



**¡Bienvenidos al Programa de Educación Temprana Integral Head Start y al Programa de Educación Temprana Integral de Primera Infancia Early Head Start!
Programa – Año _____**

Gracias por tomarse el tiempo para completar la solicitud 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 lo siguiente:

1. Proof of all income from the previous year or 12 months from the date you turn in your application.
Ejemplos:
___ Declaración de Impuestos más reciente Formulario 1040A o 1040 y Formulario W-2
___ Talones de pago de todos sus trabajos
___ Documentación de los beneficios de Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF)* o Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)*
___ Comprobante de la carta de Beneficios de Manutención Infantil
2. ___ Certificado de Nacimiento original de su hijo (a) o Registro de Bautismo
3. ___ Licencia de matrimonio y / o decreto de divorcio (solo para Pies Pequeños – Little Feet)

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

1. ___ Registro de vacunación de su hijo(a) o Formulario de exención estatal
2. ___ Horario de clases que muestra el estado escolar de los padres (si corresponde) o entrenamiento laboral para los solicitantes de Día Completo/Año Completo.
3. ___ Certificado del niño (a) de Sangre de Americano Nativo (CIB) si corresponde.
4. ___ Tarjeta de Medicaid /Tarjeta de Seguro vigente
5. ___ Si su hijo(a) tiene una discapacidad diagnosticada, por favor envíe copias de los registros más recientes de los programas IEP* o IFSP*, (Programa de Educación Individualizada o del Plan Individualizado de Servicios Familiares (podemos ayudarlo a obtener estos registros con su autorización por escrito).
6. ___ Para niños que están en Custodia Protectora o que viven con padre adoptivos, Temporales, por favor envíe la documentación judicial de la colocación correspondiente.
7. ___ Documentación judicial (órdenes de restricción, arreglos de custodia, planes de crianza, etc.)



Para el Uso Exclusivo de la Oficina

Solicitud Completada (iniciales)_____ Seleccionado SÍ NO Fecha Seleccionada _____

de Miembros de Familia_____ % del Criterio Supera Ingresos por \$

Elegible por Ingresos Edad hijo(a)_____

Si es aprobada por encima de los ingresos, dar razón: _____

Personal Autorizado _____ **Personal Autorizado** _____ **Personal Autorizado** _____

CONDADO: _____ DISTRITO ESCOLAR: _____

SITIO: _____ PROGRAMA: _____

FECHA DE SOLICITUD: _____ PREFERENCIA DE LOCALIDAD: _____

+++++

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

¿Cómo se enteró del programa de Headstart/Early HeadStart? _____

Nombre niño (a): _____ Fecha de nacimiento: _____ Hombre
Mujer

Nombre del Padre/Guardian: _____
de Teléfono - Casa: _____ celular: _____ Correo electrónico: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____
de Teléfono - Casa: _____ celular: _____ Correo electrónico: _____

Dirección de envió: _____
Calle o Apartado Postal Ciudad Estado Código Postal

Dirección Actual: _____
Calle o Camino del Condado Ciudad Estado Código Postal

RazaRaza del niño(a):

- Blanca
- Afiliación de Indígenas de América Tribus/Censo # _____
- Afroamericanos
- Asian
- Nativos Hawaianos u otras Islas del Pacifico
- Bi-racial

Child's Ethnicity:

- Hispano o Latino o Origen Español
- No Hispano o Latino o de Origen Español

Lenguaje:

¿Qué idioma se habla más 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

¿Ha sido su hijo(a) diagnosticado con, o hay sospecha de que tenga una discapacidad de retraso en su desarrollo?

SÍ NO

En caso afirmativo lista: _____

Fecha de Evaluación: _____

¿Está en riesgo de retraso en el Desarrollo debido a factores biológicos, médicos, o del medio ambiente?

SÍ NO

Complicaciones al Nacer:

- Bajo peso al nacer
- Prematuro
- Exposición prenatal a las Drogas, medicamentos, etc. que se relacionen con el retraso en el desarrollo.

¿Quién completo la Evaluación?: _____

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

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

Especificar en caso afirmativo: _____

¿Esta su hijo en una dieta especial o tiene alergias a cualquier alimento? Sí No

Especificar en caso afirmativo: _____

Alguna preocupación de comportamiento: Sí No

Especificar en caso afirmativo: _____

+++++

SECCIÓN 3: INFORMACIÓN FAMILIAR

- Indique el tipo de Familia:**
- Familia con dos Padres
 - Familia de padre o madre soltero (a): Niño(a) vive con ___ Madre ___ Padre
 - Otro(s) Pariente(s), Especificar: _____
 - Familia adoptive temporal
 - Otro Tipo de Familia: _____
 - Viviendo Juntos

Escriba el nombre de todas las personas que viven en su hogar comenzando con el Jefe de Hogar:

	Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación familiar del niño(a)	Idioma	Empleado tiempo completo (FT)/ Tiempo Parcial (PT)	Estudia tiempo completo (FT)/ Tiempo Parcial(PT)	SOLO USO OFICIAL: √ SI NO ES RESPONSABLE FINANCIERAMENTE DEL NIÑO(A)
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							

