



Aplicación Preescolar de RCS Head Start 2018-2019



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: Inglés 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 Sí (Por favor especifique) _____

¿Tiene su niño un problema crónico de salud? No Sí (por favor especifique) _____

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

Fue su niño referido a este programa de Head Start?

No Prefiero no contestar Sí - Si contesta Sí, por quien? _____

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

No Prefiero no contestar Sí - Si contesta Sí, 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

Custodia compartida 50/50

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

Educación del Papá o Tutor menos del 6th grado 6th - 11th grado Escuela Superior o GED Algo de Colegio Graduado de Colegio
 ¿Está en la escuela actualmente? Sí 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? Sí No Prefiero no contestar

¿Tiene su familia un lugar estable de vivienda actualmente?

Sí 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 Sí (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 incluyendo niños que dependen de los ingresos de los padres o tutores: _____

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) Acta de nacimiento Aseguransa o Medicaid
 Comprobante de vacunas del niño (a) Tarjeta del Seguro Social del niño (a)

Para Asistencia llame: Burlington 226-5558 o 436-0202; Condado de Caswell: 694-5053; Graham: 229-5250