



Early Head Start & Head Start

Infant & Toddler Program

Preschool Program

Who is eligible for services?

- Families who are low income
- Recipients of TANF, SNAP or SSI Cash aid
- Children or pregnant youth in foster care
- Families experiencing a temporary living situation due to loss of housing, economic hardship or similar reasons.
- We welcome children with disabilities or special needs and encourage families to apply regardless of income.

What documents do I need to provide?

Child Applicant Documents

- Birth record (if available)
- Immunizations record
- Custody, adoption, guardianship, or protection orders (if applicable)
- Disability or special needs documentation (if applicable)

Proof of Eligibility

- TANF, SNAP or SSI: Benefit letter that stated what is being received now
- Foster Children: Foster placement letter & foster license
- Temporary Living Circumstance Due to Loss of Housing: Written statement that details the temporary living situation and reason for loss of housing
- Family Income for the last 12 months:
 - Current U.S. Individual Income Tax forms or W-2s
 - Last 4 paycheck stubs with year-to-date gross information
 - Child Support for all children in the home

We are required to document the last 12 months of family income from all sources. Every family's income situation is different and there may be more or different source of income. The items above would be good to bring in initially. Our enrollment team will go over the application and let you know of items needed.

How do I turn in my application?

Bring to Our Main office at: 1100 E. 8th Street, Reno NV 89512

- Open 8:00A.M. to 4:30P.M. Monday through Friday
- Mail to: CSA Head Start Enrollment, P.O. Box 10167, Reno NV 89510-0167
- You can apply online! If you would like to submit your application via website instead of completing the paper application, please visit: www.csareno.org

Contact us at (775) 786-6023 and apply today!

CSA is a federally funded, non-profit organization providing FREE infant & toddler care and preschool services designed to promote school readiness for children, for low-income families.

Head Start & Early Head Start Enrollment Application

| Child Applicant 1 | | | | | | |
|--|--|------------------------------|---|----------------|-------------------------------------|--|
| First | Middle | Last | Birthdate | Gender | | |
| Race | | Hispanic | English Proficiency | Other Language | Other Language Proficiency | |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Little | | <input type="checkbox"/> Little | |
| <input type="checkbox"/> Black | <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderate | | <input type="checkbox"/> Moderate | |
| <input type="checkbox"/> White | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> None | | <input type="checkbox"/> None | |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | <input type="checkbox"/> Proficient | | <input type="checkbox"/> Proficient | |
| Primary Health Coverage | | Doctor Name | Dental Coverage | | Dentist Name | |
| | | | | | | |
| Does child have a disability, special or medical needs? Yes No | | | Does child have documentation regarding disability, special or medical needs? | | | |
| Explain: | | | Yes No IEP or IFSP documentation will need to be provided | | | |

| Primary Adult | | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|--|-------------------------------------|---|
| First | Middle | Last | Birthdate | Gender | | |
| Race | | Hispanic | English Proficiency | Other Language | Other Language Proficiency | |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Little | | <input type="checkbox"/> Little | |
| <input type="checkbox"/> Black | <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderate | | <input type="checkbox"/> Moderate | |
| <input type="checkbox"/> White | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> None | | <input type="checkbox"/> None | |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | <input type="checkbox"/> Proficient | | <input type="checkbox"/> Proficient | |
| Highest Grade Completed | | Employment Status | | Child's Relationship | Custody | Check all that apply: |
| <input type="checkbox"/> Associate's | <input type="checkbox"/> Grade 10 | <input type="checkbox"/> Full Time | <input type="checkbox"/> Full Time & Training | <input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Step | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Lives with Family |
| <input type="checkbox"/> Bachelor's | <input type="checkbox"/> Grade 11 | <input type="checkbox"/> Part Time | <input type="checkbox"/> Part Time & Training | <input type="checkbox"/> Grandchild | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Provides Financial Support |
| <input type="checkbox"/> Col Deg/Train | <input type="checkbox"/> Grade 12 | <input type="checkbox"/> Seasonal | <input type="checkbox"/> Training or School | <input type="checkbox"/> Other Relative | | <input type="checkbox"/> Teen Parent |
| <input type="checkbox"/> Col or Adv Train | <input type="checkbox"/> < Grade 9 | <input type="checkbox"/> Unemployed | <input type="checkbox"/> Retired or Disabled | <input type="checkbox"/> Foster | | |
| <input type="checkbox"/> GED | <input type="checkbox"/> HS Graduate | | | <input type="checkbox"/> Other | | |
| | <input type="checkbox"/> Master's | | | | | If teen parent, subsidized? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Email Address: | | | | | | |

