



# Community Services Agency

## Programas para la primera infancia

### Head Start

Preescolar para niños de edades 3 a 5  
Sirve familias hasta el 100% de la pobreza

### State Pre-K

Preescolar para los niños de edades 4 a 5  
Sirve familias hasta el 200% de la pobreza

### Early Head Start

Cuidado de infantiles y niños edades 0 a 3  
Sirve familias hasta el 100% de la pobreza

## Sobre nuestros programas

Nuestros servicios comprensivos, por lo cual son sin costo para las familias, apoya el crecimiento y desarrollo de los niños en un ambiente de aprendizaje positivo a través de una variedad de servicios, como:

- Experiencias individualizadas que apoyan el aprendizaje temprana y establecimiento de relaciones
- Evaluaciones de salud y desarrollo, comidas nutritivas, salud oral y apoyo de salud mental
- Niños con discapacidades y/o necesidades especiales son animados a aplicar y recibirán servicios de educación especial
- Proporcionamos ayuda a los padres y familias para encontrar oportunidades de educación y desarrollar carreras
- El personal recibe desarrollo profesional continuo y acreditación en conocimiento y habilidades del desarrollo infantiles

## ¿Cómo entrego mi solicitud?

**¡Aceptamos solicitudes todo el año y lo animamos que vengan lo más pronto posible!**

- Mande por Fax a (775) 333-8684 Atención a: Enrollment
- Escanear y enviar por correo electrónico a [enrollment@csareno.org](mailto:enrollment@csareno.org)
- Traiga a nuestra oficina principal ubicada en 1100 E 8<sup>th</sup> Street, Reno NV 89512, entre 8:00 AM a 4:30 PM, lunes a viernes
- Mandar por correo a CSA Head Start Enrollment, PO Box 10167, Reno NV 89510-0167

## ¿Qué documentos necesito dar?

### Documentos del solicitante menor

1. Acta de nacimiento (*si es disponible*)
2. Registro de vacunación
3. Documentación de custodia, adopción o tutela (*si es aplicable*)
4. Documentación de discapacidad o necesidades especiales (*si es aplicable*)

### Documentación de mujer embarazada

1. Prueba de embarazo

### Documentos de elegibilidad

Cada familia tiene diferentes situaciones de ingreso y puede haber más o diferentes fuentes de ingreso. Nuestro personal de inscripción repasar su solicitud con usted y le informa de los documentos necesarios.

Estos son algunos documentos que sería bueno juntar y traer:

1. Las actuales formas de los impuestos individuales Y todos los W-2s
2. 4 talones de cheque más reciente con totales de año hasta la fecha
3. Manutención recibida para todos los niños en el hogar (Sea un acuerdo privado o por la corte)
4. Una carta de colocación a cuidado temporal (si el solicitante al programa es un niño en cuidado temporal)
5. Prueba de reciente asistencia del *Welfare* en efectivo TANF O asistencia discapacidad en efectivo SSI

**¡¡Por favor llame (775) 786-6023 y venga hoy!!**

**Niño solicitante edades 0 a 5** (ponga todos los niños que le gustaría inscribir)

Niño	<u>Primer nombre y apellido</u> (nombre tal y como aparece en el registro del nacimiento)	<u>Fecha de nacimiento</u> (mes / día / año)	<u>Género</u> (Masculino o Femenino)	<u>Discapacidad</u> (marque por cada niño)
1		/ /		<input type="checkbox"/> Niño discapacitado <input type="checkbox"/> No discapacitado
2		/ /		<input type="checkbox"/> Niño discapacitado <input type="checkbox"/> No discapacitado
3		/ /		<input type="checkbox"/> Niño discapacitado <input type="checkbox"/> No discapacitado

**Solicitante mujer embarazada** (Puede aplicar por cuidado desde ahora en preparación del nacimiento de su hijo)

<u>Primer nombre y apellido</u> (nombre legal)	<u>Fecha prevista de parto</u> (mes / día / año)	<u>Necesita cuidado de día completo</u> (conteste abajo)
	/ /	¿Estará trabajando, entrenando o yendo a la escuela después del nacimiento de su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si está aplicando como mujer embarazada solamente: pase páginas 5 a 7 de esta solicitud, se llenaran después.

