

Solicitud de Inscripción a CSA Head Start

Revisada el 3/17/2010

Adulto Primario – por favor complete la siguiente información para el padre/guardián jefe de familia viviendo en el hogar

Primer Nombre SN Apellido Fecha de Nacimiento Número de Seguro Social

Sexo Masculino Femenino ¿Está discapacitado? Sí No Etnicidad (seleccione uno) Hispano No-Hispano

Idioma Primario (seleccione uno) Habilidad para Hablar Inglés (seleccione uno)
 Inglés Español Otro _____ Nada Mala Bien Muy Bien

Raza (marque todo lo aplicable)
 Asiático Negra Nativo Americano Isla Pacífica Blanca Inespecífico Otro _____

Que Parentesco Tiene Con el Niño inscribiendo a Head Start (seleccione uno)
 Padre Biológico Padre por Matrimonio Padres Temporales Adoptivo/Guardián Legal Abuelo/a Ningún Parentesco Legal/Sangre

Cobertura de Seguro Médico (marque todo lo aplicable)
 Nada Medicaid Nevada Check Up Servicios de Salud Indígena (IHS) Privado Otro _____

Nivel de Educación Más Alto (seleccione uno)
 9 Grado o Menos Preparatoria Sin-Graduarse Diploma de Preparatoria/GED Algo de Universidad Título Asociado
 Bachillerato Maestría

Status de Empleo Actual (marque todo lo aplicable)
 Tiempo Completo Tiempo Parcial Empleo Temporal Entrenamiento Estudiante Jubilado o Discapacitado Desempleado
*¿Si no tiene empleo, cuándo fue la última vez que trabajo? _____

Medio de Ingreso que ha Tenido Durante el Año Pasado (marque todo lo aplicable)
 TANF/SSI Dinero en Efectivo Empleo/Auto-Emplo Compensación de Desempleo Manutención de Niño/Pensión Pensión/Jubilación
 Becas para la Colegiatura Subsidio por el Cuidado Temporal de Niños/Adopción Seguro Social Ningún Medio de Ingreso
 Otro Medio _____

Adulto Secundario – por favor complete la siguiente información para otros padres/guardián que viven en el hogar

Primer Nombre SN Apellido Fecha de Nacimiento Número de Seguro Social

Sexo Masculino Femenino ¿Está discapacitado? Sí No Etnicidad (seleccione uno) Hispano No-Hispano

Idioma Primario (seleccione uno) Habilidad para Hablar Inglés (seleccione uno)
 Inglés Español Otro _____ Nada Mala Bien Muy Bien

Raza (marque todo lo aplicable)
 Asiático Negra Nativo Americano Isla Pacífica Blanca Inespecífico Otro _____

Relationship to Child Applying for Head Start (seleccione uno)
 Padre Biológico Padre por Matrimonio Padres Temporales Adoptivo/Guardián Legal Abuelo/a Ningún Parentesco Legal/de Sangre

Cobertura de Seguro Médico (marque todo lo aplicable)
 Nada Medicaid Nevada Check Up Servicios de Salud Indígena (IHS) Privado Otro _____

Nivel de Educación Más Alto (seleccione uno)
 9 Grado o Menos Preparatoria Sin-Graduarse Diploma de Preparatoria/GED Algo de Universidad Título Asociado
 Bachillerato Maestría

Status de Empleo Actual (marque todo lo aplicable)
 Tiempo Completo Tiempo Parcial Empleo Temporal Entrenamiento Estudiante Jubilado o Discapacitado Desempleado
*¿Si no tiene empleo, cuándo fue la última vez que trabajo? _____

Medio de Ingreso que ha Tenido Durante el Año Pasado (marque todo lo aplicable)
 TANF/SSI Dinero en Efectivo Empleo/Auto-Emplo Compensación de Desempleo Manutención de Niño/Pensión Pensión/Jubilación
 Becas para la Colegiatura Subsidio por el Cuidado Temporal de Niños/Adopción Seguro Social Ningún Medio de Ingreso
 Otro Medio _____

Solicitud de Inscripción a CSA Head Start

Revisada el 3/17/2010

Información de Contacto y Vivienda – por favor provéanos la mayor información de contacto posible

