:</b> M F		<b>Idioma:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Central Americano, Sur Americano, y Dialectos de México <input type="checkbox"/> Idiomas del Caribe <input type="checkbox"/> Idiomas de Asia del Sur y del Medio Oriente <input type="checkbox"/> Idiomas del Este de Asia <input type="checkbox"/> Idiomas de los indígenas de Norte América o Alaska <input type="checkbox"/> Idomas de las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Idoma Europeo y Eslavo <input type="checkbox"/> Idiomas africanos Otro Idioma (comentarios requeridos): _____	

**Información de la Familia**

	<b>Cuidador Principal</b>	<b>Cuidador Secundario</b>
<b>Relación con el niño &gt;&gt;</b>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Guardián	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Guardián
<b>Nombre &gt;&gt;</b>	_____	_____
<b>Fecha de Nacimiento &gt;&gt;</b>	_____	_____
<b>Hispano o Latino &gt;&gt;</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Race &gt;&gt;</b>	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nacido en Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano, o de las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Dos razas o Multirracial Otro raza: _____	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nacido en Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano, o de las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Dos razas o Multirracial Otro raza: _____
<b>Dirección de la Casa &gt;&gt;</b>	_____	_____
<b>Dirección de la Casa &gt;&gt;</b>	Ciudad: _____ ZIP: _____	Ciudad: _____ ZIP: _____
<b>Dirección Postal &gt;&gt;</b>	_____	_____
<b>Nivel de Educación &gt;&gt;</b>	<input type="checkbox"/> Menos que a escuela secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Alguna educación superior/Escuela vocacional <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Menos que a escuela secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Alguna educación superior/Escuela vocacional <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Desconocido
<b>Occupación &gt;&gt;</b>	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Trabajador migrante <input type="checkbox"/> Trabajador estacional <input type="checkbox"/> Trabajador temporal <input type="checkbox"/> En el colegio/entrenando <input type="checkbox"/> Voluntario no pagado	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Trabajador migrante <input type="checkbox"/> Trabajador estacional <input type="checkbox"/> Trabajador temporal <input type="checkbox"/> En el colegio/entrenando <input type="checkbox"/> Voluntario no pagado
<b>Seguro de Salud &gt;&gt;</b>	<input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Estado Si Medicaid, PIC#: _____	<input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Estado Si Medicaid, PIC#: _____
<b>Teléfono &gt;&gt;</b>	Casa: _____ Celular: _____	Email: _____
<b>Tipo de Vivienda &gt;&gt;</b>	<input type="checkbox"/> *Sin hogar <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Cuartos temporales <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente <input type="checkbox"/> Otro * Esto quiere decir que su familia duerme en el automóvil, en un campamento, en un hotel, en un refugio de emergencia, o en j hogar de transición, o que su familia vive con otra familia.	
<b>Por favor seleccione los siguientes artículos si se aplican a cualquiera de los cuidadores:</b> <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"/> Servicio activo military <input type="checkbox"/> Veterano		

**Programas de Accion Comunitaria Olympic – Servicios de la Primera Infancia**  
**Solicitud de Inscripción**

*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		
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		

\*Qué Relación: 1) Niño Natural 2) Adoptado 3) Nieto 4) Hijastró 5) Sobrina 6) Sobrino 7) Otro (describir)

**Información sobre los requisitos**

Personas en la familia:	Nº de niños por edad: <b>0 a 3:</b> <b>4 a 5:</b> <b>6 y mayor:</b>
Ingresos familiares: (Ingreso anual en bruto de todas fuentes) \$ _____	
<input type="checkbox"/> Trabajo    TANAF: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tipo: <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cupones de comida <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> 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     Desórdenes emocionales/comportamiento     Impedimento físico

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     Legal     Aislado/falta de apoyo     Problemas de salud     Transporte     Incapacidades

Abuso/ Negligencia     Problemas de salud mental     Padre encarcelado

¿Alguien en su familia ha recibido servicios de Head Start / ECEAP o Early Head Start en el pasado?

Sí, ¿Dónde? \_\_\_\_\_  No

¿Cómo se enteró Head Start/ECEAP o Early Head Start?

Internet     Event comunitario     Volante     Empleado de Head Start/Early Head Start/ECEAP     Recomendación

Trabajador del caso     Medios de comunicación     Agencia de la comunidad (nombre): \_\_\_\_\_

Otra: \_\_\_\_\_

**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