**Locaciones y horarios del programa** (Especifique su 1<sup>ra</sup>, 2<sup>da</sup> y 3<sup>ra</sup> opción para cada programa)**Sesiones del preescolar (para edades 3 a 5)**

- Mañana (AM) ► 8:00 AM a 11:30 AM, lunes—jueves
- Tarde (PM) ► 1:00 PM a 4:30 PM, lunes—jueves
- Día extendido (ED) ► 8:00 AM a 1:30 PM, lunes—viernes
- Día completo (FD) ► 8:00 AM a 4:30 PM, lunes—jueves

**Sesiones de infantiles y niños (para edades 0 a 3)**

- Día completo, año completo (FD) ► 7:30 AM a 5:30 PM, lunes—viernes

1 <sup>ra</sup>	2 <sup>da</sup>	3 <sup>ra</sup>	<b>Locaciones de INFANTILES Y NIÑOS</b>	<b>AM</b>	<b>PM</b>	<b>ED</b>	<b>FD</b> Edad 0-3
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Child's Play</b> • 1675 Robb Drive Reno 89523	n/a	n/a	n/a	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Holy Child</b> • 440 Reno Avenue Reno 89509	n/a	n/a	n/a	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>The Continuum</b> • 3700 Grant Drive, Suite A Reno 89523	n/a	n/a	n/a	<input type="checkbox"/>
1 <sup>ra</sup>	2 <sup>da</sup>	3 <sup>ra</sup>	<b>Locaciones del PREESCOLAR</b>	<b>AM</b> Edad 3-5	<b>PM</b> Edad 3-5	<b>ED</b> Edad varea	<b>FD</b> Solo edad 4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Bernice Mathews</b> • 2750 Elementary Drive Reno 89512	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solo edad 3	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Agnes Risley</b> • 1900 Sullivan Lane Sparks 89431	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Edad 3-5	n/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Cottonwood</b> • 915 Farm District Road Fernley 89408	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	n/a	n/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Echo Loder</b> • 650 Apple Street Reno 89502	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Solo edad 4	n/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sutro</b> • 1100 E 8 <sup>th</sup> Street Reno 89512	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Edad 3-5	n/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Smithridge</b> • 4950 Filbert Road Reno 89502	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Edad 3-5	n/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Desert Heights</b> • 5310 Echo Avenue Reno 89506	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Edad 3-5	n/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Larry Johnson</b> • 1200 12 <sup>th</sup> Street Sparks 89431	n/a	n/a	<input type="checkbox"/> Solo edad 4	n/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Sun Valley</b> • 115 West 6 <sup>th</sup> Avenue Sun Valley 89433	n/a	n/a	<input type="checkbox"/> Solo edad 4	n/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Vassar</b> • 2405 Vassar Street Reno 89502	n/a	n/a	<input type="checkbox"/> Edad 3-5	n/a
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Wooster</b> • 1950 Villanova Drive Reno 89502	n/a	n/a	<input type="checkbox"/> Edad 3-5	n/a

Los espacios están limitados en algunas locaciones y horarios, ¡pero aremos lo mejor para complacer su solicitud!

Por favor tenga en cuenta que—para calificar para servicios de día completo—ambos padres/tutores deben trabajar, entrenando o yendo a la escuela.