Domicilio Donde Reside # de Unidad/Espacio Ciudad Estado Código Postal

Domicilio Donde Recibe la Correspondencia # de Unidad/Espacio Ciudad Estado Código Postal

Teléfono Actual Teléfono Secundario Teléfono Adicional
 Hogar Celular Empleo Mensaje Hogar Celular Empleo Mensaje Hogar Celular Empleo Mensaje
() - () - () -

Correo Electrónico

Situación de Vivienda Actual (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Pago de Renta <input type="checkbox"/> No Paga Renta <input type="checkbox"/> Propietario de Casa <input type="checkbox"/> Sin Hogar
Tipo de Vivienda (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Apartamento (a) <input type="checkbox"/> Casa (b) <input type="checkbox"/> Condominio/Townhouse (c) <input type="checkbox"/> Dúplex/Triplex/4-plex (d) <input type="checkbox"/> Casa Móvil/Traila (e) <input type="checkbox"/> Motel/Hotel (f) <input type="checkbox"/> Albergue (g) <input type="checkbox"/> Parque, Calle, Auto o Campamento (h)
Medio de Transporte (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Coche (1) <input type="checkbox"/> Coche de un Amigo/Pariente (2) <input type="checkbox"/> Transportación Pública (3) <input type="checkbox"/> No Tengo Transportación (4)
¿Cómo se entero de Nuestro Programa de CSA Head Start? (seleccione uno) <input type="checkbox"/> Directorio (i) <input type="checkbox"/> Internet la Web (j) <input type="checkbox"/> Radio (k) <input type="checkbox"/> Televisión (l) <input type="checkbox"/> Familia (m) <input type="checkbox"/> Amistad (n) <input type="checkbox"/> Referencia de una Agencia (o) <input type="checkbox"/> Periódico (p) <input type="checkbox"/> Eventos Comunitarios (q) <input type="checkbox"/> Poster/Volante (r) <input type="checkbox"/> Referencia de CSA/HS (t)
¿Recibe su familia alguno de los siguientes servicios? (marque todo lo aplicable) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia con la Energía Eléctrica <input type="checkbox"/> Sección 8 Viviendo <input type="checkbox"/> HUD Asistencia de Vivienda <input type="checkbox"/> Ningún Servicio
Tipo de Familia (marque todo lo aplicable) <input type="checkbox"/> Familia de Dos Padres (v) <input type="checkbox"/> Figura Materna Únicamente – Madre Soltera (w) <input type="checkbox"/> Figura Paterna Únicamente – Padre Soltero (x) <input type="checkbox"/> Familia de Abuelos Criando a Nietos (y) <input type="checkbox"/> Familia Temporal/Foster (y) <input type="checkbox"/> Otros Parientes (y)
Tamaño de la Familia (por favor indique cuantos adultos y cuántos niños viven en el hogar) Adultos _____ Niños _____

Declaración de la Revelación del Solicitante al Programa (se requiere una firma)

Por la presente declaro que la información contenida en esta solicitud para los servicios del programa es verdadera y correcta a mi mejor entendimiento y conocimiento. Nadie representándome o yo hemos dado ninguna declaración falsa o engañosa. La aceptación de la solicitud no garantiza que los servicios serán ofrecidos bajo ningún programa, y esos servicios dependen en muchas cosas incluyendo la solicitud precisa, disponibilidad de fondos y la determinación que el solicitante califica para el programa.

Yo libero y exonero a la Agencia Community Services, sus agentes y representantes y cualquier persona suministrando información de cualquier y toda responsabilidad de cualquier naturaleza que resulte por la inspección a dicho documentos, record y otra información, y esta exoneración incluye a mi representante legal, heredero y persona asignada. Adicionalmente autorizo a la Agencia Community Services y sus agentes y representantes utilizar la información que eh proveído agregando a otros clientes de la Agencia Community Services para cualquier y todos los propósitos de fondos y reportes.

Firma del Solicitante _____ Fecha de Hoy _____

La Agencia Community Services, sus agentes, socios y medios de fondos no discriminan basándose en el color, sexo, edad, religión, origen nacional, discapacidades, estatus maritales, orientación sexual o raza, o cualquier otra consideración realizada de una manera en contra la ley incluida en las leyes de discriminación. El USDA es un proveedor y empleador de oportunidades iguales.