| Secondary or Other Adult | | | | | | |
|---|--|-------------------------------------|---|--|-------------------------------------|---|
| First | Middle | Last | Birthdate | Gender | | |
| Race | | Hispanic | English Proficiency | Other Language | Other Language Proficiency | |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Little | | <input type="checkbox"/> Little | |
| <input type="checkbox"/> Black | <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderate | | <input type="checkbox"/> Moderate | |
| <input type="checkbox"/> White | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> None | | <input type="checkbox"/> None | |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | <input type="checkbox"/> Proficient | | <input type="checkbox"/> Proficient | |
| Highest Grade Completed | | Employment Status | | Child's Relationship | Custody | Check all that apply: |
| <input type="checkbox"/> Associate's | <input type="checkbox"/> Grade 10 | <input type="checkbox"/> Full Time | <input type="checkbox"/> Full Time & Training | <input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Step | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Lives with Family |
| <input type="checkbox"/> Bachelor's | <input type="checkbox"/> Grade 11 | <input type="checkbox"/> Part Time | <input type="checkbox"/> Part Time & Training | <input type="checkbox"/> Grandchild | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Provides Financial Support |
| <input type="checkbox"/> Col Deg/Train | <input type="checkbox"/> Grade 12 | <input type="checkbox"/> Seasonal | <input type="checkbox"/> Training or School | <input type="checkbox"/> Other Relative | | <input type="checkbox"/> Teen Parent |
| <input type="checkbox"/> Col or Adv Train | <input type="checkbox"/> < Grade 9 | <input type="checkbox"/> Unemployed | <input type="checkbox"/> Retired or Disabled | <input type="checkbox"/> Foster | | |
| <input type="checkbox"/> GED | <input type="checkbox"/> HS Graduate | | | <input type="checkbox"/> Other | | |
| | <input type="checkbox"/> Master's | | | | | If teen parent, subsidized? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Email Address: | | | | | | |

| Child Applicant 2 | | | | | | |
|--|--|------------------------------|---|----------------|-------------------------------------|--|
| First | Middle | Last | Birthdate | Gender | | |
| Race | | Hispanic | English Proficiency | Other Language | Other Language Proficiency | |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Little | | <input type="checkbox"/> Little | |
| <input type="checkbox"/> Black | <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderate | | <input type="checkbox"/> Moderate | |
| <input type="checkbox"/> White | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> None | | <input type="checkbox"/> None | |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | <input type="checkbox"/> Proficient | | <input type="checkbox"/> Proficient | |
| Primary Health Coverage | | Doctor Name | Dental Coverage | | Dentist Name | |
| | | | | | | |
| Does child have a disability, special or medical needs? Yes No | | | Does child have documentation regarding disability, special or medical needs? | | | |
| Explain: | | | Yes No IEP or IFSP documentation will need to be provided | | | |

| Additional Child (Non-Applicant) | | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|
| First | Middle | Last | Birthdate | Gender | |
| Race | | Hispanic | English Proficiency | Other Language | Other Language Proficiency |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Little | | <input type="checkbox"/> Little |
| <input type="checkbox"/> Black | <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderate | | <input type="checkbox"/> Moderate |
| <input type="checkbox"/> White | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> None | | <input type="checkbox"/> None |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | <input type="checkbox"/> Proficient | | <input type="checkbox"/> Proficient |

| Additional Child (Non-Applicant) | | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|
| First | Middle | Last | Birthdate | Gender | |
| Race | | Hispanic | English Proficiency | Other Language | Other Language Proficiency |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Little | | <input type="checkbox"/> Little |
| <input type="checkbox"/> Black | <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderate | | <input type="checkbox"/> Moderate |
| <input type="checkbox"/> White | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> None | | <input type="checkbox"/> None |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | <input type="checkbox"/> Proficient | | <input type="checkbox"/> Proficient |

