Solicitud de Inscripción de Head Start y Early Head Start

Niño Solicitan 1

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero

Raza

☐ Asiatico ☐ Americano Nativo
☐ Negro ☐ Hawaiano/Isleño del Pacifico
☐ Blanco ☐ Multi-Racial
☐ Otro: _____

Hispano

☐ Si
☐ No

Dominio del Ingles

☐ Poco
☐ Moderado
☐ Nada
☐ Competente

Otro Idioma

Dominio de otro Idioma

☐ Poco
☐ Moderado
☐ Nada
☐ Competente

Covertura Primaria de Salud	Nombre de Oficina del Medico	Cobertura Dental	Nombre de Oficina del Detista

El Niño tiene una descapacidad.necesidad especial o medica? Si No

Explique:

El Niño tiene una descapacidad.necesidad especial o medica?

Si No Una IEP o IFSP es requerida como verificacion

Adulto Primario

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero

Raza

☐ Asiatico ☐ Americano Nativo
☐ Negro ☐ Hawaiano/Isleño del Pacifico
☐ Blanco ☐ Multi-Racial
☐ Otro: _____

Hispano

☐ Si
☐ No

Dominio del Ingles

☐ Poco
☐ Moderado
☐ Nada
☐ Competente

Otro Idioma

Dominio de otro Idioma

☐ Poco
☐ Moderado
☐ Nada
☐ Competente

Grado mas alto terminado

☐ Asociados
☐ Licenciatura
☐ Titulo univ/Capacitacion
☐ Univ or Capacitacion
☐ GED
☐ Grado 10
☐ Grado 11
☐ Grado 12
☐ <Gradis 9
☐ Graduado de HS
☐ Maestría

Estado de Empleo

☐ Tiempo Completo
☐ Tiempo Parcial
☐ Temporal
☐Desempleado
☐ Tiempo Completo y Capacitacion
☐ Tiempo Parcial/Capacitacion
☐ Entrenamiento/o Escuela
☐ Retirado o Incapacitado

Relacion con el Niño

☐Biológico/Adoptado/Paso
☐ Nieto
☐ Otro Pariente
☐ Adoptivo
☐ Otro

Custodia

☐ Si
☐ No

Escoja todos los que apliquen

☐ Vive con Familia
☐ Proporciona Apoyo Financiero
☐ Padre Adolecente

Si es padre adolecente Ya recibe asistencia?
☐ Si ☐ No

Dirección de correo electrónico:

Otro Adulto o Secundario

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero

Raza

☐ Asiatico ☐ Americano Nativo
☐ Negro ☐ Hawaiano/Isleño del Pacifico
☐ Blanco ☐ Multi-Racial
☐ Otro:: _____

Hispano

☐ Si
☐ No

Dominio del Ingles

☐ Poco
☐ Moderado
☐ Nada
☐ Competente

Otro Idioma

Dominio de otro Idioma

☐ Poco
☐ Moderado
☐ Nada
☐ Competente

Grado mas alto terminado

☐ Asociados
☐ Licenciatura
☐ Titulo univ/Capacitacion
☐ Univ or Capacitacion
☐ GED
☐ Grado 10
☐ Grado 11
☐ Grado 12
☐ <Grado 9
☐ Graduado de HS
☐ Maestría

Situacion Laboral

☐ Tiempo Completo
☐ Tiempo Parcial
☐ Temporal
☐Desempleado
☐ Tiempo Completo y Capacitacion
☐ Tiempo Parcial/Capacitiacion
☐ Entrenamiento/o Escuela
☐ Retirado o Incapacitad

Relacion con el Niño

☐ Biological/Adopted/Paso
☐ Nieto
☐ Otro Pariente
☐ Adoptivo
☐ Other

Custodia

☐ Si
☐ No

Escoja todos los que apliquen

☐ Vive con Familia
☐ Proporciona Apoyo Financiero
☐ Padre Adolecente

Si es padre adolecente Ya recibe asistencia?
☐ Si ☐ No

Dirección de correo electrónico:

Niño Solicitan 2

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero

Raza

☐ Asiatico ☐ Americano Nativo
☐ Negro ☐ Hawaiano/Isleño del Pacifico
☐ Blanco ☐ Multi-Racial
☐ Other: _____

Hispano

☐ Si
☐ No

Dominio del Ingles

☐ Poco
☐ Moderado
☐ Nada
☐ Competente

Otro Idioma

Dominio de otro Idioma

☐ Poco
☐ Moderado
☐ Nada
☐ Competente

Covertura Primaria de Salud	Nombre de Oficina del Medico	Cobertura Dental	Nombre de Oficina del Detista

El Niño tiene una descapacidad.necesidad especial o medica? Si No

Explique:

El Niño tiene una descapacidad.necesidad especial o medica?