Padre(s) / Tutore(s) en el hogar			
ADULTO PRIMARIO <u>en el hogar</u>		ADULTO SECUNDARIO <u>en el hogar</u>	
Primer Nombre	SN	Primer Nombre	SN
Apellido (nombre legal)		Apellido (nombre legal)	
Fecha de nacimiento (mes / día / año)	Género (marque uno)	Fecha de nacimiento (mes / día / año)	Género (marque uno)
/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Estado Civil (marque uno)		Estado Civil (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
Etnicidad (marque uno)		Etnicidad (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	
Raza (marque todo lo que aplica)		Raza (marque todo lo que aplica)	
<input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de hawaiano / Isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> No especifico		<input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de hawaiano / Isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro / Afroamericano <input type="checkbox"/> No especifico	
Idioma Primario (marque uno)		Idioma Primario (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Habilidad de hablar y entender inglés (marque uno)		Habilidad de hablar y entender inglés (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Bien / Moderado <input type="checkbox"/> Poco / Malo <input type="checkbox"/> Muy Bien / Experto		<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Bien / Moderado <input type="checkbox"/> Poco / Malo <input type="checkbox"/> Muy Bien / Experto	
Nivel de educación más alto (marque uno)		Nivel de educación más alto (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Grado 9 o Menos <input type="checkbox"/> Alguna educación superior <input type="checkbox"/> No graduado de la escuela <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Título Técnico <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> Grado 9 o Menos <input type="checkbox"/> Alguna educación superior <input type="checkbox"/> No graduado de la escuela <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Título Técnico <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria <input type="checkbox"/> Maestría	
Cobertura de seguro médico (marque uno)		Cobertura de seguro médico (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado al empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura del estado <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> Medicare		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado al empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura del estado <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> Medicare	
Información de empleo		Información de empleo	
Situación actual de empleo (marque todos los que aplican)		Situación actual de empleo (marque todos los que aplican)	
<input type="checkbox"/> Empleado Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela <input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado por temporada <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado		<input type="checkbox"/> Empleado Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Asistiendo a la escuela <input type="checkbox"/> Empleado medio tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado por temporada <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado	
Nombre del empleador actual (como aparece en el talón de cheque / W-2)		Nombre del empleador actual (como aparece en el talón de cheque / W-2)	



## Entrevista de elegibilidad - Parte 1

ADULTO PRIMARIO <u>en el hogar</u>			ADULTO SECUNDARIO <u>en el hogar</u>		
Primer nombre			Primer nombre		
<b>'El adulto primario' es ...</b> (conteste todas abajo)			<b>'El adulto secundario' ...</b> (conteste todas abajo)		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Discapacitado?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Discapacitado?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Un miembro activo de las fuerzas armadas de EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Un miembro activo de las fuerzas armadas de EE.UU.?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Un veterano?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Un veterano?
<b>En los últimos 12 meses, el 'adulto primario' ...</b> (conteste todas abajo)			<b>En los últimos 12 meses, el 'adulto secundario' ...</b> (conteste todas abajo)		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Se quedó en casa para cuidar de los niños?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Se quedó en casa para cuidar de los niños?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Tiene por lo menos 1 trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Tiene por lo menos 1 trabajo?
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Asistió al colegio, Universidad, escuela vocacional?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Asistió al colegio, Universidad, escuela vocacional?
<b>¿En los últimos 12 meses, que fuentes de ingreso tuvo el 'adulto primario'?</b> (conteste todas abajo)			<b>¿En los últimos 12 meses, que fuentes de ingreso tuvo el 'adulto secundario'?</b> (conteste todas abajo)		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Empleo o ganancias de propio empleo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Empleo o ganancias de propio empleo
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ganancias en efectivo de empleo ocasional	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ganancias en efectivo de empleo ocasional
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Beneficios de desempleo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Beneficios de desempleo
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Compensación de trabajadores	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Compensación de trabajadores
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ayuda financiera escolar (subvenciones / becas)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ayuda financiera escolar (subvenciones / becas)
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Pensión o pago de jubilación	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Pensión o pago de jubilación
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Manutención para cualquier niño en el hogar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Manutención para cualquier niño en el hogar
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ayuda regular de amigos o familiares	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Ayuda regular de amigos o familiares
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Beneficios de seguro social	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Beneficios de seguro social
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Asistencia de discapacidad en efectivo SSI	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Asistencia de discapacidad en efectivo SSI
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Asistencia en efectivo TANF	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Asistencia en efectivo TANF
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cuidad de crianza o subvenciones de adopción	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Cuidad de crianza o subvenciones de adopción
<b>¿El 'adulto primario' recibe cualquier otro tipo de ingreso no mencionado anteriormente?</b> (conteste y explique en detalle abajo)			<b>¿El 'adulto secundario' recibe cualquier otro tipo de ingreso no mencionado anteriormente?</b> (conteste y explique en detalle abajo)		
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Detalle:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Detalle:
<b>Si es NO a todo lo anterior, ¿cómo se han atendido las necesidades, gastos, gastos de vivienda y comida, etc. Por el 'adulto primario' en los últimos 12 meses?</b> (detalle abajo)			<b>Si es NO a todo lo anterior, ¿cómo se han atendido las necesidades, gastos, gastos de vivienda y comida, etc. Por el 'adulto secundario' en los últimos 12 meses?</b> (detalle abajo)		
Detalle:			Detalle:		





