



**CONDADO DE BARRY NACIMIENTO-A-5 APPLICACION PARA SERVICIOS
HEAD START, HEAD START TEMPRANO, PROGRAMA DE PREPARACIÓN GRAN COMIENZO**

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

<p>Información del Niño Aplicando (Aplicante): <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer</p> <p>Nombre Legal: _____</p> <p>Apellido _____ Primer _____ Segundo _____</p> <p>Fecha de Nacimiento: _____ Lugar de Nacimiento (ciudad, estado) _____</p> <p>Raza/Etnicidad (opcional)- Marque los que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Aciano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Isla Pacifico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>Dirección de Casa: _____</p> <p>Ciudad: _____ Código Postal: _____ Condado: _____</p> <p>Teléfonos: _____ / _____ / _____ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje/ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje/ <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Mensaje</p> <p>Lenguaje de Familia _____ Necesita interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>			<p>Información de Ingresos – REQUERIDO PARA JUSTA CONSIDERACION DE LA APPLICACIÓN Número de personas en el hogar _____</p> <p>(Cuenta personas en el hogar apoyada por padres del niño aplicante)</p> <p>Ingresos <u>Anuales totales</u> de los últimos 12 meses o impuestos de ingresos del año pasado \$ _____</p> <p>Usted Recibe: SSI (Ingresos suplementarios de Seguro) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No FIP/ Dinero de DHS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p> <p>Distrito Escolar donde vive: _____</p> <p>Si su niño es aceptado a nuestro programa, va poder proveer transportación? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p> <p>Año escolar de interés: <input type="checkbox"/> 2009-2010 <input type="checkbox"/> 2010-2011 <input type="checkbox"/> 2011-2012 <input type="checkbox"/> 2012-2013</p> <p>Información de Padre/Guardián:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><u>Nombre</u></td> <td style="width: 33%;"><u>F/D/N</u></td> <td style="width: 33%;"><u>Relación al aplicante</u></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><u>Vive con el aplicante?</u></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> <p>Empleado por lo menos 30 horas por semana <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Asiste a la Escuela/Colegio <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No Dirección de Correo Electrónico (Email): _____</p> <p>Incluya otros Adultos y Niños en el Hogar:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"><u>Nombre</u></td> <td style="width: 33%;"><u>F/D/N</u></td> <td style="width: 33%;"><u>Relación al aplicante</u></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>Donde escucho de nuestro programa?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Previamente involucrada con programa <input type="checkbox"/> Amiga o familia en el programa <input type="checkbox"/> Letrero en edificio <input type="checkbox"/> Boletín <input type="checkbox"/> Radio <input type="checkbox"/> Tele <input type="checkbox"/> De otra agencia/escuela <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Periódico local gratuito <input type="checkbox"/> Folleto/Folleto Publicado <input type="checkbox"/> por correspondencia <input type="checkbox"/> En un cartel <p><u>Staff use only:</u></p> <p>Distributed by: DATA Tracking code: WEBSITE</p> <p>Received by: _____ Date Rec'd: _____</p> <p>DATA Initials: _____ Date Rec'd: _____</p> <p>Ent'd in CP by: _____ Date Ent'd: _____</p>			<u>Nombre</u>	<u>F/D/N</u>	<u>Relación al aplicante</u>	_____	_____	<u>Vive con el aplicante?</u>	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	<u>Nombre</u>	<u>F/D/N</u>	<u>Relación al aplicante</u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
<u>Nombre</u>	<u>F/D/N</u>	<u>Relación al aplicante</u>																																	
_____	_____	<u>Vive con el aplicante?</u>																																	
_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No																																	
_____	_____	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No																																	
<u>Nombre</u>	<u>F/D/N</u>	<u>Relación al aplicante</u>																																	
_____	_____	_____																																	
_____	_____	_____																																	
_____	_____	_____																																	
_____	_____	_____																																	
_____	_____	_____																																	
<p>Importante: Complete ambas páginas 1 y 2 antes de someter la aplicación</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">  </div>																																			
<p>Esta aplicación puede ser compartida con todos los programas sobredichos. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p>																																			