Solicitud de Inscripción a CSA Head Start

Revisada el 3/17/2010

Niño(a) Siendo Inscrito al Programa Head Start – por favor complete lo siguiente con la información del niño que desea inscribir

Primer Nombre SN Apellido Fecha de Nacimiento Número de Seguro Social

Sexo Masculino Femenino ¿Está discapacitado? Sí No Etnicidad (seleccione uno) Hispano No-Hispano

Idioma Primario (seleccione uno) Habilidad para Hablar Inglés (seleccione uno)
 Inglés Español Otro _____ Nada Mala Bien Muy Bien

Raza (marque todo lo aplicable)
 Asiático Negra Nativo Americano Isla Pacifica Blanca Inespecífico Otro _____

Cobertura de Seguro Médico (marque todo lo aplicable)

Nada
Si tiene Medicaid, por favor seleccione el tipo de plan que usted tiene:
 Medicaid's Amerigroup Community Care Medicaid's Health Plan of Nevada Medicaid – no está seguro que plan tiene
*Número de Medicaid _____
Otro Tipo de Seguro Medico:
 Nevada Check Up IHS (Servicios de Salud Federal para Nativos Americanos/Nativos de Alaska) Privado Otro _____
* Número de Identificación del Seguro Medico _____

¿Tiene el niño un médico? Sí No ¿Cuando fue el último examen físico de su hijo (a)? _____ (mm/aaaa)

Nombre de Médico u Oficina Dirección Número Telefónico

¿Tiene el niño un dentista? Sí No ¿Cuando fue el último examen dental de su hijo (a)? _____ (mm/aaaa)

Nombre de Dentista o Oficina Dirección Número Telefónico

¿Tiene el niño (a) alguna condición médica como asma, alergias, ataques, etc. que requiera tomar algún medicamento, acomodaciones o restricciones especiales en el salón de clase o durante el juego en el exterior? Sí No

¿Cual es la condición medica? _____

¿Toma el niño (a) algún medicamento para esta condición médica? Sí No

¿Cuándo fue diagnosticado? _____

¿Cual oficina medica tiene esta información en su expediente? _____

¿Ha sido diagnosticado el niño (a) de tener una necesidad especial y/o discapacidad? Sí No

¿Usted como padre/guardián le preocupa que el niño (a) pueda tener alguna necesidad especial o discapacidad? Sí No

Por favor especifique su preocupación _____

Primer Centro Preferido _____ Segundo Centro Preferido _____

Horario Preferido (marque todo lo aplicable)

Mañana (8:00 a.m. a 11:30 a.m., Lunes a Jueves)
 Tarde (1:00 p.m. a 4:30 p.m., Lunes a Jueves)
 Día Extendido (8:00 a.m. a 1:00 p.m., Lunes a Jueves)
 Todo el Día (7:45 a.m. a 5:15 p.m., Lunes a Viernes)

* Los espacios para el Programa de Todo el Día y Día Extendido son limitados

Segundo Horario Preferido (marque todo lo aplicable)

Mañana (8:00 a.m. a 11:30 a.m., Lunes a Jueves)
 Tarde (1:00 p.m. a 4:30 p.m., Lunes a Jueves)
 Día Extendido (8:00 a.m. a 1:00 p.m., Lunes a Jueves)
 Todo el Día (7:45 a.m. a 5:15 p.m., Lunes a Viernes)

* Los espacios para el Programa de Todo el Día y Día Extendido son limitados

Criterio de Selección Adicional / Prioridad en Lista de Espera (marque todo lo aplicable)

- La familia que esta inscribiendo a su hijo (a) a Head Start actualmente está sin hogar
- Uno o ambos padres del niño que están inscribiendo a Head Start se encuentran encarcelados
- El niño que están inscribiendo a Head Start está haciendo el transe del Programa Early Head Start
- El niño que están inscribiendo a Head Start está siendo referido por la Agencia Child Find
- Ninguno de los mencionados es aplicable a mi