| Additional Child (Non-Applicant) | | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|
| First | Middle | Last | Birthdate | Gender | |
| Race | | Hispanic | English Proficiency | Other Language | Other Language Proficiency |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Little | | <input type="checkbox"/> Little |
| <input type="checkbox"/> Black | <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderate | | <input type="checkbox"/> Moderate |
| <input type="checkbox"/> White | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> None | | <input type="checkbox"/> None |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | <input type="checkbox"/> Proficient | | <input type="checkbox"/> Proficient |

| Additional Child (Non-Applicant) | | | | | |
|---------------------------------------|--|------------------------------|-------------------------------------|----------------|-------------------------------------|
| First | Middle | Last | Birthdate | Gender | |
| Race | | Hispanic | English Proficiency | Other Language | Other Language Proficiency |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> Little | | <input type="checkbox"/> Little |
| <input type="checkbox"/> Black | <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderate | | <input type="checkbox"/> Moderate |
| <input type="checkbox"/> White | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> None | | <input type="checkbox"/> None |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | <input type="checkbox"/> Proficient | | <input type="checkbox"/> Proficient |

| Family Information | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--|---|---|---|---|---|--|
| Family Living Address | | | | | | | | | |
| Living Address | | | ZIP | City | State | County | | | |
| Family Mailing Address | | | | | | | | | |
| Same as living? | Mailing Address | | ZIP | City | State | | | | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | | |
| Phone Number(s) | | Type (check one) | Note (extension or best time to call) | | Opt in for Text Messages | | | | |
| () | | <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Other | | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | | |
| () | | <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Work <input type="checkbox"/> Other | | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | | |
| Parental Status (check one) | Primary Language at Home | Relationship to Applicant | Homeless | Active Military | Receiving SNAP | Receiving WIC | Receiving TANF | Receiving SSI | |
| <input type="checkbox"/> One <input type="checkbox"/> Two | | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | |
| Program Referral-Specify how you heard about our program | | | We welcome parents in our Classrooms. All volunteers must be fully vaccinated | | | | | | |
| | | | Will you be able to provide proof of vaccination? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | | | | |

| Pregnant Woman Applicant- Apply now in preparation of your child's birth | | | | | |
|--|--------|------|-----------|------------------------|---|
| First | Middle | Last | Birthdate | Expected Delivery Date | High Risk |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

What classroom location and time are you interested in?

Early Head Start Infant & Toddler Program – Serves pregnant women & children age 0 up until the 3rd birthday

| Location Preference | | | Mark up to 3 locations with your 1 st choice being your most preferred location. | All locations provide year-round care. Daily attendance is required. |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|
| 1 st | 2 nd | 3 rd | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carson City ♦ 200 Winnie Ln, Ste 288 Caron City 89706 | Full Day 8:00 am to 4:30 pm, Mon- Thursday--Friday-8:00-12:00 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Destiny Reno ♦ 790 Sutro St. Reno 89512 | Full Day 8:00 am to 4:30 pm, Mon- Thursday--Friday-8:00-12:00 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sun Valley ♦ 115 W 6 th Ave Sun Valley 89433 | Full Day 8:00 am to 4:30 pm, Mon- Thursday--Friday-8:00-12:00 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Home Based | Full Day |

Head Start Preschool Program – Serves children ages 3 to 5

| Location Preference | | | Mark up to 3 locations with your 1 st choice being your most preferred location. Daily attendance is required. | Schedule Preference | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|---|--|--------------------------------------|
| 1 st | 2 nd | 3 rd | | Mark the preferred hours for each location selected | | |
| | | | | Morning 8 am - 11:30 am Mon - Thurs | Afternoon 1 pm – 4:30 pm Mon-Thurs | Full Day 8 am- 4:30 Mon –Thurs |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agnes Risley ♦ 1900 Sullivan Lane Sparks 89431 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bernice Mathews ♦ 2750 Elementary Dr. Reno 89512 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cottonwood ♦ 915 Farm District Rd. Fernley 89408 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Not Available |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desert Heights ♦ 5310 Echo Ave. Reno 89506 | Not Available | Not Available | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Echo Loder ♦ 650 Apple Dr. Reno 89502 | Not Available | Not Available | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Smithridge ♦ 4950 Filbert Rd. Reno 89502 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Not Available |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sutro ♦ 1100 E. 8 th St Reno 89512 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vassar ♦ 2405 Vassar St Reno 89502 | Not Available | Not Available | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wooster ♦ 1950 Villanova Dr Reno 89502 | Not Available | Not Available | <input type="checkbox"/> |