Si No Una IEP o IFSP es requerida como verificacion

Solicitud de Inscripción de Head Start y Early Head Start

Niño Adicional (No Solicitante)

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero

Raza		Hispano	Dominio del Ingles	Otro Idioma	Dominio de otro Idioma
☐ Asian ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Otro: _____	☐ Americano Nativo ☐ Hawaiano/Isleño del Pacifico ☐ Multi-Racial	☐ Si ☐ No	☐ Poco ☐ Moderado ☐ Nada ☐ Competente		☐ Poco ☐ Moderado ☐ Nada ☐ Competente

Niño Adicional (No Solicitante)

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero

Raza		Hispano	Dominio del Ingles	Otro Idioma	Dominio de otro Idioma
☐ Asian ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Otro: _____	☐ Americano Nativo ☐ Hawaiano/Isleño del Pacifico ☐ Multi-Racial	☐ Si ☐ No	☐ Poco ☐ Moderatdo ☐ Nada ☐ Competente		☐ Poco ☐ Moderado ☐ Nada ☐ Competente

Niño Adicional (No Solicitante)

Segundo Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero

Raza		Hispano	Dominio del Ingles	Otro Idioma	Dominio de otro Idioma
☐ Asian ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Otro: _____	☐ Americano Nativo ☐ Hawaiano/Isleño del Pacifico ☐ Multi-Racial	☐ Si ☐ No	☐ Poco ☐ Moderado ☐ Nada ☐ Competente		☐ Poco ☐ Moderado ☐ Nada ☐ Competente

Niño Adicional (No Solicitante)

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero

Raza		Hispano	Dominio del Ingles	Otro Idioma	Dominio de otro Idioma
☐ Asian ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Otro: _____	☐ Americano Nativo ☐ Hawaiano/Isleño del Pacifico ☐ Multi-Racial	☐ Si ☐ No	☐ Poco ☐ Moderado ☐ Nada ☐ Competente		☐ Poco ☐ Moderado ☐ Nada ☐ Competente

Informacion Familiar

Direccion Donde Vive la Familia

Direccion	Codigo Postal	Ciudad	Estado	Condado

Direccion Donde Vive la Familia

Tambien Vive Alli?	Direccion de correo (si es diferente a donde vive)	Codigo Postal	Ciudad	Estado
☐ Si ☐ No				

Numeros de Telefono	Tipo (*cheque uno*)	Nota (extencion o major tiempo para llamarlel)	Opta por un texto o Mensaje
( )	☐ Cell ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro _____		☐ Si ☐ No
( )	☐ Cell ☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Otro _____		☐ Si ☐ No

Estado parental (*cheque uno*)	Idioma principal en casa	Relacion con el Solicitante	Sin Hogar	Militar Activo	Recibiend SNAP	Recibiendo WIC	Recibiendo TANF	Resibiendo SSI
☐ Uno ☐ Dos			☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Referencias del Programa-Especifique como se entero de nuestro programa.

Damos la Bienvenida a los Padres en nuestros salones como Voluntarios.Todos los Voluntarios deben estar Completamente Vacunados.

¿Podrá proporcionar una prueba de vacunación? ☐ Si ☐ No

Solicitante de mujer embarazada: solicite ahora en preparacion para el Nacimiento de su hijo

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Fecha de dar a luz	Alto riesgo
					☐ Si ☐ No

Solicitud de Inscripción de Head Start y Early Head Start

¿En qué lugar y a que hora está Ud. interesado?

