

Solicitud de Servicios Head Start

Año Escolar 2017-2018



Conteste todas las preguntas para evitar retrasos en el proceso de su solicitud. La aplicación se actualiza cada año.

SOLO PARA USO OFICIAL (OFFICE USE ONLY)	Si aplica, los siguientes documentos serán requeridos para procesar su solicitud:				
ChildPlus ID# _____ Application entered by: _____ Date: _____	1. Certificado de Nacimiento del niño/a 2. Prueba de Tutela del Encargado 3. Copia de talonarios de ingreso por 12 meses 4. Copia de Planilla 1040 y W2s del año anterior 5. Historial de Beneficio de TANF/SNAP por 12 meses 6. Documentación de Desempleo 7. Estado de cuenta de Manutención de Menores 8. Prueba de Dirección de Domicilio	9. Becas y/o Subsidios recibidos por los adultos 10. Evidencia de Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) 11. Evidencia de estar Desamparado (sin hogar) 12. Evidencia de Hogar Sustituto (Foster Care) 13. Registro Actual de Inmunización/Examen Físico 14. DOE IEP (si aplica) 15. Verificación de todos los miembros de la familia			
Escuela de Elección:					
Primera Opción:	Segunda Opción:				
Solicitante (niño/a solicitando los servicios)					
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nac.	Sexo	
			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Hispano/Latino	Raza	Idioma Principal	Niño de Crianza (Foster)		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> India Nativa/Alaska <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Padre/Tutor 1 (Primario)			Correo Electrónico:		
Nombre	Apellido	Fecha de Nac.	Estado Civil	Sexo	Vive con la familia
		/ /	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Convive <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Números de Teléfono	<input type="checkbox"/> Cel (____) _____ - _____ <input type="checkbox"/> Casa (____) _____ - _____ <input type="checkbox"/> Trabajo (____) _____ - _____				
Hispano/Latino	Raza	Idioma Principal	Grado Escolar Más Alto		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> India Nativa/Alaska <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Grado 9 o menor <input type="checkbox"/> Escuela Superior <input type="checkbox"/> Técnico/Comercial <input type="checkbox"/> Grado 10 u 11 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Otro _____		
Estado Actual de Empleo		Matriculado en una Escuela	Relación con el Niño	Custodia	Provee Apoyo Financiero
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleado—¿Cuánto tiempo? _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado <input type="checkbox"/> Temporero <input type="checkbox"/> Empleado de la Junta Escolar o Pariente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Biológica/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Crianza (foster) <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Padre/Tutor 2 (Secundario)			Correo Electrónico:		
Nombre	Apellido(s)	Fecha de Nac.	Estado Civil	Sexo	Vive con la familia
		/ /	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Convive <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Números de Teléfono	<input type="checkbox"/> Cel (____) _____ - _____ <input type="checkbox"/> Casa (____) _____ - _____ <input type="checkbox"/> Trabajo (____) _____ - _____				
Hispano/Latino	Raza	Idioma Principal	Grado Escolar Más Alto		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> India Nativa/Alaska <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Grado 9 o menor <input type="checkbox"/> Escuela Superior <input type="checkbox"/> Técnico/Comercial <input type="checkbox"/> Grado 10 u 11 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Otro _____		
Estado Actual de Empleo		Matriculado en una Escuela	Relación con el Niño	Custodia	Provee Apoyo Financiero
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleado—¿Cuánto tiempo? _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado <input type="checkbox"/> Temporero <input type="checkbox"/> Empleado de la Junta Escolar o Pariente		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Biológica/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Crianza (foster) <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Compartida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección Física: _____			Dirección Postal: _____		
_____			(si es diferente)		
_____			_____		
_____			_____		

Miembros de la Familia y Personas Adicionales viviendo con el niño/a (No incluya al Solicitante, Padre 1 y Padre 2)

Nombre/Apellido	Fecha de Nac.	Sexo	Raza	Hispano	Idioma	Relación con Adulto Primario
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Total Miembros de la Familia (cuéntese usted y todos los miembros mantenidos con el ingreso de los padres): _____ Total de Miembros en el Hogar: _____ ¿Tiene su niño/a transporte para la escuela? (Head Start no provee transporte) Sí No

Familia sin Hogar	Familia Militar Activa	Referido por Agencia de Bienestar del Niño	Reciben SNAP (Cupones de Alimento)	WIC
<input type="checkbox"/> Sí, (llene el Estatus de Residencia) <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Estatus de Residencia (seleccione todos los que apliquen)
 Sí No ¿La familia del niño/a comparte el hogar debido a dificultades financieras? (viven con otros adultos, incluyendo parientes)
 Si es así, por favor explique _____
 Sí No ¿Está el niño/a viviendo en un albergue, hotel, motel, o carece de residencia fija? (refugio de violencia doméstica, vivienda de transición etc.)
 Si es así, por favor explique _____
 Sí No ¿Está el niño viviendo en un automóvil, parque, zona de acampar, o lugar público?
 Si es así, por favor explique _____

TODO Ingreso Familiar DEBE ser REPORTADO (marque cada encasillado)

TANF	Ingreso Suplementario (SSI)	Crianza (Foster Care)	Sustento de Menores Desde _____	Seguro Social (Retiro, Incapacidad, Conyuge, Dependiente)	Desempleo Desde _____	Pago DCF	Beca Pell Grant
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información de Salud del Niño/a y Preocupaciones del Desarrollo

Los Estándares de Desarrollo de Head Start requieren que todo niño esté al día con las vacunas y los chequeos generales y dentales.

Cubierta de Seguro Primaria	Nombre del Doctor	Cubierta Dental	Nombre del Dentista
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privada <input type="checkbox"/> Florida Kidcare (CHIP) <input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

¿Tiene el niño alguna condición médica actual o crónica? (Ej: asma, prob. del corazón, diabetes, bronquitis, convulsiones, etc.) Sí No Si es así, Indique y Explique: _____

¿Tiene su niño alguna condición de salud o de desarrollo? (Ej: alergias a alimentos, lesiones, habla, audición, visión, autismo, etc.) Sí No Si es así, Indique y Explique: _____

¿Tiene su niño un Plan de Educación Individual activo (IEP)? No Sí. Favor de adjuntar documentación.

CERTIFICACIÓN (CERTIFICO Y ENTIENDO LO SIGUIENTE)

- Certifico que he informado toda fuente de ingreso y que la información provista en esta solicitud es exacta y certera de acuerdo a mi mejor entendimiento. **Falsificar información puede resultar en la terminación del Programa de Head Start.**
- Entiendo que todos los documentos requeridos deberán adjuntarse a la aplicación para ser procesados y que mi niño/a no podrá ser considerado/a para los servicios de Head Start sin los documentos y verificaciones.
- Entiendo que esta información será revisada por el Programa de Head Start del Distrito Escolar del Condado de Polk para determinar elegibilidad a otros Programas Pre-Ecolares.
- Entiendo que seré responsable por edl transporte y asistencia regular de mi niño/a a la escuela.

Firma del Padre/Encargado: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra de Molde Padre/Encargado: _____

PARA USO OFICIAL SOLAMENTE (OFFICE USE ONLY)

Staff or relative application reviewed by management: _____

Signature of Management

Date

Revised 1/30/17