



PRESBYTERIAN MEDICAL SERVICES
SERVICIOS INFANTILES
A-1a



Servicios Infantiles

¡Bienvenidos al Programa de Educación Temprana Integral (*Head Start*) y al Programa de Educación Temprana Integral de Primera Infancia (*Early Head Start*)!

Año del Programa _____

Gracias por tomarse el tiempo para completar la solicitud que se adjunta. Usted puede enviar su solicitud al Programa de Educación Temprana Integral de Primera Infancia (*Early Head Start*) o al Programa de Educación Temprana Integral (*Head Start*).

Para completar la solicitud de Educación Temprana Integral o Educación Temprana Integral de Primera Infancia, necesitaremos la siguiente información:

1. Comprobante de todos los ingresos del año anterior o 12 meses a partir de la fecha en que usted presente su solicitud.

Ejemplos:

____ Formulario 1040A o 1040 de Impuesto Sobre la Renta más reciente y formularios W-2

____ Talones de pago de todos los trabajos

____ Impresión de la computadora de los beneficios de Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por su sigla en inglés) o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)

____ Comprobante de la carta de Beneficios de Manutención Infantil o la documentación impresa

2. ____ Certificado de Nacimiento original del/de la niño(a) o Registro de Bautismo

Para que su hijo(a) sea inscrito(a) necesitaremos:

1. ____ Cartilla de vacunación del/de la niño(a)
2. ____ Horario de clases que muestre el estado escolar (si corresponde) o la capacitación en el trabajo del padre para los solicitantes de Día Completo/Año Completo.
3. ____ Certificado de Sangre de Americano Nativo (CIB, por sus siglas en inglés) del/de la niño(a), si corresponde
4. ____ Tarjeta de Medicaid o Tarjeta de Seguro actualizadas
5. ____ Si su hijo(a) tiene una discapacidad diagnosticada, envíe copias de los registros más recientes del Programa de Educación Individualizada (IEP, por sus siglas en inglés) o del Plan Individualizado de Servicios Familiares (IFSP, por sus siglas en inglés) de su hijo del Programa de Educación Especial que le brinda los servicios (podemos ayudarlo a obtener estos registros con su autorización por escrito).
6. ____ Para los niños que están en Custodia Protectora o que viven con padres de Crianza Temporal, envíe la documentación del tribunal que acredite la colocación correspondiente.



**PRESBYTERIAN MEDICAL SERVICES
SERVICIOS INFANTILES
A-1a**



Para el Uso Exclusivo de la Oficina

Sesión Solicitada _____

- Solicitud Completada (inicial) _____ Seleccionado SÍ NO Fecha de Selección _____ #Miembros de Familia _____
- Peso de los Criterios _____ Supera Ingresos por \$ _____ Elegible por Ingresos Edad del/de la Niño(a) _____
- Si se aprueba y está por encima de los ingresos, proporcionar el motivo _____

Personal Autorizado

Personal Autorizado

Personal Autorizado

CONDADO: _____ DISTRITO ESCOLAR: _____

SITIO: _____ PROGRAMA: _____

FECHA DE SOLICITUD: _____

+++++

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DE LA SOLICITUD

Masculino

Femenino

¿Cómo se Enteró del programa de Head Start/Early Head Start? _____

NOMBRE DEL/DE LA NIÑO(A): _____ F. DE NACIMIENTO: _____

Nombre del Padre/Tutor(a): _____

Dirección Postal: _____

Calle o Apartado Postal Ciudad Estado CP

Dirección Postal: _____

Calle o Camino del Condado No. de Teléfono

Raza del/de la Niño(a):

_____ No. de Tel. de Día

- Asiático
- Isleño del Pacífico
- Chino
- Coreano
- Filipino
- Japonés
- Hawaiano
- Otro

Idioma:

¿Cuál idioma hablan con mayor frecuencia en su hogar? _____

¿Su hijo(a) habla inglés? Muy Bien Bien No Muy Bien No

¿Su hijo(a) habla algún otro idioma? _____



SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE DISCAPACIDADES

¿Su hijo(a) ha sido diagnosticado con, o se sospecha que tenga, una discapacidad de retraso en el desarrollo? SÍ NO

¿Está en riesgo de retraso en el desarrollo debido a factores biológicos, médicos o ambientales? SÍ NO

Explicar en caso afirmativo: _____

Complicaciones al Nacer:

- Bajo peso al nacer
- Prematuro(a)
- Exposición parental a las drogas, medicamentos, etc. que se relacionen con el retraso en el desarrollo.