Consider the circumstances below and specify for each applicant (answer all below)

1. Is this child transitioning from Early Head Start Infant & toddler program because he or she is or will be 3? (Y/N)
2. Has this child ever been exposed to abuse, neglect, violence or dysfunction in the home? (Y/N)
3. Has this child ever been removed from the home and placed in foster care or in the care of another person? (Y/N)
4. Does this child have behavior problems and/or emotional issues? (Y/N)
5. Has this child lost a parent due to death, abandonment, deportation, or incarceration? (Y/N)
6. Is Child Protective Services (CPS) involved in the child's life? (Y/N)
7. Is this child currently being cared for by someone other than the biological parent? (Y/N)
8. Has this child's parent OR guardian ever experienced problems with alcohol and/or substance abuse? (Y/N)
9. Has this child moved or changed residence more than 3 times in the last 12 months? (Y/N)
10. Does the child live in a motel, hotel, emergency shelter or vehicle? (Y/N)

Certification: I certify this information is true. If any part is false, my participation in this agency's programs may be terminated and I may be subject to legal action. I also understand the information in this application will be held in strict confidence within the agency and is accessible to me during normal business hours. I am including my income documentation as part of this application, and it is governed by the certification I signed below.

Parent/Guardian Signature: _____ Date: _____



Early Head Start &

Programa para bebés y niños pequeños

Head Start

Programa preescolar

● ¿Quién es eligible para los servicios?

- Familias de bajos ingresos
- Personas que reciben asistencia en efectivo de TANF, SNAP o SSI
- Niños ó jóvenes embarazadas en cuidado tutelar
- Familias que experimenta una situación temporal debido a la pérdida de vivienda, dificultades económicas o razones similares
- Damos la bienvenida a niños con discapacidades o necesidades especiales y alentamos a las familias que presten su solicitudes independientemente de sus ingresos

● ¿Qué documentos debo entregar?

Verificación del niño solicitante

- Acta de nacimiento (si está disponible)
- Registro de vacunas
- Ordenes de custodia, adopción, tutela, o protección (si es aplicable)
- Documentación de discapacidad o de necesidades especiales (si es aplicable)

Comprobantes de elegibilidad

- TANF, SNAP or SSI: Carta de bebeficios que indica lo que se está recibiendo actualmente
- Niños de tutelar: Carta de colocación de tutelar y licencia de cuidado de tutelar
- Circunstancias de vida en esta temporal debido ala pérdida de la vivienda: Documento completamente en la situación en que está solicitud de inscripción
- Ingresos familiares de los últimos 12 meses:
 - Formas actuales de EE. UU impuestos individuales o W-2s
 - Los últimos 4 talones de cheque con los totales del año hasta la fecha
 - Manutención para todos los niños en el hogar

Estamos obligados a documentar los últimos 12 meses de ingresos familiares de todas la fuentes. La situación de ingresos de cada familia es diferente y puede haber más o diferente fuentes de ingresos. Para comenzar será bueno traer los documentos mencionados anteriormente. Nuestro equipo de inscripción revisará la solicitud y le informará sobre los artículos necesarios y su elegibilidad.

● ¿Cómo entrego mi solicitud de inscripción?

Entréguela a nuestra oficina principal en: 1100 E. 8th Street, Reno NV 89512

- Entre 8:00A.M. to 4:30P.M. Lunes a viernes
- Envía por correo a CSA Head Start Enrollment, P.O. Box 10167, Reno NV 89510-0167
- Puedes aplicar en línea! Si desea enviar su solicitud a través de nuestro sitio web en lugar de completar la solicitud en papel, visite: www.csareno.org

Contáctenos (775) 786-6023 y aplique hoy!

CSA es una organización sin fines de lucro financiada por el gobierno federal que brinda atención GRATUITA para bebés y niños pequeños y servicios preescolares diseñados para promover la preparación escolar para niños de familias de bajos ingresos.