Numero de Padres: _____

Numero de Niño(a)s : _____



de Teléfono - Casa: _____ celular: _____ Correo electrónico: _____

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE EDUCACIÓN/EMPLEO

Nombre de la Madre/Guardian: _____

Nombre del Padre/Guardian: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Fecha de Nacimiento: _____

<p>Raza:</p> <input type="checkbox"/> Bi-Racial _____ <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indígenas Americanos o Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano u otras Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericanos	<p>Estado Civil:</p> <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> divorciada <input type="checkbox"/> viviendo con un compañero	<p>Raza:</p> <input type="checkbox"/> Bi-Racial _____ <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indígenas Americanos o Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano u otras Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericanos	<p>Estado Civil:</p> <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> casado <input type="checkbox"/> divorciada <input type="checkbox"/> viviendo con un compañero
<p>Ethnicidad:</p> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino u Origen Español <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino o de origen Español	<p>Ethnicidad:</p> <input type="checkbox"/> Hispano o Latino u Origen Español <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino o de origen Español		

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

<p>Empleo:</p> <input type="checkbox"/> Horas de Empleo Por Semana _____ <input type="checkbox"/> T. Completo (28+ hrs) <input type="checkbox"/> T. Parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Padre está encarcelado	<p>Empleo:</p> <input type="checkbox"/> Horas de Empleo Por Semana _____ <input type="checkbox"/> T. Completo (28+ hrs) <input type="checkbox"/> T. Parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Padre está encarcelado
<p>Empleador: Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____</p>	<p>Empleador: Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Teléfono: _____</p>

<p>Educación <u>Último Grado Completado:</u></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 hasta el 8 Grado <input type="checkbox"/> 9 th Grado <input type="checkbox"/> 10 th Grado <input type="checkbox"/> 11 th Grado <input type="checkbox"/> 12 th Grado (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 <input type="checkbox"/> Fecha de Terminación: _____ <u>¿Estudiante?</u> <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo completo (12 hrs+) <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (menos de 12hrs) Área de Estudios: _____ Escuela: _____	<p>Educación <u>Último Grado Completado:</u></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 hasta el 8 Grado <input type="checkbox"/> 9 th Grado <input type="checkbox"/> 10 th Grado <input type="checkbox"/> 11 th Grado <input type="checkbox"/> 12 th Grado (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 <input type="checkbox"/> Fecha de Terminación: _____ <u>¿Estudiante?</u> <input type="checkbox"/> Si o <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Tiempo completo (12 hrs+) <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (menos de 12hrs) Área de Estudios: _____ Escuela: _____
--	--



SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL

Si es aplicable, ¿Quién cuida de su niño(a) mientras usted trabaja o asiste a la escuela?

- Centro de cuidado infantil, especificar: _____
- Cuidado en casa, por favor especificar: _____
- Pariente u otro adulto en su hogar: _____
- Pariente u otro adulto en el hogar de ellos: _____
- Otro: _____
- No aplicable

¿Cómo paga por el cuidado infantil?

- Pago Particular Precio Total Escala Varia 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 Apartment 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) (0-36 meses)
- Educación Temprana Integral (Head Start) (3-5 años)

PARA EHS SOLAMENTE:

Mi preferencia es:

PROGRAMAS QUE SERVIMOS	EXPLIQUE PORQUE
Full Day, Year Round (times vary)	
Servicios basados en el hogar	



SECCIÓN 9: INFORMACIÓN DE ASISTENCIA FAMILIAR

¿Qué beneficios recibe actualmente?

- NMWorks (TANF)
- Seguro por Desempleo
- Seguro por Incapacidad del Seguro Social – Incapacidad/Sobrevivientes
- HUD
- SNAP
- Programa WIC/ECHO
- Medicaid
- Otro: _____
- Ninguno de estos

Situaciones Familiares:

- Problemas crónicos de salud
- Padres con Discapacidades
- Padres Encarcelados
- Carece de Hogar
- Aislamiento Físico
- Vivienda no apropiada
- Falta de Transporte
- Violencia en el Hogar

¿Qué beneficios necesita?

- NMWorks (TANF)
- Programa WIC/ECHO
- Medicaid
- Seguro por Desempleo
- Seguro por Incapacidad del Seguro Social – Incapacidad/Sobrevivientes
- HUD
- SNAP
- Otro: _____
- Ninguno de estos

Necesidad de Asistencia de Emergencia:

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

+++++

SECCIÓN 10: INFORMACIÓN PARA MUJERES EMBARAZADAS

¿Estaría usted interesada en nuestro programa prenatal basado en casa? SÍ NO

¿En qué mes de su embarazo se encuentra? _____

¿Cuál es la fecha esperada del parto? _____

+++++

SECTION 11: FIRMAS

De acuerdo con el mejor de mis conocimientos, toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Padre/Madre/Guardian Firma

Fecha