**Información de 'Niño solicitante 1'**

Primer nombre	SN	Apellido <i>(como aparece en la acta de nacimiento)</i>	Fecha de nacimiento <i>(mes / día / año)</i>	Género <i>(M o F)</i>
			/ /	

Etnicidad <i>(marque uno)</i>	Raza <i>(marque todos los que aplican)</i>	Primer idioma <i>(marque uno)</i>	Habilidad de entender ingles <i>(marque uno)</i>
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No especificado	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____
			<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Muy bien

Cobertura de seguro médico <i>(marque todos los que aplican)</i>	Cubertura de seguro dental <i>(marque todos los que aplican)</i>
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado al empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Servicios de salud para indígenas (IHS)	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado al empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Servicios de salud para indígenas (IHS)

Información del doctor <i>(proporcione los detalles abajo)</i>	Información del dentista <i>(proporcione los detalles abajo)</i>
Nombre del doctor y/o oficina:	Nombre del dentista y/o oficina:
Número Telefónico:	Número Telefónico:
Fecha del último examen (mm/aaaa): /	Fecha del último examen (mm/aaaa): /
<input type="checkbox"/> No tiene doctor en este momento.	<input type="checkbox"/> No tiene dentista en este momento.

**Discapacidades y Necesidades especiales** *(proporcione detalles abajo)*

1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Su hijo tiene un diagnóstico de discapacidad y/o necesidad especial? → En caso afirmativo, por favor describa: _____
2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hay un IEP, IFSP o alguna otra documentación?

**Información adicional** *(conteste todas a abajo)*  
 Las siguientes preguntas serán utilizadas solo para entender mejor si necesidad para los servicios. Su conclusión honesta es muy apreciada.

1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este niño ha sido un sujeto o testigo de abuso, negligencia, violencia o disfunción en el hogar?
2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este niño ha sido removido del hogar y puesto en un hogar de crianza, en custodia de servicios sociales, o en cuidado de otra persona?
3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este niño está en transición del Programa de Early Head Start?
4	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene este niño cualquier problema de comportamiento o problemas emocionales?
5	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Este niño ha perdido un padre debido a fallecimiento, abandono, o encarcelamiento?
6	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido problemas un padre o tutor con el alcohol y/o abuso de drogas en los últimos 12 meses?
7	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Ha sido encarcelado un padre o tutor en los últimos 12 meses?
8	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El padre o tutor es menor de 20 años e identificado como un niño de crianza?
9	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es involucrado Servicios de protección infantil (CPS) en la vida de este niño?

