



# Aplicación Preescolar de RCS Head Start 2010-2011

Por favor complete TODA la información en esta aplicación para poder determinar la elegibilidad de su niño(a) exacta



Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Primer Nombre

Segundo Nombre

Apellido

Nombre Preferido o sobrenombre

Fecha de Nacimiento del Niño \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

Raza del Niño:  Negra o Afro americano  Blanca  Asiática  Indio americano o nativo de Alaska  
 Nativo de Hawái o Isleño del Pacifico  Bi-racial o Multi-racial  Prefiero no decir

Etnicidad del Niño:  No- Hispano/ No- Latino  Hispano/Latino  Otros: \_\_\_\_\_  Prefiero no decirlo

Lenguaje del Niño:  Ingles  Español  Otros: \_\_\_\_\_ Sexo del Niño:  Femenino  Masculino

¿Tiene su niño una necesidad especial o discapacidad que podamos asistirle en nuestro programa de Head Start?

No  Prefiero no contestar  Si (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño un problema crónico de salud?  No  Si (por favor especifique) \_\_\_\_\_

Si contesta Si, ¿Su niño requiere de medicina actualmente?  No  Si (por favor especifique) \_\_\_\_\_

Fue su niño referido a este programa de Head Start?

No  Prefiero no contestar  Si - Si contesta Si, por quien? \_\_\_\_\_

¿Ha estado su niño matriculado en otro programa de Head Start o de "Early Head Start"?

No  Prefiero no contestar  Si - Si contesta Si, por cuál programa? \_\_\_\_\_

Nombre de los Padre(s) o Tutor(es) Legales: \_\_\_\_\_

Primer Nombre

Segundo

Apellido

Primer Nombre

Segundo

Apellido

Relación con el Niño (Marque uno):  Padre(s)  Abuelo(s)  Padre(s) Adoptivos  Otros: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono de Casa: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Teléfono Alterno: ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Dirección de Casa: \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Condado

Estado

Código

La Familia se compone de:  Un Padre/Tutor  Dos Padres/Tutores, Casados  Dos Padres/Tutores, no casados

Educación de la Mamá o Tutora  menos de 6<sup>th</sup> grado  6<sup>th</sup> - 11<sup>th</sup> grado  Escuela Superior o /GED  Algo de Colegio  
 Graduada de Colegio ¿Está en la escuela actualmente?  Si  No

Educación del Papá o Tutor  menos del 6<sup>th</sup> grado  6<sup>th</sup> - 11<sup>th</sup> grado  Escuela Superior o GED  Algo de Colegio  Graduado de Colegio  
¿Está en la escuela actualmente?  Si  No

Estatus de la Mamá o Tutor  Desempleada  Empleada menos de 20 Hrs por semana  Empleada 20-30 Hrs por semana  
 Empleada más de 36 Hrs por semana  Empleada, pero las horas varían

Estatus del Papá o Tutor  Desempleado  Empleado menos de 20 Hrs por semana  Empleado 20-30 Hrs por semana  
 Empleado más de 36 Hrs por semana  Empleado, pero las horas varían

¿Es usted un Padre de menos de 20 años de edad?  Si  No  Prefiero no contestar

¿Tiene su familia un lugar estable de vivienda actualmente?

Si  prefiero no contestar  No (por favor explique) \_\_\_\_\_

Tiene su familia alguna necesidad o crisis con la cual podamos asistirle en nuestro programa de Head Start?

No  Prefiero no contestar  Si (por favor explique) \_\_\_\_\_

Ingresos de los adultos en casa (Se necesita porque es un requisito federal para probar la elegibilidad; esta información es confidencial)

Nombre del adulto:	Ingreso Anual:	Nombre del Adulto:	Ingreso Anual:
	\$		\$
	\$		\$

Número Total de personas en casa que dependen de los ingresos de los padres o tutores incluyéndose ellos mismos: \_\_\_\_\_

Número total de niños en casa con relación a los padres y que dependen de los Ingresos de los Padres o Tutores: \_\_\_\_\_

¿Usted recibe alguno de los siguientes? (Esta información nos ayuda a determinar mejor la elegibilidad del ingreso)

Ayuda para cuidado de niños  Ayuda para los estudios  SSI (seguridad de Ingresos Suplementarios)  Otra asistencia pública (especifique) \_\_\_\_\_

Yo certifico que la información que he proveído es correcta y precisa con el mejor de mis conocimientos.

Firma del Padre o Tutor legal: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por favor adjunte copias de lo siguiente a su aplicación (sin esta información, su aplicación no será considerada completa):

- Verificación de empleo (forma W-2, formas completas de impuestos, tres talones de cheques consecutivos beneficios del Seguro social, manutención de niño, SSI, copia de cheques de asistencia pública o una declaración firmada por su empleador)
- Tarjeta de un seguro o Medicaid del niño (a)
- Acta de nacimiento
- Comprobante de vacunas del niño (a)
- Tarjeta del Seguro Social del niño (a)