

Programas de Accion Comunitaria Olympic – Servicios de la Primera Infancia
Solicitud de Inscripción

Información del niño

Apellido del niño:		Primer nombre:		Segundo nombre:	
Nombre preferido:					
Fecha de nacimiento/parto:			Idioma Necesita Traductor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o nacido en Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiiano, o de las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Dos razas o Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (comentarios requeridos) Otro raza: _____		Cultura: <input type="checkbox"/> Hispano o de origen Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispano/ No de origen Latino Sexo: M F Seguro de Salud: <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Estado Si Medicaid, PIC #: _____		Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Central Americano, Sur Americano, y Dialectos de México <input type="checkbox"/> Idiomas del Caribe <input type="checkbox"/> Idiomas de Asia del Sur y del Medio Oriente <input type="checkbox"/> Idiomas del Este de Asia <input type="checkbox"/> Idiomas de los indígenas de Norte América o Alaska <input type="checkbox"/> Idomas de las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Idoma Europeo y Eslavo <input type="checkbox"/> Idiomas africanos Otro Idioma (comentarios requeridos): _____	

Información de la Familia

	Cuidador Principal	Cuidador Secundario
Relación con el niño >>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Guardián	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Guardián
Nombre >>	_____	_____
Fecha de Nacimiento >>	_____	_____
Hispano o Latino >>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Race >>	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nacido en Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiiano, o de las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Dos razas o Multirracial Otro raza: _____	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nacido en Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiiano, o de las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Dos razas o Multirracial Otro raza: _____
Dirección de la Casa >>	_____	_____
Dirección de la Casa >>	Ciudad: _____ ZIP: _____	Ciudad: _____ ZIP: _____
Dirección Postal >>	_____	_____
Nivel de Educación >>	<input type="checkbox"/> Menos que a escuela secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Alguna educación superior/Escuela vocacional <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Menos que a escuela secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Alguna educación superior/Escuela vocacional <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Desconocido
Occupación >>	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Trabajador migrante <input type="checkbox"/> Trabajador estacional <input type="checkbox"/> Trabajador temporal <input type="checkbox"/> En el colegio/entrenando <input type="checkbox"/> Voluntario no pagado	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Trabajador migrante <input type="checkbox"/> Trabajador estacional <input type="checkbox"/> Trabajador temporal <input type="checkbox"/> En el colegio/entrenando <input type="checkbox"/> Voluntario no pagado
Seguro de Salud >>	<input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Estado Si Medicaid, PIC#: _____	<input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Estado Si Medicaid, PIC#: _____
Teléfono >>	Casa: _____ Celular: _____	Email: _____
Tipo de Vivienda >>	<input type="checkbox"/> *Sin hogar <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Cuartos temporales <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente <input type="checkbox"/> Otro * Esto quiere decir que su familia duerme en el automóvil, en un campamento, en un hotel, en un refugio de emergencia, o en j hogar de transición, o que su familia vive con otra familia.	
Por favor seleccione los siguientes artículos si se aplican a cualquiera de los cuidadores:		
<input type="checkbox"/> Madre adolescente <input type="checkbox"/> Padre/madre soltero/a <input type="checkbox"/> Familia con ambos padres <input type="checkbox"/> Padre adoptive <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Servicio activo military <input type="checkbox"/> Veterano		

Programas de Accion Comunitaria Olympic – Servicios de la Primera Infancia
Solicitud de Inscripción

Niños en casa (no incluya al que inscribe)

Nombre y apellido	Fecha de Nac.	Sexo	*Relación con el primer adulto	*Relación con el segundo adulto
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		

***Qué Relación:** 1) Niño Natural 2) Adoptado 3) Nieto 4) Hijastro 5) Sobrina 6) Sobrino 7) Otro (describir)

Información sobre los requisitos

Personas en la familia:	Nº de niños por edad: 0 a 3: 4 a 5: 6 y mayor:
Ingresos familiares: (Ingreso anual en bruto de todas fuentes) \$ _____	
<input type="checkbox"/> Trabajo TANAF: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Tipo: <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cupones de comida <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Asistencia para cuidado de niños	

Consideraciones especiales/prioridad de inscripción

Su solicitud no garantiza la inscripción de su niño. Tomamos en cuenta los ingresos, niños con incapacidades, referencias de agencias y otras necesidades de la familia para decidir la prioridad de inscripción. Por favor complete todas las secciones que siguen para recibir la mayor cantidad de puntos de prioridad.

¿Su niño ha sido diagnosticado con, o se sospecha que tiene, alguna incapacidad?

Sí: Describa _____ Ninguna preocupación

¿Tiene su niño actualmente un Plan de Educación (IEP) o un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP)? Si No

(Este es el plan de servicios por incapacidad que usted hizo con personal de la escuela o la agencia. **Si contesta que sí, por favor entregue una copia de su IEP/IFSP a Head Start/ECEAP/EHS cuando inscriba a su niño.**)

Por favor indique toda preocupación que tenga acerca de su niño.

Impedimento del lenguaje/habla Desórdenes emocionales/comportamiento Impedimento físico

Impedimento de la vista/ceguera Retraso en el desarrollo

Problemas de salud (explique): _____

Otros problemas (explique): _____

Por favor nombre cualquier agencia que ha trabajado o esta trabajando actualmente con su familia: (Marque todo lo que corresponda)

Dep. de Salud Pública Primer Paso Salud Mental Comunitaria Recibe servicios especiales de salud WIC CPS

Empleado del distrito escolar Familias saludables Acciones comunitarias Olympic Otra _____

Si tiene cualquier carta de referencia de su doctor, enfermera, o consejero, señalando que su niño debe inscribirse, por favor incluya copias con esta aplicación. Agencia que Refiere _____ Nombre _____ Teléfono _____

Por favor marque cualquier problema inmediato en su familia: Comida Abuso de sustancias Embarazada Seguro médico familiar

Vivienda Violencia doméstica Legal Aislado/falta de apoyo Problemas de salud Transporte Incapacidades

Abuso/ Negligencia Problemas de salud mental Padre encarcelado

¿Alguien en su familia ha recibido servicios de Head Start / ECEAP o Early Head Start en el pasado?

Sí, ¿Dónde? _____ No

¿Cómo se enteró Head Start/ECEAP o Early Head Start?

Internet Event comunitario Volante Empleado de Head Start/Early Head Start/ECEAP Recomendación

Trabajador del caso Medios de comunicación Agencia de la comunidad (nombre): _____

Otra: _____

Certifico que esta información es correcta. Si cualquier dato es falso, mi participación en el programa de ésta agencia puede ser cancelada. Entiendo además que la información en ésta solicitud será mantenida en completa confidencialidad dentro de la agencia.

Firma del Padre/Tutor

Fecha



Documentos de ingreso y certificado de nacimiento deben ser incluidos con la solicitud para ser procesada