Relación a 'ADULTO PRIMARIO' <i>(marque uno)</i>	Relación a 'ADULTO SECUNDARIO' <i>(marque uno)</i>
<input type="checkbox"/> Hijo biológico <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hijastro por matrimonio <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo / Tutela <input type="checkbox"/> No legal / Relación por sangre <input type="checkbox"/> Niño de crianza <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Hijo biológico <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hijastro por matrimonio <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo / Tutela <input type="checkbox"/> No legal / Relación por sangre <input type="checkbox"/> Niño de crianza <input type="checkbox"/> Otro: _____

**Situación de Custodia / Tutoría** *(conteste abajo)*

<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hay una orden judicial u otro documento sobre custodia, tutela o adopción de este niño?
---	--



## Información de 'Niño solicitante 2' (si no es aplicable, pase a la página 8)

Primer nombre	SN	Apellido (como aparece en la acta de nacimiento)	Fecha de nacimiento (mes / día / año)	Género (M o F)	
			/ /		
Etnicidad (marque uno)	Raza (marque todos los que aplican)		Primer idioma (marque uno)	Habilidad de entender ingles (marque uno)	
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No especificado	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Muy bien	
Cobertura de seguro médico (marque todos los que aplican)			Cubertura de seguro dental (marque todos los que aplican)		
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado al empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Servicios de salud para indígenas (IHS)			<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado al empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Servicios de salud para indígenas (IHS)		
Información del doctor (proporcione los detalles abajo)			Información del dentista (proporcione los detalles abajo)		
Nombre del doctor y/o oficina:			Nombre del dentista y/o oficina:		
Número Telefónico:		Fecha del último examen (mm/aaaa): /	Número Telefónico:		
			Fecha del último examen (mm/aaaa): /		
<input type="checkbox"/> No tiene doctor en este momento.			<input type="checkbox"/> No tiene dentista en este momento.		
Discapacidades y Necesidades especiales (proporcione detalles abajo)					
1	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Su hijo tiene un diagnóstico de discapacidad y/o necesidad especial? En caso afirmativo, por favor describa: _____		
2	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Hay un IEP, IFSP o alguna otra documentación?		
Información adicional (conteste todas a abajo)					
Las siguientes preguntas serán utilizadas solo para entender mejor si necesidad para los servicios. Su conclusión honesta es muy apreciada.					
1	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Este niño ha sido un sujeto o testigo de abuso, negligencia, violencia o disfunción en el hogar?		
2	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Este niño ha sido removido del hogar y puesto en un hogar de crianza, en custodia de servicios sociales, o en cuidado de otra persona?		
3	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Este niño está en transición del Programa de Early Head Start?		
4	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Tiene este niño cualquier problema de comportamiento o problemas emocionales?		
5	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Este niño ha perdido un padre debido a fallecimiento, abandono, o encarcelamiento?		
6	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido problemas un padre o tutor con el alcohol y/o abuso de drogas en los últimos 12 meses?		
7	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Ha sido encarcelado un padre o tutor en los últimos 12 meses?		
8	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿El padre o tutor es menor de 20 años e identificado como un niño de crianza?		
9	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Es involucrado Servicios de protección infantil (CPS) en la vida de este niño?		
Relación a 'ADULTO PRIMARIO' (marque uno)			Relación a 'ADULTO SECUNDARIO' (marque uno)		
<input type="checkbox"/> Hijo biológico <input type="checkbox"/> Hijastro por matrimonio <input type="checkbox"/> No legal / Relación por sangre <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo / Tutela <input type="checkbox"/> Niño de crianza		<input type="checkbox"/> Hijo biológico <input type="checkbox"/> Hijastro por matrimonio <input type="checkbox"/> No legal / Relación por sangre <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo / Tutela <input type="checkbox"/> Niño de crianza	
Situación de Custodia / Tutoría (conteste abajo)					
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Hay una orden judicial u otro documento sobre custodia, tutela o adopción de este niño?			



