

Early Head Start-Child Care Partnership (EHS-CCP) Aplicación

Por favor incluya lo siguiente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Últimos 12 meses de ingresos (Impuestos 1040, Formas W-2, Vale TANF) <input type="checkbox"/> Acta de Nacimiento <input type="checkbox"/> Vacunas | <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio |
|--|--|

| INFORMACIÓN DEL NIÑO SOLICITANTE | | | | | | |
|--|---|---|----------------|--|--|--|
| Nombre del Solicitante: | Apellido: | Familiar de un Empleado de Head Start? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre: _____ | | | | |
| Fecha de Nacimiento: | Sexo: Masculino Femenino | Hispano: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Idioma del Solicitante: <input type="checkbox"/> Bilingüe | Idioma que se habla en casa: | | | | | |
| Grupo étnico del solicitante: (Marque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Multirracial/Birracial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Sin Especificar <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | | | | |
| Seguro Medico Principal: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Healthy Families <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro o <input type="checkbox"/> Privado: (Nombre): Su hijo tiene alguna preocupación medica? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Nombre del Doctor/Dirección/Número de Teléfono: | Nombre del Dentista/Dirección/Número de Teléfono: | | | | |
| Sin Hogar: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Estado de los Padres (circule uno): Padre/Madre Soltero/a Dos Padres | | | | | |
| Dirección: | Ciudad: | Estado: | Código Postal: | | | |
| Número de Teléfono: Casa () Trabajo () Celular () | | | | | | |
| Referido por Child Welfare Agency? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Servicio Militar Activo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| Recibe WIC? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Padre/Tutor es un veterano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | | |
| Tiene TANF o SSI? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Su hijo tiene una discapacidad o necesidad especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (marque uno) Sospecha Diagnosticado | | | | | |
| SNAP (CalFresh)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | | | |
| INFORMACIÓN DEL PADRE/TUTOR | | | | | | |
| <i>VIVIENDO EN EL HOGAR MANTENIDOS POR LOS INGRESOS DE LOS PADRES/TUTORES DEL NIÑO/A INSCRITO Y QUE TENGA PARENTESCO DE SANGRE, MATRIMONIO O ADOPCIÓN:</i> | | | | | | |
| Padre/Tutor Nombre y Apellido Ponga Adulto Primario Primero | Fecha de Nacimiento | Etnicidad (Hispano/ Latino o no Hispano/Latino) | Sexo | Educación: Menos que Preparatoria; Diploma de Preparatoria; Escuela de Adultos; Algo de Colegio o Diploma AA; BA o mas avanzado | Empleo: Tiempo completo; Medio tiempo; Temporal; Desempleado; Estudiando y Trabajando; Jubilado o Discapacitado; Retirado | Parentesco con el Niño (madre, abuela, padre adoptivo, etc.) |
| | | | M F | | | |
| | | | M F | | | |
| | | | M F | | | |
| OTROS NIÑOS EN LA CASA | | | | | | |
| Nombre y Apellido | Fecha de Nacimiento | Etnicidad | Sexo | Parentesco al Adulto Principal | | |
| | | | M F | | | |
| | | | M F | | | |
| | | | M F | | | |
| | | | M F | | | |

Certifico bajo pena de perjurio que la información de este paquete de inscripción es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento. Si alguna parte es falsa o fuese omitida, mi participación en programas de esta agencia pueden ser terminadas y puedo ser sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta aplicación se llevará a cabo en estricta confidencialidad dentro de la agencia.

FIRMA DE PADRE/TUTOR

FECHA