Programa de Early Head Start para Bebes y niños pequeños:atiende a mujeres embarazadas y niños de 0 años hasta el 3er cumpleaños

Lugar Preferido			Marque hasta 3 lugares con su 1er opción siendo su ubicación preferida.		Todos los lugares brindan atención durante todo el año. **Se requiere asistencia diaria.**
1st	2nd	3rd			
☐	☐	☐	Carson City ♦ 200 Winnie Ln, Ste 288	Caron City 89706	Día completo 8:00 am a 4:30 pm, de lunes a jueves, viernes 8:00 am – 12:00 pm
☐	☐	☐	Destiny Reno ♦ 790 Sutro St.	Reno 89512	Día completo 8:00 am a 4:30 pm, de lunes a jueves, viernes 8:00 am – 12:00 pm
☐	☐	☐	Sun Valley♦115 W 6th Ave	Sun Valley 89433	Día completo 8:00 am a 4:30 pm, de lunes a jueves, viernes 8:00 am – 12:00 pm
☐	☐	☐	Sparks 1850 Sullivan Lane	Sparks 89431	Día completo 8:00 am a 4:30 pm, de lunes a jueves, viernes 8:00 am – 12:00 pm

Programa preescolar de Head Start: atiende a niños de 3 a 5 años de edad

Lugar Preferido			Marque hasta 3 lugares con su 1er opción siendo su ubicación preferida. **Se requiere asistencia diaria.**		Preferencia de horario Marque las horas preferidas para cada lugar seleccionado		
1st	2nd	3rd			Mañana 8 am - 11:30 am Lun - Jueves	Tarde 1 pm – 4:30 pm Lun-Jueves	Día completo 8 am- 4:30 Lun – Jueves
☐	☐	☐	Agnes Risley ♦ 1900 Sullivan Lane	Sparks 89431	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Bernice Mathews ♦ 2750 Elementary Dr.	Reno 89512	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Cottonwood ♦ 915 Farm District Rd.	Fernley 89408	☐	☐	No disponible
☐	☐	☐	Desert Heights ♦ 5310 Echo Ave.	Reno 89506	No disponible	No disponible	☐
☐	☐	☐	Echo Loder ♦ 650 Apple Dr.	Reno 89502	No disponible	No disponible	☐
☐	☐	☐	Smithridge ♦ 4950 Filbert Rd.	Reno 89502	No disponible	No disponible	☐
☐	☐	☐	Sutro ♦ 1100 E. 8th St	Reno 89512	☐	☐	☐
☐	☐	☐	Sparks 1850 Sullivan Lane	Sparks 89431	No disponible	No disponible	☐
☐	☐	☐	Vassar ♦ 2405 Vassar St	Reno 89502	No disponible	No disponible	☐
☐	☐	☐	Wooster ♦ 1950 Villanova Dr	Reno 89502	No disponible	No disponible	☐

Considere las circumstancias a continuación y especifique apra cada solicitante (responda toda a continuación)

1. ¿Este niño/a está hacienda la transición del programa Early Head Start para bebés y niños pequeños porque ya tiene o tendrá 3 años?
   ☐ Si ☐ No
2. ¿Alguna vez este niño/a ha estado expuesto al abuso, negligencia, violencia, or disfunción en el hogar? ☐ Si ☐ No
3. ¿Alguna vez este niño/a ha sido retirado del hogar y colocado en hogares temporales o al cuidado de otra persona? ☐ Si ☐ No
4. ¿Este niño/a tiene problemas de conducta y/o emocionales? ☐ Si ☐ No
5. ¿Este niño/a ha perdido a uno de sus padres debido a muerte, abandon, deportación o encarcelamiento? ☐ Si ☐ No
6. ¿Los Services De Proteción Infantil (CPS) están involucrados en la vida del niño/a? ☐ Si ☐ No
7. ¿Actualmente este niño/a está siendo cuidado por alguien que no sean los padres biológicos? ☐ Si ☐ No
8. ¿El padre o tutor de este niño/a ha experimentado alguna vez problemas con el abuso de alcohol y/o sustancias? ☐ Si ☐ No
9. ¿Este niño/a se ha cambiado de casa más de 3 veces en los últimos 12 meses? ☐ Si ☐ No
10. ¿El niño/a viven en un motel, hotel, refugio de emergencia or carro? ☐ Si ☐ No

Certificación: *Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y es accesible para mí durante el horario comercial normal.*
Etoy incluyendo mi documentación de ingresos como parte de esta solicitud, y se rige por la certificación que firmé a continuación.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____