Solicitud de Inscripción de Head Start y Early Head Start

| Niño Solicitan | | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|-------------|-------------------------------------|
| Nombre | Segundo Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | Genero | |
| Raza | | Hispano | Dominio del Ingles | Otro Idioma | Dominio de otro Idioma |
| <input type="checkbox"/> Asiatico | <input type="checkbox"/> Americano Nativo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Poco | | <input type="checkbox"/> Poco |
| <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacifico | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderado | | <input type="checkbox"/> Moderado |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> Nada | | <input type="checkbox"/> Nada |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | <input type="checkbox"/> Competente | | <input type="checkbox"/> Competente |
| Covertura Primaria de Salud | Nombre del Doctor | Covertura Dental | Nombre del dentista | | |
| El Niño tiene una discapacidad.necesidad especial o medica? Si No | | El Niño tiene una discapacidad.necesidad especial o medica? | | | |
| Explique: | | Si No Una IEP o IFSP es requerida como verificacion | | | |

| Adulto Primario | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|
| Nombre | Segundo Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | Genero | |
| Raza | | Hispano | Dominio del Ingles | Otro Idioma | Dominio de otro Idioma |
| <input type="checkbox"/> Asiatico | <input type="checkbox"/> Americano Nativo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Poco | | <input type="checkbox"/> Poco |
| <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacifico | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderado | | <input type="checkbox"/> Moderado |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> Nada | | <input type="checkbox"/> Nada |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | <input type="checkbox"/> Competente | | <input type="checkbox"/> Competente |
| Grado mas alto terminado | | Estado de Empleo | Relacion con el Niño | Custodia | Escoja todos los que apliquen |
| <input type="checkbox"/> Asociados | <input type="checkbox"/> Grado 10 | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Capacitacion | <input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Pas o | <input type="checkbox"/> Si |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Grado 11 | <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial | <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial/Capacitacion | <input type="checkbox"/> Nieto | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Titulo univ/Capacitacion | <input type="checkbox"/> Grado 12 | <input type="checkbox"/> Temporal | <input type="checkbox"/> Entrenamiento/o Escuela | <input type="checkbox"/> Otro Pariente | <input type="checkbox"/> Vive con Familia |
| <input type="checkbox"/> Univ or Capacitacion | <input type="checkbox"/> <Grado 9 | <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado | <input type="checkbox"/> Adoptivo | <input type="checkbox"/> Proporciona Apoyo Financiero |
| <input type="checkbox"/> GED | <input type="checkbox"/> Graduado de HS | | | <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Padre Adolescente |
| | <input type="checkbox"/> Maestría | | | | Si es padre adolescente Ya recibe asistencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Dirección de correo electrónico: | | | | | |

| Otro Adulto o Secundario | | | | | |
|---|---|--|---|--|---|
| Nombre | Segundo Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | Genero | |
| Raza | | Hispano | Dominio del Ingles | Otro Idioma | Dominio de otro Idioma |
| <input type="checkbox"/> Asiatico | <input type="checkbox"/> Americano Nativo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Poco | | <input type="checkbox"/> Poco |
| <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacifico | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderado | | <input type="checkbox"/> Moderado |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> Nada | | <input type="checkbox"/> Nada |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | <input type="checkbox"/> Competente | | <input type="checkbox"/> Competente |
| Grado mas alto terminado | | Situacion Laboral | Relacion con el Niño | Custodia | Escoja todos los que apliquen |
| <input type="checkbox"/> Asociados | <input type="checkbox"/> Grado 10 | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Capacitacion | <input type="checkbox"/> Biological/Adopted/Paso | <input type="checkbox"/> Si |
| <input type="checkbox"/> Licenciatura | <input type="checkbox"/> Grado 11 | <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial | <input type="checkbox"/> Tiempo | <input type="checkbox"/> Nieto | <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> Titulo univ/Capacitacion | <input type="checkbox"/> Grado 12 | <input type="checkbox"/> Temporal | <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial/Capacitacion | <input type="checkbox"/> Otro Pariente | <input type="checkbox"/> Vive con Familia |
| <input type="checkbox"/> Univ or Capacitacion | <input type="checkbox"/> <Grado 9 | <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> Entrenamiento/o Escuela | <input type="checkbox"/> Adoptivo | <input type="checkbox"/> Proporciona Apoyo Financiero |
| <input type="checkbox"/> GED | <input type="checkbox"/> Graduado de HS | | <input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitad | <input type="checkbox"/> Other | <input type="checkbox"/> Padre Adolescente |
| | <input type="checkbox"/> Maestría | | | | Si es padre adolescente Ya recibe asistencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Dirección de correo electrónico: | | | | | |

