



# Solicitud para el Head Start/Early Head Start

Instrucciones: llenar con letra de molde con tinta azul o negra solamente.

CPID No.: \_\_\_\_\_

Term: \_\_\_\_\_

Site: \_\_\_\_\_

## Información del solicitante (niño o mujer embarazada)

Nombre: (First)	Apellido: (Last)	Segundo nombre: (Middle)	Género: (Gender) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fec. Nac.: / / Mes Día Año
¿Qué programa está solicitando? (Which program) <input type="checkbox"/> EarlyHead Start (EHS) <input type="checkbox"/> EHS Mujeres Embarazadas (EHS-PW) <input type="checkbox"/> Head Start				
¿Qué opción está solicitando? (Option) <input type="checkbox"/> Turno completo* (FD) <input type="checkbox"/> Medio turno AM <input type="checkbox"/> Medio turno PM <input type="checkbox"/> Domiciliaria (HB) <input type="checkbox"/> Sin preferencia *Atención: para tener prioridad para turno completo, ambos padres o ambos tutores deben estar trabajando (25+ horas/semana) o en la escuela turno completo (7+ unidades)				
¿Tiene el solicitante un IEP o IFSP actual? (Has IEP) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, ¿puede presentar una copia del IEP o IFSP actual? (Copy of IEP) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Vive actualmente el solicitante en hogar de crianza? (Foster Care) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, ¿tiene usted los derechos educativos? (Ed. Rights) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene el solicitante necesidades especiales de salud, condiciones médicas o alergias? (Health/Medical/Allergies) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, favor de explicar. (Explain)				

## Información de la familia

Nombre del padre, tutor o proveedor de cuidado principal: (Primary)	Fec. Nac.: Mes Día Año	Teléfono celular: (Cell)	Correo electrónico: (E-mail)
Nombre del padre, tutor o proveedor de cuidado secundario: (Secondary)	Fec. Nac.: Mes Día Año	Teléfono celular: (Cell)	Correo electrónico: (E-mail)
Teléfono principal: (Primary)	Teléfono de casa: (Home)	Teléfono alterno: (Alternate)	Teléfono alterno: (Alternate)
¿Autoriza al programa a enviarle información y avisos importantes? (Authorization to send info)		Por mensaje de texto: (text) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por correo electrónico: (Email) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de casa: (Home address)		Ciudad y zona postal: (City, ZIP)	
Domicilio de correo (si es diferente a la dirección de casa): (Mail address)		Ciudad y zona postal: (City, ZIP)	
¿Se quedó el solicitante sin vivienda recientemente? (Housing loss) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, por favor describa su situación actual. (Current arrangements)			
Padres o tutores en el hogar: (Parents in home) <input type="checkbox"/> Hogar monoparental (One) <input type="checkbox"/> Pareja de padres o tutores (Two)		Nombre de la persona o personas con la custodia legal del niño: (Has custody)	
Idioma materno hablado en casa: (Home Language) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		Idioma en el cual se prefiere el material escrito: (Preferred) <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Tiene un caso abierto con la CPS? (CPS case) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tienen los abuelos la custodia del solicitante? (Grandparent guardian) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Hay algún pariente en el hogar con una discapacidad permanente? (Disability in family) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Están el padre y/o la madre encarcelados o desahuciados? (Incarcerated/Terminal Illness) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

## Liste todos los demás parientes NO ANTES LISTADOS que viven en el hogar a quienes usted da ayuda financiera

Nombre: (First)	Apellido: (Last)	Fec. Nac.: Mes Día Año	¿Tiene esta persona algún parentesco con el niño? (Parent related)	¿Apoya económicamente el ingreso de los padres a esta persona? (Parent supported)
			<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
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Cantidad total\* de personas que viven en el hogar (incluyéndose usted) a quienes apoya económicamente: (Family size)

\* Use la casilla a la derecha para anotar la cantidad total.