## Información de 'Niño solicitante 3' (si no es aplicable, pase a la página 8)

Primer nombre	SN	Apellido (como aparece en la acta de nacimiento)	Fecha de nacimiento (mes / día / año)	Género (M o F)
			/ /	
Etnicidad (marque uno)	Raza (marque todos los que aplican)		Primer idioma (marque uno)	Habilidad de entender ingles (marque uno)
<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No especificado	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Muy bien
Cobertura de seguro médico (marque todos los que aplican)		Cubertura de seguro dental (marque todos los que aplican)		
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Servicios de salud para indígenas (IHS)	<input type="checkbox"/> Basado al empleo <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Nevada Check Up <input type="checkbox"/> Servicios de salud para indígenas (IHS)
Información del doctor (proporcione los detalles abajo)		Información del dentista (proporcione los detalles abajo)		
Nombre del doctor y/o oficina:		Nombre del dentista y/o oficina:		
Número Telefónico:	Fecha del último examen (mm/aaaa): /	Número Telefónico:	Fecha del último examen (mm/aaaa): /	
<input type="checkbox"/> No tiene doctor en este momento.		<input type="checkbox"/> No tiene dentista en este momento.		
Discapacidades y Necesidades especiales (proporcione detalles abajo)				
1	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Su hijo tiene un diagnóstico de discapacidad y/o necesidad especial? → En caso afirmativo, por favor describa: _____	
2	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Hay un IEP, IFSP o alguna otra documentación?	
Información adicional (conteste todas a abajo)				
Las siguientes preguntas serán utilizadas solo para entender mejor si necesidad para los servicios. Su conclusión honesta es muy apreciada.				
1	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Este niño ha sido un sujeto o testigo de abuso, negligencia, violencia o disfunción en el hogar?	
2	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Este niño ha sido removido del hogar y puesto en un hogar de crianza, en custodia de servicios sociales, o en cuidado de otra persona?	
3	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Este niño está en transición del Programa de Early Head Start?	
4	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Tiene este niño cualquier problema de comportamiento o problemas emocionales?	
5	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Este niño ha perdido un padre debido a fallecimiento, abandono, o encarcelamiento?	
6	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Ha tenido problemas un padre o tutor con el alcohol y/o abuso de drogas en los últimos 12 meses?	
7	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Ha sido encarcelado un padre o tutor en los últimos 12 meses?	
8	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿El padre o tutor es menor de 20 años e identificado como un niño de crianza?	
9	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Es involucrado Servicios de protección infantil (CPS) en la vida de este niño?	
Relación a 'ADULTO PRIMARIO' (marque uno)		Relación a 'ADULTO SECUNDARIO' (marque uno)		
<input type="checkbox"/> Hijo biológico <input type="checkbox"/> Hijastro por matrimonio <input type="checkbox"/> No legal / Relación por sangre <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo / Tutela <input type="checkbox"/> Niño de crianza	<input type="checkbox"/> Hijo biológico <input type="checkbox"/> Hijastro por matrimonio <input type="checkbox"/> No legal / Relación por sangre <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Hijo adoptivo / Tutela <input type="checkbox"/> Niño de crianza	
Situación de Custodia / Tutoría (conteste abajo)				
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	¿Hay una orden judicial u otro documento sobre custodia, tutela o adopción de este niño?		



