

Date Received: \_\_\_\_\_



LWSD # 414 Total Points



### Aplicación de Head Start/Ready Start 2009-2010

<b>Información del Niño</b>	Nombre del Niño (Apellido, Nombre)	Fecha de Nacimiento:
	# de Teléfono: # para dejar mensaje:	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
	Dirección: #/ Nombre de los Apartamentos: Ciudad: Código Postal:	
	No tenemos vivienda. (Esto significa que su familia se está quedando en un carro, parque, área de campamento u hotel, albergue de emergencia o vivienda de tránsito o su familia está viviendo temporalmente con otra familia): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
	¿Qué idioma(s) habla el niño?	
	Etnia del Niño: Marque UNA casilla <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Non Hispano	
	Raza(s) del Niño: Marque TODAS las que se aplican: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islas Pacífico	
	¿Cree que su hijo tiene una incapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
	¿Tiene este niño un IEP (Educación Especial)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, nombre del distrito escolar	
	¿Tiene seguro médico este niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Nombre del Plan de Salud: Tipo: <input type="checkbox"/> DSHS/ Cupón Médico <input type="checkbox"/> Salud Básica <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Otro:	
¿Tiene seguro dental este niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Nombre del Seguro:		
<b>Información Familiar</b>	El niño vive con: <input type="checkbox"/> Uno de los dos padres/Tutores <input type="checkbox"/> Los dos padres/ Tutores Nombre(s):	
	El niño es: (marque uno) <input type="checkbox"/> Su hijo natural (Biológico) o Adoptado <input type="checkbox"/> Su Entenado <input type="checkbox"/> Su Nieto Otro:	
	Número de Personas en la Familia: Edades de los Otros Niños en el Hogar:	
	Ingreso Anual: (de los 12 meses más recientes o del año calendario pasado): \$	
	Por favor envíe junto con esta aplicación, la prueba de ingreso de su familia del año calendario pasado o de los 12 meses más recientes. Envíe copia de todo lo que sea pertinente: talones de cheques, los formularios W-2 o de la declaración de impuestos final del año pasado, letra de otorgamiento de beneficios TANF de DSHS, resumen de desempleo o su récord de los pagos de manutención infantil.	
	¿Hay alguien en su familia que esté recibiendo SSI? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es afirmativa, ¿quién lo recibe?	
	¿Recibe usted la ayuda del gobierno TANF? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Si la respuesta es afirmativa, cuál es su número de caso de DSHS?	
<b>Información Adicional</b>	¿Cómo se enteró sobre Head Start/ECEAP?	
	¿Tiene alguna preocupación en especial por su hijo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor marque todas las que sean pertinentes <input type="checkbox"/> Salud Dental <input type="checkbox"/> Dificultades para aprender <input type="checkbox"/> Habla u oído <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Salud Física <input type="checkbox"/> Nutrición/Alimentación <input type="checkbox"/> Abuso/Negligencia <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Previo Entenado	
	¿Tiene alguna preocupación en especial por su familia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor marque todas las que sean pertinentes <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Empleo/trabajo <input type="checkbox"/> Incapacidad/ No puede trabajar <input type="checkbox"/> Violencia familiar <input type="checkbox"/> Dificultades para aprender <input type="checkbox"/> Asuntos de Droga/ Alcohol <input type="checkbox"/> Inmigración <input type="checkbox"/> Salud Mental/Enfermedad <input type="checkbox"/> Desplazamiento militar <input type="checkbox"/> Asuntos legales <input type="checkbox"/> Asuntos de salud <input type="checkbox"/> Padre encarcelado(a) <input type="checkbox"/> Padre adolescente	
	Está interesado en (marque todos los que sean pertinentes): <input type="checkbox"/> Preescolar de Medio Día <input type="checkbox"/> Día Completo (incluye preescolar/ guardería) <input type="checkbox"/> Base en el hogar	
	¿Recibe actualmente su familia un subsidio de guardería (ayuda del gobierno)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Subsidio #:	

	Si está actualmente en una guardería, Nombre del Proveedor: _____ Teléfono: _____	
	Recomendando Especialmente por la Agencia: _____	
<b>Información del Padre/ Tutor</b>	<b>PADRE/TUTOR 1</b>	<b>PADRE/TUTOR 2</b>
	<b>Madre/Padre/Otro</b> (Por favor circule)	
	<b>Nombre:</b> _____	
	<b>Dirección si es diferente a la del niño:</b> _____	
	<b>Teléfono Celular/ Casa:</b> _____	
	<b>Teléfono del Trabajo/ Mensaje:</b> _____	
	<b>Dirección Electrónica:</b> _____	
	<b>Fecha de su Nacimiento:</b> _____	
	<b>Idioma(s) que habla:</b> _____	
	<b>¿Necesita un intérprete para acceder servicios?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
	<b>Nivel de Educación</b> (marque el grado mayor completado): <input type="checkbox"/> 8° grado o menor <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 9° grado <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> 10° grado <input type="checkbox"/> Entrenamiento Técnico <input type="checkbox"/> 11° grado <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> 12° gr./High School <input type="checkbox"/> BA o más alto	
	<b>¿Se encuentra trabajando actualmente?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más a la semana) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (menos de 35 horas cada semana) Nombre de su Empleador: _____ <input type="checkbox"/> Empleado de Temporada <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Incapacitado	
<b>¿Se encuentra en la escuela actualmente?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo		

**Nota:** Se proporciona transporte para la mayoría de las áreas solamente para los PROGRAMAS DE MEDIO DIA. Por favor llene esta porción si está interesado en recibir servicio de transporte.

<b>Información de transporte</b>	<b>A mi hijo lo recogerían en:</b> Dirección _____ Teléfono: _____
	<b>A mi hijo lo regresarían a:</b> Dirección _____ Teléfono: _____

Es una regla de PSESD Head Start/ECEAP el no discriminar en base a raza, credo, religión, estado civil, orientación sexual, edad o incapacidad mental/ sensorial/ física.

Comprendo que la información que he proporcionado en esta aplicación es confidencial y no se compartirá sin mi permiso. Si es pertinente al caso, doy mi permiso al personal de Head Start/ECEAP de ponerse en contacto con DSHS para verificar mis beneficios.

Fecha: \_\_\_\_\_ Firma del Padre/ Tutor: \_\_\_\_\_

**POR FAVOR DEVUELVA LA APLICACIÓN LLENA A**



Willows Special Services/Preschool Applications  
P.O. Box 97039  
Redmond, WA 98073-9739

Pronto nos comunicaremos con usted para avisarle si su hijo es elegible para nuestro programa. Para recibir información general sobre Head Start/ECEAP, por favor llame a 1-866-KIDZ-1st