

Solicitud para (Nombre del /de la niño/a): _____

Nombre del Padre/Encargado: _____

INFORMACIÓN DEL/DE LOS PADRE/S / ENCARGADO/S

Estatus Paterno: (El niño vive con) Dos Padres Un Padre Padre Sustituto Encargado Legal

Estatus Marital: Casado/a Soltero/a Separado Divorciado/a Viudo/a

#1 Padre/Encargado: (Adulto Primario) _____ Relación con el/la niño/a: _____
Nombre / Segundo Nombre / Apellido

Fecha de Nac.: _____ / _____ / _____ Sexo: M F # SS: _____ - _____ - _____
Mes Día Año

Raza (Marque todas las que apliquen)
 Indígena americana o nativo de Alaska
 Asiática
 Negra o afro-americana
 Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico
 Blanca _____ Otra

Etnicidad del/de la niño/a: Marque solo una
 Hispana o Latina
 No - Hispana

Idioma Primario: _____

Nivel de educación: Grado más alto completado: _____ (Ejemplo): 6^{to}, 9^{no}, 12^{mo}, GED, Grado AA, Técnico/Profesional, etc.)

¿Asiste a la escuela actualmente? Sí: Tiempo Completo Tiempo Parcial No

Estatus Actual de Empleo: Tiempo Completo (más de 35 horas semanal) Tiempo Parcial Desempleado Impedido
¿Por cuánto tiempo? _____

(Completar solamente si está residiendo en el hogar)

#2 Padre/Encargado: (Adulto Secundario) _____ Relación con el/la niño/a: _____
Nombre / Segundo Nombre / Apellido

Fecha de Nac.: _____ / _____ / _____ Sexo: M F # SS: _____ - _____ - _____
Mes Día Año

Raza (Marque todas las que apliquen)
 Indígena americana o nativo de Alaska
 Asiática
 Negra o afro-americana
 Nativo de Hawái u otras Islas del Pacífico
 Blanca _____ Otra

Etnicidad del/de la niño/a: Marque solo una
 Hispana o Latina
 No - Hispana

Idioma Primario: _____

Nivel de educación: Grado más alto completado: _____ (Ejemplo): 6^{to}, 9^{no}, 12^{mo}, GED, Grado AA, Técnico/Profesional, etc.)

¿Asiste a la escuela actualmente? Sí: Tiempo Completo Tiempo Parcial No

Estatus Actual de Empleo: Tiempo Completo (más de 35 horas semanal) Tiempo Parcial Desempleado Impedido
¿Por cuánto tiempo? _____

Vivienda Familiar: Estatus de Vivienda Actual

Casa/Casa Móvil: Propia Rentada Sección 8 Apartamento Renta Vivienda Pública/Sección 8
 Sin hogar (marcar encasillado adecuado abajo) Vive con familiares/amistades

- Comparten la vivienda de otras personas debido a pérdida de vivienda o dificultades económicas
- Alojados en un motel u hotel debido a pérdida de la vivienda o dificultades económicas
- Alojados en un refugio
- Durmiendo en un carro, campamento, parque o espacio público
- Viviendas de calidad inferior - sin electricidad, agua corriente, violaciones al código de salud, etc.

Solicitud para (Nombre del /de la niño/a): _____

Nombre del Padre/Encargado: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA

ANOTE A TODOS LOS NIÑOS Y/O PERSONAS EN EL HOGAR - TODA LA INFORMACIÓN DEBE SER COMPLETADA

Nombre Legal (Nombre y Apellido)	# Seguro Social	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Relación con los Adultos	Raza - Circule todas las que apliquen	Grupo Étnico Circule uno
	- -		/ /		Blanca Negra Asiática Otra Hawaiana Indígena Americano	Hispano No Hispano
	- -		/ /		Blanca Negra Asiática Otra Hawaiana Indígena Americano	Hispano No Hispano
	- -		/ /		Blanca Negra Asiática Otra Hawaiana Indígena Americano	Hispano No Hispano
	- -		/ /		Blanca Negra Asiática Otra Hawaiana Indígena Americano	Hispano No Hispano
	- -		/ /		Blanca Negra Asiática Otra Hawaiana Indígena Americano	Hispano No Hispano

Número Total en el Hogar	Número en la familia <small>(Inclúyase usted y todos los miembros de la familia que se mantienen con el ingreso de los padres)</small>	Número de Niños	Número con Edad de 0 - 3	Número con Edad de 4 - 5
□	□	□	□	□

INGRESOS GANADOS

Nombre de los Miembros de la Familia (Si están viviendo en el hogar)	Ingreso Bruto (antes de impuestos)	¿Con qué frecuencia se reciben los ingresos? (mensual, semanal, bi-semanal, anual, etc.)

OTRO INGRESO: TODO INGRESO DEBE SER REPORTADO

Seguro Social	Asignaciones Militares	Pensión de Niños Fecha Comenzó _____	Desempleo Fecha Comenzó _____	Cuidado de Crianza (Foster Care)	Otro
\$	\$	\$	\$	\$	\$

- ¿Recibe Asistencia Provisional en Efectivo (TANF)? Sí No \$ _____ / Mensual
- ¿Recibe algún miembro de la familia ingreso SSI? Sí No \$ _____ / Mensual
- ¿Recibe usted WIC para los otros niños? Sí No
- ¿Recibe usted estampillas para alimento? Sí No
- ¿Tiene usted transportación para llevar y recoger su niño/a a Head Start? Sí No

Lista de Contactos de Emergencia (Nombre y Número) que no se Padre/Encargado:

1. _____ (____) _____ Relación con el/la niño/a: _____
2. _____ (____) _____ Relación con el/la niño/a: _____

- Certifico que todos los ingresos se han informado y la información provista en esta solicitud es exacta y veraz de acuerdo a mi mejor conocimiento. Falsificación de información puede resultar en la terminación del proceso de solicitud del programa de Head Start.
- Entiendo que los documentos requeridos deberán adjuntarse a la solicitud para ser procesados y que mi hijo/a (s) no puede/n ser considerado/a/s para servicios de Head Start, sin todos los documentos e información requeridos.
- Entiendo que esta información puede ser compartida con otros programas preescolares en el Distrito Escolar del Condado de Polk, y a mi hijo/a/s podría/n ofrecerle/s servicios de otros Programas Preescolares
- Entiendo que todos los números de Seguro Social serán usados sólo para fines de identificación y se mantendrán confidenciales.

Firma del Padre/Encargado

Fecha