*Educación y Servicios para Niños (ECS)*

**HEAD START TEMPRANO**

**PROGRAMA DE MADRES EMBARAZADAS**

***Aplicación***

IMPORTANTE - Para considerar su aplicación, ambos lados deben ser llenados completamente.

Información de Madres Embarazadas:

Nombre Legal: _____ _____ _____

Apellido Primer Segundo Inicial

Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Parto: _____

Si menor de 18, eres un hijo adoptivo? □ Si □ No

Rasa/Étnica (opcional) Marque todos los que apliquen:

□Negro □Blanco □Aciano □ Indio Americano □ Isla Pacifico □ Hispano □ Otro_____

Dirección de Domicilio:_____

Ciudad: _____Código Postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____ / _____ / _____

□Casa □Celular □Trabajo/ □Mensaje /□Casa □Celular □Trabajo □Mensaje /□Casa□Celular□Trabajo □Mensaje

Lenguaje de familia _____ Necesita Interprete? □ Si □ No

Padre del bebe - Información:

| Nombre | Fecha de nacimiento | Relación al aplicante | Vive con el aplicante? |
|---|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ | □ Si □ No |

Lista Otros Adultos y Niños en el Hogar:

| Nombre | Fecha de nacimiento | Relación a madre embarazada |
|---|---|---|
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |
| _____ | _____ | _____ |

Información de Ingresos – REQUERIDO PARA CONSIDERACION DE APLICACIÓN:

Número de Personas en el Hogar _____

(Cuente el bebe que aun no nace, madre embarazada, padre esperando en el hogar, y a todas las personas apoyadas por los padres del bebe que aun no nace)

Los Ingresos Anuales de Familia por los últimos 12 meses si no ingresos reportados en los impuestos del año anterior $_____

Usted recibe: SSI (Ingresos suplementarios de Seguro) □ Si □ No

FIP/Dinero de DHS □ Si □ No

Distrito escolar en donde vive: _____

Usted desea continuar con servicios de Head Start Temprano (EHS) para su niño después de dar a Luz? □ Si □ No

Si su niño es aceptado al programa de EHS, usted va poder proporcionar transportación □ Si □ No

| | Empleado por lo menos 25 horas por semana | Asiste a la Escuela/Colegio | Dirección de correo electrónico |
|---|---|---|---|
| Madre Embarazada | □*Si* □*No* | □*Si* □*No* | _____ |
| Padre Esperando | □Si □No | □Si □No | _____ |

En donde escucho sobre el programa?

□ Participante anterior del programa

□ Amigo o pariente participa en el programa

□ Letrero en Edificio □Letrero □Radio □Tele

□ De otra agencia/Escuela

□ Periódico □ Periódico local gratis

□Folleto – □ por correo □ en un cartel

□ Otro lugar _____

Community Action ECS staff use only:

Distributed by: DATA Tracking # WEBSITE

Received by: _____ Date Rec'd: _____

DATA Initials: _____ Date Rec'd: _____

Entered in CP by: _____ Date Ent'd: _____

*Importante: Complete las dos paginas1 y 2 antes de entregar aplicación*



Revised 12/1/09 mlw; Approved by Mgmt. 12/16/09

Nombre del Aplicante:_____

Fecha de Nacimiento: _____

Esta sección es para dirigir el Acto de McKinney-Vento 42 U. S. C. 11435. Las respuestas a esta información de la residencia ayudan a determinar los servicios que el solicitante puede tener derecho a recibir.

1. Su dirección reciente es un arreglo de vivienda temporal? □ Si □ No

2. Si indico No, continúe a la otra sección.

Si indico Si, por favor marque sus respuestas.

Es este un arreglo de vivienda temporal debido a pérdida de hogar o dificultad económica? □ Si □ No

Dónde están usted viviendo ahorita? (Marque una caja)

□ En un Hotel □ Movemos de lugar a lugar

□ En un Asilo □ Con más de una familia en una casa o apartamento

□ En un lugar no diseñado para dormir, como un coche, el parque, o campamento.

Sección de Identificar Preocupaciónes de salud

Es este un embarazo de alto riesgo? □ Si □ No (Si indico no, continúe a la otra sección)

*Su respuesta es voluntaria y la información proporcionada es confidencial. Si no responde, no será utilizado para excluirle de matriculación.*

Doctor o especialista:

Nombre _____

Dirección _____

_____

Teléfono: _____

Liberación de Consentimiento de Información

La Agencia de Community Action y Educación y Servicios para Niños Liberación de Información con respecto a información de salud sobre embarazo de alto riesgo

Yo, _____, por la presente doy mi permiso a la Agencia Community Action Educación y Servicios para Niños de contactar a los de arriba para información con respecto al embarazo del solicitante.

_____ _____

Firma de Madre Embarazada, o Padre/Guardián si el aplicante es un menor Fecha

*Certifico que la información de arriba en páginas 1 y 2 son verdad y exacto. Comprendo que, al comprobar se determina que cualquier parte de la aplicación es falsa, puede afectar el proceso de la aplicación. Yo también comprendo que la información será contenido en confianza y determina elegibilidad y planificación del programa.*

Firma del Aplicante: _____ Fecha: _____

*Por favor regreso la aplicación a un centro local de Community Action Educación y Servicios para Niños, o por correo a:*

**Community Action**
**Education & Children's Services**
***Atención: Data Dept.***
**175 Main Street / P.O. Box 1026**
**Battle Creek, MI 49016**

*De acuerdo con la ley Federal y U. S. El departamento de la Agricultura (USDA) política, esta institución es prohibida de discriminar por rasa, por su color, por origen nacional, por el sexo, por la edad, o por la incapacidad. Para archivar una queja de discriminación, escribe USDA, el Director, la Oficina de Derechos Civiles, 1400 Avenida de Independencia, el SW, Washington, D. C. 20250-9410 o llama (800) 795-3272 o (202) 720-5964 (TDD). USDA es un proveedor igual de oportunidad y empleador.*



Revised 12/1/09 mlw; Approved by Mgmt. 12/16/09