Fecha de la Evaluación: _____

¿Quién realizó la evaluación?: _____

¿Necesita su hijo(a) adaptaciones médicas? _____ Sí _____ No

¿Toma su hijo(a) algún medicamento? _____ Sí _____ No

Especificar en caso afirmativo: _____

¿Está su hijo(a) en una dieta especial o es alérgico(a) a alimentos? _____ Sí _____ No

Especificar en caso afirmativo: _____

+++++

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN FAMILIAR

- Indique el Tipo de Familia:
- Familia con dos Padres (casados o matrimonio de hecho)
 - Familia Monoparental: Niño(a) vive con _____ Madre _____ Padre
 - Otro(s) Pariente(s), Especificar: _____
 - Familia de Crianza
 - Otro Tipo de Familia _____
 - Viviendo Juntos

Enumere a todas las personas que viven en su hogar comenzando con el cabeza de familia:

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco con Niño	Etnicidad Idioma	Empleado TP/TC	TP/TC-Grado Ed. Secundaria
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

No. de Adultos: _____



3

PRESBYTERIAN MEDICAL
SERVICES CHILDREN'S SERVICES

A-1a





SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN/EMPLEO

Nombre de la Madre/Tutor(a):

Nombre del Padre/Tutor:

<p>Raza:</p> <input type="checkbox"/> Doble Raza _____ <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> India Americana <input type="checkbox"/> De Origen Español (Especificar) _____ <input type="checkbox"/> Isleña del Pacífico _____ <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Hawaiana <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Guamaniana <input type="checkbox"/> India Asiática <input type="checkbox"/> Otra	<p>Raza:</p> <input type="checkbox"/> Doble Raza _____ <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> De Origen Español (Especificar) _____ <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico _____ <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Hawaiano <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Samoano <input type="checkbox"/> Guamaniano <input type="checkbox"/> Indio Asiático <input type="checkbox"/> Otro
--	---

<p>Idioma:</p> <p>¿Cuál idioma habla? _____</p> <p>¿Habla otro(s) idioma(s)? _____</p>	<p>Idioma:</p> <p>¿Cuál idioma habla? _____</p> <p>¿Habla otro(s) idioma(s)? _____</p>
---	---

<p>Empleo:</p> <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Horas por Semana _____ <input type="checkbox"/> T. Completo (28+ hrs.) <input type="checkbox"/> T. Parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Temporal <p>Empleador:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____</p> <p>Teléfono: _____</p>	<p>Empleo:</p> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Horas por Semana _____ <input type="checkbox"/> T. Completo (28+ hrs.) <input type="checkbox"/> T. Parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Temporal <p>Empleador:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____</p> <p>Teléfono: _____</p>
--	--

<p>Educación</p> <p>Último Grado Completado:</p> <input type="checkbox"/> No terminó la escuela <input type="checkbox"/> Graduada de Secundaria <input type="checkbox"/> Prueba de Equivalencia <input type="checkbox"/> Menos o igual al 4° Grado <input type="checkbox"/> 5°-8° Grado <input type="checkbox"/> 9° Gr. <input type="checkbox"/> 10° Gr. <input type="checkbox"/> 11° Gr. <input type="checkbox"/> 12° Gr. (sin diploma) <input type="checkbox"/> Algo de Universidad (sin título) <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Otro <p>Educación Actual:</p> <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Año Completo <input type="checkbox"/> T. Completo (12+ hrs.) <input type="checkbox"/> T. Parcial (menos de 12 hrs. de créditos) <p>Área de Estudios: _____</p> <p>Escuela: _____</p>	<p>Educación</p> <p>Último Grado Completado:</p> <input type="checkbox"/> No terminó la escuela <input type="checkbox"/> Graduado de Secundaria <input type="checkbox"/> Prueba de Equivalencia <input type="checkbox"/> Menos o igual al 4° Grado <input type="checkbox"/> 5°-8° Grado <input type="checkbox"/> 9° Gr. <input type="checkbox"/> 10° Gr. <input type="checkbox"/> 11° Gr. <input type="checkbox"/> 12° Gr. (sin diploma) <input type="checkbox"/> Algo de Universidad (sin título) <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Posgrado <input type="checkbox"/> Otro <p>Educación Actual:</p> <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Año Completo <input type="checkbox"/> T. Completo (12+ horas) <input type="checkbox"/> T. Parcial (menos de 12 hrs. de créditos) <p>Área de Estudios: _____</p> <p>Escuela: _____</p>
--	---



SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

Quién cuida a su niño(a) mientras usted trabaja o asiste a la escuela:

- Centro de cuidado infantil, especificar: _____
- Centro de cuidado infantil, especificar: _____
- Pariente u otro adulto en el hogar de **usted**
- Pariente u otro adulto en el hogar de **ellos**
- Otro: _____

Cómo paga el cuidado infantil:

- Pago Particular Precio Total Escala Móvil Copago
- Asistencia (especificar fuente) _____

¿Usted necesita cuidado infantil todo el año? SÍ, ¿por qué? _____
 NO, ¿por qué? _____

+++++

SECCIÓN 6: INFORMACIÓN DEL HOGAR

Tipo de Casa:

- Casa Móvil Casa Apartamento Otro

Usted:

- Renta Es el Dueño Otro

Tiempo en el domicilio actual: _____

Número de veces que la familia se ha mudado en los últimos 12 meses: _____

Ha estado sin hogar en los últimos 12 meses: SÍ NO

+++++

SECCIÓN 7: INFORMACIÓN DE TRANSPORTE

Tiene usted acceso a un vehículo: SÍ NO

+++++

SECCIÓN 8: INFORMACIÓN DEL PROGRAMA

Educación Temprana Integral de Primera Infancia (Early Head Start) (0-35 meses)

Educación Temprana Integral (Head Start) (3-5 años) Sitio Preferido: _____

Mi preferencia es: (marcar todas las que correspondan)

SERVICIOS DEL PROGRAMA	EXPLIQUE POR QUÉ
Todo el Día Todo el Año (varía el horario)	
Todo el Día/Año Escolar (varía el horario)	
Parte del Día (4-6 hrs./día) Año Escolar	
Sesión Matutina (3 ½ hrs.) Año Escolar	
Sesión Vespertina (3 ½ hrs/) Año Escolar	
Servicios Basados en el Hogar	



SECCIÓN 9: INFORMACIÓN DE ASISTENCIA FAMILIAR

¿Cuáles otros ingresos o asistencia recibe o necesita actualmente su familia?

¿Recibe?	¿Recibe?	¿Necesita?	¿Necesita?
<input type="checkbox"/> Subvención TANF/CASH	<input type="checkbox"/> Cupones para Alimentos	<input type="checkbox"/> Subvención TANF/CASH	<input type="checkbox"/> Cupones para Alimentos
<input type="checkbox"/> Seguro por Desempleo	<input type="checkbox"/> Programa WIC/ECHO	<input type="checkbox"/> Seguro por Desempleo	<input type="checkbox"/> Programa WIC/ECHO
<input type="checkbox"/> Seguro por Incapacidad del Seguro Social – Incapacidades-Sobrevivientes	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> Seguro por Incapacidad del Seguro Social – Incapacidades-Sobrevivientes	<input type="checkbox"/> Medicaid
<input type="checkbox"/> Vivienda y Desarrollo Urbano	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Vivienda y Desarrollo Urbano	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<input type="checkbox"/> Ninguno de los Anteriores	<input type="checkbox"/> Ninguno de los Anteriores	<input type="checkbox"/> Ninguno de los Anteriores	<input type="checkbox"/> Ninguno de los Anteriores

Problemas Familiares

- Problemas crónicos de salud _____
- Padre con discapacidades _____
- Padre/madre encarcelado(a) _____
- Carece de Hogar _____
- Aislamiento físico _____
- Vivienda no apropiada _____
- Falta de transporte _____
- Violencia en el hogar _____

Asistencia que Necesita

- Alimentos
- Vivienda
- Servicios Públicos
- Ropa
- Atención Médica

Otro _____

+++++

**SECCIÓN 10: INFORMACIÓN SOLO DE LA FUTURA MADRE /
MUJERES EMBARAZADAS**

¿Cuál es su mes actual de embarazo? _____

¿Cuál es la fecha esperada del parto? _____

A mi leal saber y entender, toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma del/de la Padre/Madre/Tutor(a)

Fecha