| Niño Solicitan 2 | | | | | |
|---|---|---|-------------------------------------|-------------|-------------------------------------|
| Nombre | Segundo Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | Genero | |
| Raza | | Hispano | Dominio del Ingles | Otro Idioma | Dominio de otro Idioma |
| <input type="checkbox"/> Asiatico | <input type="checkbox"/> Americano Nativo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Poco | | <input type="checkbox"/> Poco |
| <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacifico | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderado | | <input type="checkbox"/> Moderado |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> Nada | | <input type="checkbox"/> Nada |
| <input type="checkbox"/> Other: _____ | | | <input type="checkbox"/> Competente | | <input type="checkbox"/> Competente |
| Covertura Primaria de Salud | Nombre del doctor | Covertura Dental | Nombre del Detista | | |
| El Niño tiene una discapacidad.necesidad especial o medica? Si No | | El Niño tiene una discapacidad.necesidad especial o medica? | | | |
| Explique: | | Si No Una IEP o IFSP es requerida como verificacion | | | |

| Niño Adicional (No Solicitante) | | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Nombre | Segundo Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | Genero | |
| Raza | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> Americano Nativo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Poco | <input type="checkbox"/> Poco | |
| <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacifico | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderado | <input type="checkbox"/> Moderado | |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Nada | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | <input type="checkbox"/> Competente | <input type="checkbox"/> Competente | |

| Niño Adicional (No Solicitante) | | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Nombre | Segundo Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | Genero | |
| Raza | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> Americano Nativo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Poco | <input type="checkbox"/> Poco | |
| <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacifico | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderado | <input type="checkbox"/> Moderado | |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Nada | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | <input type="checkbox"/> Competente | <input type="checkbox"/> Competente | |

| Niño Adicional (No Solicitante) | | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Segundo Nombre | Segundo Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | Genero | |
| Raza | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> Americano Nativo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Poco | <input type="checkbox"/> Poco | |
| <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacifico | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderado | <input type="checkbox"/> Moderado | |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Nada | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | <input type="checkbox"/> Competente | <input type="checkbox"/> Competente | |

| Niño Adicional (No Solicitante) | | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Nombre | Segundo Nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | Genero | |
| Raza | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Asian | <input type="checkbox"/> Americano Nativo | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Poco | <input type="checkbox"/> Poco | |
| <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacifico | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Moderado | <input type="checkbox"/> Moderado | |
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Multi-Racial | | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Nada | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | <input type="checkbox"/> Competente | <input type="checkbox"/> Competente | |

| Informacion Familiar | | | | | | | | |
|---|--|-----------------------------|--|--|--|--|--|--|
| Direccion Donde Vive la Familia | | | | | | | | |
| Direccion | | | Codigo Postal | Ciudad | Estado | Condado | | |
| Direccion Donde Vive la Familia | | | | | | | | |
| Tambien Vive Allí? | Direccion de correo (si es diferente a donde vive) | | | Codigo Postal | Ciudad | Estado | | |
| <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | | | | | |
| Numeros de Telefono | | | Tipo (<i>cheque uno</i>) | Nota (extencion o major tiempo para llamarlel) | | Opta por un texto o Mensaje | | |
| () | | | <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| () | | | <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| Estado parental (<i>cheque uno</i>) | Idioma principal en casa | Relacion con el Solicitante | Sin Hogar | Militar Activo | Recibiendo SNAP | Recibiendo WIC | Recibiendo TANF | Resibiendo SSI |
| <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| Referencias del Programa-Especifique como se entero de nuestro programa. | | | Damos la Bienvenida a los Padres en nuestros salones como Voluntarios. Todos los Voluntarios deben estar Completamente Vacunados. | | | | | |
| | | | ¿Podrá proporcionar una prueba de vacunación? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | | | | |

| Solicitante de mujer embarazada: solicite ahora en preparacion para el Nacimiento de su hijo | | | | | |
|--|----------------|----------|---------------------|--------------------|--|
| Nombre | Segundo nombre | Apellido | Fecha de Nacimiento | Fecha de dar a luz | Alto riesgo |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |

¿En qué lugar y a que hora está Ud. interesado?