CONDADO DE BARRY NACIMIENTO-A-5 AÑOS APLICACIÓN PARA SERVICIOS

<p>Nombre de Aplicante: _____ Fecha de Nacimiento: _____</p> <p>Esta sección es para dirigir el Acto de McKinney-Vento 42 U. S. C. 11435. Las respuestas a esta información de residencia ayudan a determinar los servicios que el solicitante puede tener derecho a recibir.</p> <p>1. Es su dirección corriente un arreglo de vivienda temporal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p> <p>2. Si marco NO, salte esta sección</p> <p><u>Si marco sí, contesta por favor las preguntas abajo.</u></p> <p>Este arreglo de vivienda temporal es debido a pérdida de alberga o dificultad económica? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No</p> <p>Dónde está el niño actualmente viviendo? (Verifique una caja)</p> <p><input type="checkbox"/> En un motel <input type="checkbox"/> Moviendo del lugar a lugar <input type="checkbox"/> En un refugio <input type="checkbox"/> Con más de una familia en una casa o apartamento <input type="checkbox"/> En un lugar no diseñado para dormir ordinariamente, como un coche, el parque, o lugar para campar.</p> <p><i>Yo certifico que la información de encima en páginas 1 y 2 son verdad y exacto. Comprendo que si comprobación determina que cualquier parte de la aplicación es falsa, puede dificultar el proceso de aplicación. También comprendo que la información será contenido en confianza y determina elegibilidad y planificación del programa.</i></p> <p>Firma del Aplicante: _____ Fecha: _____</p> <p><i>De acuerdo con la ley Federal y U. S. El departamento de la Agricultura (USDA) política, esta institución es prohibida de discriminar por raza, 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.</i></p>	<p><u>Incapacidad y problemas de salud Sección de Identificación</u></p> <p>Su niño tiene una incapacidad o problema de salud? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No (Si marco NO, salte esta sección)</p> <p><i>Su respuesta es voluntaria y la información proporcionada acerca de su niño es confidencial. Su no responde esto no será utilizado para excluir a su niño de la matriculación.</i></p> <p>Si su niño está siendo, o algún día fue, evaluado para cualquiera de las incapacidades o problemas de salud? Por favor INDIQUE, todas las que correspondan.</p> <p>*Si indica, por favor marque Si está confirmado / Calificado para servicios</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Evaluado</th> <th style="text-align: center;">Confirmado/calificado</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ADD/ADHD</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Alergias</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Asma</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Autismo</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Educativo (EARLY ON, Proyecto Find)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Desórdenes Emocional/Conductistas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Deterioro de oído/Sordera</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Corazón</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Riñón</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Incapacidad de Aprendizaje</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Atraso Mental</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Deterioro Ortopédico (físico)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Deterioro de Discurso o Idioma</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Trauma al Cerebro</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Deterioro Visual /Ceguera</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otros (por favor explique) _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Dónde proporcionan los servicios? Escuela/Agencia: _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>Especialista o Proveedor Medico (Nombre y #Tel) _____</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="3">Si su niño está recibiendo servicios, por favor firme Consentimiento de liberación de Información.</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Consentimiento de liberación de Información</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Community Action Educación y Services para Niños liberación de Información considerando a (Nombre del Niño): _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3">YO, _____, como Padre/Guardián, por presente doy mi permiso para que Community Action ECS contacte los de arriba para información con respecto a mi niño.</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Firma de Padre/Guardián</td> <td>Fecha _____</td> </tr> </tbody> </table>		Evaluado	Confirmado/calificado	ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Educativo (EARLY ON, Proyecto Find)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Desórdenes Emocional/Conductistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deterioro de oído/Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Incapacidad de Aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Atraso Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deterioro Ortopédico (físico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deterioro de Discurso o Idioma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Trauma al Cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Deterioro Visual /Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otros (por favor explique) _____			Dónde proporcionan los servicios? Escuela/Agencia: _____			Especialista o Proveedor Medico (Nombre y #Tel) _____			Si su niño está recibiendo servicios, por favor firme Consentimiento de liberación de Información.			Consentimiento de liberación de Información			Community Action Educación y Services para Niños liberación de Información considerando a (Nombre del Niño): _____			YO, _____, como Padre/Guardián, por presente doy mi permiso para que Community Action ECS contacte los de arriba para información con respecto a mi niño.			Firma de Padre/Guardián		Fecha _____
	Evaluado	Confirmado/calificado																																																																							
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Educativo (EARLY ON, Proyecto Find)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Desórdenes Emocional/Conductistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Deterioro de oído/Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Incapacidad de Aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Atraso Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Deterioro Ortopédico (físico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Deterioro de Discurso o Idioma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Trauma al Cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Deterioro Visual /Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																							
Otros (por favor explique) _____																																																																									
Dónde proporcionan los servicios? Escuela/Agencia: _____																																																																									
Especialista o Proveedor Medico (Nombre y #Tel) _____																																																																									
Si su niño está recibiendo servicios, por favor firme Consentimiento de liberación de Información.																																																																									
Consentimiento de liberación de Información																																																																									
Community Action Educación y Services para Niños liberación de Información considerando a (Nombre del Niño): _____																																																																									
YO, _____, como Padre/Guardián, por presente doy mi permiso para que Community Action ECS contacte los de arriba para información con respecto a mi niño.																																																																									
Firma de Padre/Guardián		Fecha _____																																																																							