--

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Fec. Nac.: \_\_\_\_\_

Tutor principal (Primary)	
Nombre: (Name)	Vive con el solicitante: (Lives w/ child) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parentesco con el solicitante: (Relationship)	Con custodia legal del solicitante: (Custody) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado marital: (Marital status) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	
Raza: <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Bi/multiracial <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Mayor grado de escolaridad: <input type="checkbox"/> Menos de preparatoria <input type="checkbox"/> Colegio (A.A. o A.S.) <input type="checkbox"/> Preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Colegio/universidad (B.A. o B.S.) <input type="checkbox"/> Técnica o certificado de un oficio <input type="checkbox"/> Posgrado (M.A., M.S., doctorado)	
Fuente de ingresos	¿Percibe ingresos? (Income) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe (marque todo lo que aplique):	
<input type="checkbox"/> Asistencia monetaria (Cash Aid) CalWORKs?	Cantidad mensual (Monthly) \$ _____
<input type="checkbox"/> Ingresos suplementarios de seguridad (SSI)?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Manutención/Manutención de menores? (Alimony/Child Support)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otro? (Other)	\$ _____
Empleo (Employment)	
<input type="checkbox"/> Empleado (Employed)	<input type="checkbox"/> Sin empleo (Unemployed)
<input type="checkbox"/> Jubilado (Retired)	<input type="checkbox"/> Empleo eventual (Seasonally Employed)
	<input type="checkbox"/> En busca de empleo (Seeking Employment)
	<input type="checkbox"/> Discapacitado (Disabled)
Discapacitado de _____ a _____	
Información del empleador (Employer Info)	
Nombre del empleador: (Employer)	Teléfono del empleador: (Phone)
Periodo de pago: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes (Pay period) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Sueldo en bruto: (Gross) Total \$ _____ por _____	
Pago: <input type="checkbox"/> En efectivo (Cash) <input type="checkbox"/> Cheque personal (Pers. Check) <input type="checkbox"/> Cheque de la compañía (Co. Check)	
Total de horas laboradas por semana: (Hours) _____	
¿Autoriza al programa a comunicarse con su empleador para verificar? (Contact employer) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información de la escuela o capacitación (School/Training)	
¿Asiste a la escuela o a capacitación vocacional o laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la escuela: (Name)	Teléfono de la escuela:
Total de unidades en la escuela/horas de capacitación por semana: (Units/Hours)	_____
¿Es empleado del Head Start de la RCOE? (HS Employee) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es pariente de algún empleado del Head Start de la RCOE? (RCOE Employee) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Tutor secundario (Secondary)	
Nombre: (Name)	Vive con el solicitante: (Lives w/ child) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parentesco con el solicitante: (Relationship)	Con custodia legal del solicitante: (Custody) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado marital: (Marital status) <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	
Raza: <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Bi/multiracial <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Mayor grado de escolaridad: <input type="checkbox"/> Menos de preparatoria <input type="checkbox"/> Colegio (A.A. o A.S.) <input type="checkbox"/> Preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Colegio/universidad (B.A. o B.S.) <input type="checkbox"/> Técnica o certificado de un oficio <input type="checkbox"/> Posgrado (M.A., M.S., doctorado)	
Fuente de ingresos	¿Percibe ingresos? (Income) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe (marque todo lo que aplique):	
<input type="checkbox"/> Asistencia monetaria (Cash Aid) CalWORKs?	Cantidad mensual (Monthly) \$ _____
<input type="checkbox"/> Ingresos suplementarios de seguridad (SSI)?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Manutención/Manutención de menores? (Alimony/Child Support)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otro? (Other)	\$ _____
Empleo (Employment)	
<input type="checkbox"/> Empleado (Employed)	<input type="checkbox"/> Sin empleo (Unemployed)
<input type="checkbox"/> Jubilado (Retired)	<input type="checkbox"/> Empleo eventual (Seasonally Employed)
	<input type="checkbox"/> En busca de empleo (Seeking Employment)
	<input type="checkbox"/> Discapacitado (Disabled)
Discapacitado de _____ a _____	
Información del empleador (Employer Info)	
Nombre del empleador: (Employer)	Teléfono del empleador: (Phone)
Periodo de pago: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes (Pay period) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Sueldo en bruto: (Gross) Total \$ _____ por _____	
Pago: <input type="checkbox"/> En efectivo (Cash) <input type="checkbox"/> Cheque personal (Pers. Check) <input type="checkbox"/> Cheque de la compañía (Co. Check)	
Total de horas laboradas por semana: (Hours) _____	
¿Autoriza al programa a comunicarse con su empleador para verificar? (Contact employer) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información de la escuela o capacitación (School/Training)	
¿Asiste a la escuela o a capacitación vocacional o laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la escuela: (Name)	Teléfono de la escuela:
Total de unidades en la escuela/horas de capacitación por semana: (Units/Hours)	_____
¿Es empleado del Head Start de la RCOE? (HS Employee) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es pariente de algún empleado del Head Start de la RCOE? (RCOE Employee) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Certifico que los datos en esta solicitud son verdaderos y completos conforme mi mejor conocimiento. Entiendo que si presento datos incorrectos puedo provocar el rechazo de esta solicitud o dar por terminados los servicios de cuidado infantil. Notificaré a la agencia de inmediato si hay algún cambio en mi ingreso, composición familiar, dirección, empleo o motivos por los cuales son necesarios los servicios de cuidado infantil.

Firma de padre, tutor o proveedor de cuidado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_