Programa de Early Head Start para Bebés y niños pequeños: atiende a mujeres embarazadas y niños de 0 años hasta el 3er cumpleaños

| Lugar Preferido | | | Marque hasta 3 lugares con su 1er opción siendo su ubicación preferida. | Todos los lugares brindan atención durante todo el año. Se requiere asistencia diaria. |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|---|
| 1 st | 2 nd | 3 rd | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Carson City ♦ 200 Winnie Ln, Ste 288 Caron City 89706 | Día completo 8:00 am a 4:30 pm, de lunes a jueves--Viernes 8:00am-12:00 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Destiny Reno ♦ 790 Sutro St. Reno 89512 | Día completo 7:30 am a 5:30 pm, de lunes a jueves--Viernes 8:00am-12:00 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sun Valley ♦ 115 W 6 th Ave Sun Valley 89433 | Día completo 7:30 am a 5:30 pm, de lunes a jueves-- Viernes 8:00am-12:00 |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sparks 1850 Sullivan Lane Sparks 89431 | Homebase |

Programa preescolar de Head Start: atiende a niños de 3 a 5 años de edad

| Lugar Preferido | | | Marque hasta 3 lugares con su 1er opción siendo su ubicación preferida. Se requiere asistencia diaria. | Preferencia de horario Marque las horas preferidas para cada lugar seleccionado | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---|--|---------------------------------------|--|
| 1 st | 2 nd | 3 rd | | Mañana 8 am - 11:30 am Lun - Jueves | Tarde 1 pm - 4:30 pm Lun-Jueves | Día completo 8 am- 4:30 Lun - Jueves |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Agnes Risley ♦ 1900 Sullivan Lane Sparks 89431 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bernice Mathews ♦ 2750 Elementary Dr. Reno 89512 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cottonwood ♦ 915 Farm District Rd. Fernley 89408 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No disponible |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Desert Heights ♦ 5310 Echo Ave. Reno 89506 | No disponible | No disponible | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Echo Loder ♦ 650 Apple Dr. Reno 89502 | No disponible | No disponible | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Smithridge ♦ 4950 Filbert Rd. Reno 89502 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | No disponible |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sutro ♦ 1100 E. 8 th St Reno 89512 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Vassar ♦ 2405 Vassar St Reno 89502 | No disponible | No disponible | <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Wooster ♦ 1950 Villanova Dr Reno 89502 | No disponible | No disponible | <input type="checkbox"/> |

Considere las circunstancias a continuación y especifique para cada solicitante (responda todo a continuación)

1. ¿Este niño/a está haciendo la transición del programa Early Head Start para bebés y niños pequeños porque ya tiene o tendrá 3 años? (S/N)
2. ¿Alguna vez este niño/a ha estado expuesto al abuso, negligencia, violencia o disfunción en el hogar? (S/N)
3. ¿Alguna vez este niño/a ha sido retirado del hogar y colocado en hogares temporales o al cuidado de otra persona? (S/N)
4. ¿Este niño/a tiene problemas de conducta y/o emocionales? (S/N)
5. ¿Este niño/a ha perdido a uno de sus padres debido a muerte, abandono, deportación o encarcelamiento? (S/N)
6. ¿Los Servicios de Protección Infantil (CPS) están involucrados en la vida del niño/a? (S/N)
7. ¿Actualmente este niño/a está siendo cuidado por alguien que no sean los padres biológicos? (S/N)
8. ¿El padre o tutor de este niño/a ha experimentado alguna vez problemas con el abuso de alcohol y/o sustancias? (S/N)
9. ¿Este niño/a se ha cambiado de casa más de 3 veces en los últimos 12 meses? (S/N)
10. ¿El niño/a vive en un motel, hotel, refugio de emergencia o carro? (S/N)

Certificación: *Certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y es accesible para mí durante el horario comercial normal.*

Etoy incluyendo mi documentación de ingresos como parte de esta solicitud, y se rige por la certificación que firmé a continuación.

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____