**Sus hijos adicionales en su hogar** (no niños solicitantes)

Primer nombre y apellido (nombre legal)			Primer nombre y apellido (nombre legal)		
<b>Fecha de nacimiento</b> (mm / dd / aaaa)	<b>Género</b>	<b>Etnicidad</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> (mm / dd / aaaa)	<b>Género</b>	<b>Etnicidad</b>
/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano
<b>Raza</b> (marque todos los que aplican)			<b>Raza</b> (marque todos los que aplican)		
<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano			<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano		
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No especificado			<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No especificado		
<b>Primer idioma</b>		<b>Habilidad de entender ingles</b>	<b>Primer idioma</b>		<b>Habilidad de entender ingles</b>
<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Muy Bien	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Muy Bien
<b>Discapacidades diagnosticadas</b>			<b>Discapacidades diagnosticadas</b>		
<input type="checkbox"/> Niño discapacitado <input type="checkbox"/> No discapacitado			<input type="checkbox"/> Niño discapacitado <input type="checkbox"/> No discapacitado		
<b>Cobertura de seguro medico</b>			<b>Cobertura de seguro medico</b>		
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado al empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura del estado <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> Medicare			<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado al empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura del estado <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> Medicare		
<b>Relación a adulto primario</b>		<b>Relación a adulto secundario</b>	<b>Relación a adulto primario</b>		<b>Relación a adulto secundario</b>
Primer nombre y apellido (nombre legal)			Primer nombre y apellido (nombre legal)		
<b>Fecha de nacimiento</b> (mm / dd / aaaa)	<b>Género</b>	<b>Etnicidad</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> (mm / dd / aaaa)	<b>Género</b>	<b>Etnicidad</b>
/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	/ /	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano
<b>Raza</b> (marque todos los que aplican)			<b>Raza</b> (marque todos los que aplican)		
<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano			<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Isleño del pacífico <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano		
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No especificado			<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No especificado		
<b>Primer idioma</b>		<b>Habilidad de entender ingles</b>	<b>Primer idioma</b>		<b>Habilidad de entender ingles</b>
<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Muy Bien	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Muy Bien
<b>Discapacidades diagnosticadas</b>			<b>Discapacidades diagnosticadas</b>		
<input type="checkbox"/> Niño discapacitado <input type="checkbox"/> No discapacitado			<input type="checkbox"/> Niño discapacitado <input type="checkbox"/> No discapacitado		
<b>Cobertura de seguro medico</b>			<b>Cobertura de seguro medico</b>		
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado al empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura del estado <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> Medicare			<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Compra directa <input type="checkbox"/> Basado al empleo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cobertura del estado <input type="checkbox"/> Cuidado de salud militar <input type="checkbox"/> Medicare		
<b>Relación a adulto primario</b>		<b>Relación a adulto secundario</b>	<b>Relación a adulto primario</b>		<b>Relación a adulto secundario</b>



**Información de vivienda, correo y contacto** *(¡Por favor proporcione lo más que pueda y manténganos al tanto!)*

Dirección de vivienda			Dirección de envió		
Número y nombre de la calle			Número y nombre de la calle		
Unidad / Espacio	Ciudad	Código postal	Unidad / Espacio	Ciudad	Código postal
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Condominio / Adosado <input type="checkbox"/> Duplex / Triplex / 4-plex		<input type="checkbox"/> Casa móvil / Tráiler <input type="checkbox"/> Motel / Hotel <input type="checkbox"/> Albergue / Vivienda de transición <input type="checkbox"/> Sin vivienda	<b>Marque cual de abajo mejor describe su situación familiar...</b> <input type="checkbox"/> Propia vivienda <input type="checkbox"/> Rentando vivienda <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente <input type="checkbox"/> Sin hogar		
Números de teléfono					
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje (   )   -		¿Mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje (   )   -		¿Mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje (   )   -		¿Mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje (   )   -		¿Mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Correo electrónico del adulto primario del hogar			Correo electrónico del adulto secundario del hogar		

**Miembros del hogar y tamaño de familia** *(La siguiente información pertenece solo a los que viven en el hogar)*

Tipo de Padre / Tutor en el hogar	Especifique cuantas personas están viviendo en el hogar <i>(ejemplo: madre: 1, padre: 1, sus hijos: 3, otros adultos: 0, otros niños: 0)</i>					
	Madre	Padre	Sus hijo	OTROS adultos	OTROS niños	Total en el hogar
<input type="checkbox"/> Familia con ambos padres <input type="checkbox"/> Mono paternal • Figura <b>Maternal</b> solamente <input type="checkbox"/> Mono paternal • Figura <b>Paterna</b> solamente	↓	↓	↓	↓	↓	↓

