



Head Start / Early Head Start/State Application Solicitud de Inscripción



Por favor llame al 530-668-3030 si tiene alguna pregunta.

Favor de incluir lo siguiente:

Favor de circular la clase de cada: **HS o EHS o CSPP State**

Día Completo: 7:30 - 4:00, 9:00 - 3:30

Programa en Centro: _____ Basado en el Hogar: _____.

- Ingreso de los últimos 12 meses (Impuestos 1040, Formas W-2, Vales TANF)
- Además, para el Estado, los talones de cheque del mes anterior.
- Acta de Nacimiento (Incluir Hermanos) Copia del IEP/IFSP
- Tarjeta de MediCal Vacuna TB Vacunas
- Comprobante de domicilio Prueba de estado de padre soltero.

INFORMACION DEL NIÑO/A O DEL INFANTE SOLICITANTE.					
Apellido del participante:	Nombre del participante:	¿Familiar de Empleada del Head Start? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre: _____			
Fecha de nacimiento: Fecha que va a nacer:	¿Transición del EHS? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino			
Idioma del niño/a: <input type="checkbox"/> Bilingüe	Idioma que la familia habla en casa: _____				
Como se entero de nuestro programa? Está entrenado/a el niño o niña a ir al baño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No *La respuesta no afectará la elegibilidad ni negará la entrada al programa.					
<i>Si el papá/mamá no habla bien inglés, circule su nivel:</i> Competente Moderado Bajo Nada		Grupo étnico del niño/a: <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o No Latino			
Dirección:	Ciudad:	Estado: CA	Código Postal: _____		
Su dirección actual es un arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Número de teléfono: Casa () Trabajo () Celular () email: _____					
Raza del solicitante: (Marque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Asiático/a <input type="checkbox"/> Indio Americano/a <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco Raza del padre principal _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/De las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No especificado Raza del padre secundario _____					
Estado Civil de los Padres: <input type="checkbox"/> Padre/Madre soltera <input type="checkbox"/> Con dos papás en la misma casa. <input type="checkbox"/> Guardián legal			¿Padre o madre adolescente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Nombre del Dentista/Dirección/Teléfono: _____		Nombre del Doctor/Dirección/Teléfono: _____			
Seguro Médico principal: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Familias Saludables <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro o <input type="checkbox"/> Privado (Nombre): _____ Número de Seguro Médico: _____ ¿Tiene su hijo algún problema de salud? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Reciben WIC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Tiene su hijo/a alguna discapacidad o necesidad especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Diagnosticado <input type="checkbox"/> Probable <input type="checkbox"/> Condición: _____ ¿Recibe TANF o SSI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No SNAP (CalFresh) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Activa/o en el Ejército? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
INFORMACION DEL ADULTO, PADRE O MADRE.					
QUE VIVAN EN LA MISMA CASA Y QUE SEAN MANTENIDOS CON EL INGRESO DE LOS PADRES/TUTORES LEGALES DEL NIÑO/A INSCRITO Y QUE TENGA PARENTESCO DE SANGRE, MATRIMONIO O ADOPCION:					
Nombre Completo Escriba el Adulto Principal Primero	Fecha de Nacimiento	Etnicidad (Hispano/Latino o No Hispano/Latino)	Sexo.	Educación: Menos que Preparatoria; Certificado de Preparatoria; Escuela de Adultos; Algo de Colegio o Diploma AA; BA o más avanzado	Empleo: Tiempo Completo; Temporal; jubilado o Discapacitado; desempleado; Medio tiempo; Estudiando; Trabajando y estudiando
			M F		Parentesco con el niño/a (Madre, Abuela/Abuelo, Padre adoptivo) Guardián legal
			M F		
			M F		
			M F		
HERMANOS, HERMANAS U OTROS NIÑOS EN CASA.					
Nombre completo	Fecha de nacimiento	Grupo Étnico	Sexo	Parentesco con el Adulto Principal	
			M F		
			M F		
			M F		
			M F		

Declaro bajo sanción de perjurio que la información mencionada arriba en este paquete de inscripción es verdadera y está completa de acuerdo a mi conocimiento. Si alguna parte es falsa o fuese omitida, mi participación en este programa pudiera ser cancelada y puede ser sujeta a una acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será mantenida bajo estricta confidencialidad dentro de esta agencia.

Firma del Padre/Madre/Tutor legal
2023-2024 Due: Must be completed before child is enrolled

Fecha
07/13/23

1201S - Application Spanish