**Especifique los 'OTROS adultos' y 'OTROS niños' que viven en el hogar**

*Especifique quienes son y la relación a usted:*

**Otros servicios que su familia recibe**

**Marque todos los que aplican a su familia.**

- WIC    SNAP    Programa de asistencia de energía (EAP)    Sección 8    Asistencia de vivienda HUD    Subsidios de cuidad de niño  
 NONE

**Referencia al programa**

**Especifique como escucho sobre nuestros programas.**

- |  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Departamento de servicios sociales          | <input type="checkbox"/> Folleto por correo          | <input type="checkbox"/> Periódico o anuncio digital | <input type="checkbox"/> Directorio telefónico |
| <input type="checkbox"/> Servicios de protección infantil            | <input type="checkbox"/> Boletín o Boletín de puerta | <input type="checkbox"/> Página de internet          | <input type="checkbox"/> Amigo o familiar      |
| <input type="checkbox"/> División de servicios infantiles y familias | <input type="checkbox"/> Evento comunitario          | <input type="checkbox"/> Radio o televisión          | <input type="checkbox"/> Padre anteriormente   |

Referencia interna de CSA: \_\_\_\_\_    Otra agencia exterior: \_\_\_\_\_



## Notificaciones de evaluaciones y observaciones

El programa conduce una variedad de educación, salud mental y evaluaciones de social-emocional y observaciones durante el año escolar. Estos serán realizados por el personal del programa junto con otros consultores de educación especial de salud comunitaria, salud mental y distrito escolar. Al firmar abajo, usted da su consentimiento para evaluar, lo que nos permitirá satisfacer las necesidades de su hijo. El consentimiento a las evaluaciones puede ser retirado en cualquier momento y si tiene alguna pregunta o preocupaciones, por favor déjenos saber.

## Notificación de información personalmente identificable

CSA Head Start ha establecido pólizas para garantizar la confidencialidad de toda la información de identificación personal (PII) para todas las familias y niños. Todo el personal debe cumplir con las declaraciones de confidencialidad firmadas. La divulgación de PII requiere el consentimiento de los padres con las excepciones descritas en las Normas de Desempeño de Head Start Federal, por lo cual todos los programas de Head Start deben cumplir. Páginas 67-70 de las Normas de Desempeño de Head Start, por lo cual discuten los requerimientos de las Normas de Desempeño de Head Start, son proporcionada a todos los solicitantes de Head Start al pedirlo.

## Notificación de revelación de solicitante

Yo por lo presente declaro que la información en esta aplicación para los servicios del programa es ciertos y correctos a mi mejor conocimiento y entendimiento. No hice yo ni alguna persona representándome alguna declaración falsa y/o engañosa. La aceptación de la aplicación NO garantiza que los servicios serán proporcionados bajo algún programa, y los servicios son dependientes a varios factores incluyendo aplicaciones acertadas, disposición de fondos y la decisión de si el solicitante califica al programa.

Yo por lo presente libero, descargo y exonero a Community Services Agency, sus agentes y representantes y cualquier persona aportando o examinando información de cualquier y toda responsabilidad de cualquier naturaleza o clase que surja de aportar e inspeccionar información de dichos documentos, registros u otra información y esta renuncia será vinculante sobre mis representantes legales, herederos y cesionarios. Además, autorizo a Community Services Agency y sus agentes y representantes a usar la información que he proporcionado y agregarlo a la información de otros clientes de Community Services Agency por cualquier y todo propósito de informes y finanzas del programa.

Community Services Agency, sus agentes, socios y fuentes financieras, no discriminan por motivos de color, sexo, edad, religión, origen nacional, discapacidades, estado civil, orientación

Firma de padre / tutor: \_\_\_\_\_

Nombre de padre / tutor (imprima por favor): \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

***¡Asegure de proporcionar todos los documentos necesarios para completar su solicitud!***