

SOLICITUD PRELIMINAR

Información del Niño (Solicitante)

Nombre del Niño: _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Fecha de Nacimiento: _____ **Sexo:** Masculino Femenino

Dirección de hijo: _____
Ciudad/ Estado/ Código Postal

Dirección: _____
(si diferente) Ciudad Estado Cod Postal

Idioma Principal del Niño: _____ **Idioma Secundaria:** _____

Seguro Medico del Niño:

Medicaid CHP+ Privado/Otro _____ **Número del Seguro:** _____
 Ninguno

Raza del Niño:

Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro Americano Multi-Racial
 Nativo de Hawái o Islas Pacificas Blanco Otro: _____

Etnicidad:

Hispánico o Latino No-Hispánico o No-Latino

Preocupaciones de Salud o Desarrollo (favor de marcar todos que aplican) No preocupaciones de salud o desarrollo

- Preocupaciones del desarrollo de mi hijo Tiene una condición médica crónica
- IEP o IFSP (Discapacidad Diagnosticado) Tiene una alergia severa (incluyendo alimentos)
- Su habla/lenguaje Restricciones de dieta
- Preocupaciones de comportamiento/emociones Tendrá que tomar medicamentos en horas escolares

Favor de explicar todas las contestaciones señalados: _____

Ubicación y Preferencia de Tipo de Clase

Ubicación preferente: Arvada, 5150 Allison Street Wheat Ridge, 12725 West 42nd Avenue

Por favor marque las opciones del programa según su preferencia, con 1 siendo su preferida:

- ___ AM medio día (3,5 horas)
- ___ PM medio día (3,5 horas)
- ___ Día Entero horas (6,5); también deben completar la solicitud del programa preescolar de Colorado

¿Si su niño es seleccionado para la clase de día completo, usted necesitará cuidado extendido? Si No

(Matrícula para el programa de cuidado extendido y debe realizarse una aplicación adicional)

Ofrecemos transporte desde y hacia la escuela de forma limitada dependiendo la necesidad y la dirección de su hogar

¿Necesita su hijo servicios de transporte desde y hacia Head Start? Si No

Pariente/Guardián #1

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Sexo: Masculino Femenina **Relación al Niño:** _____

Idioma Principal: _____ **Idioma Secundaria:** _____

Correo Electrónico: _____ **Número de Teléfono:** _____
Número de Teléfono: _____

Prefiero no recibir mensajes de texto sobre cierres de escuelas, emergencias o eventos (marcar para optar por no)

¿Esta persona tiene custodia del niño? Sí No Mita

¿Esta persona vive con el niño? Sí No

¿Esta persona mantiene al niño? Sí No

Dirección: _____
(si diferente de niño) Cuidad Estado Cod Postal

Nivel más alto de educación cumplida: Grado 9 o menos Grado 10 Grado 11 Grado 12
 GED Graduado de High School Graduado de College/Certif. Entrenamiento
 College o Entrenamiento Avanzado Titulo de Asociado Licenciatura Maestría

Estado de Empleo (marcar todos que corresponda):

Empleo Actual **Sin empleo** **Actualmente inscrita en escuela**
 Tiempo completo Actualmente buscando empleo Tiempo completo
 Tiempo parcial Jubilado o Incapacitado Tiempo parcial
 Por temporada No Empleado (queda en casa)

Raza:

Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro Americano Multi-Racial
 Nativo de Hawái o Islas Pacíficas Blanco Otro: _____

Etnicidad: Hispánico o Latino No-Hispánico o No-Latino

Pariente/Guardián #2

Nombre: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____
Primer Nombre Segundo Nombre Apellido(s)

Sexo: Masculino Femenina **Relación al Niño:** _____

Idioma Principal: _____ **Idioma Secundaria:** _____

Correo Electrónico: _____ **Número de Teléfono:** _____
Número de Teléfono: _____

Prefiero no recibir mensajes de texto sobre cierres de escuelas, emergencias o eventos (marcar para optar por no)

¿Esta persona tiene custodia del niño? Sí No Mita

¿Esta persona vive con el niño? Sí No

¿Esta persona mantiene al niño? Sí No

Dirección: _____
(si diferente de niño) Cuidad Estado Cod Postal

Nivel más alto de educación cumplida: Grado 9 o menos Grado 10 Grado 11 Grado 12
 GED Graduado de High School Graduado de College/Certif. Entrenamiento
 College o Entrenamiento Avanzado Titulo de Asociado Licenciatura Maestría

Estado de Empleo (marcar todos que corresponda):

Empleo Actual **Sin empleo** **Actualmente inscrita en escuela**
 Tiempo completo Actualmente buscando empleo Tiempo completo
 Tiempo parcial Jubilado o Incapacitado Tiempo parcial
 Por temporada No Empleado (queda en casa)

Raza:

Indígena Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro o Afro Americano Multi-Racial
 Nativo de Hawái o Islas Pacíficas Blanco Otro: _____

Etnicidad: Hispánico o Latino No-Hispánico o No-Latino

Información Familiar					
¿Qué descripción es lo más similar a su familia? Favor de marcar solamente una. <input type="checkbox"/> Familia de un solo padre <input type="checkbox"/> Familia con 2 padres <input type="checkbox"/> Foster/Kinship					
Favor de indicar todos los niños que viven en su hogar:					
Primer Nombre	Apellido (s)	Fecha de Nacimiento	Sexo		Relation al Solicitante
			<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
			<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
			<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
			<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
			<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
			<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	
Additional Services					
<input type="checkbox"/> Snap	<input type="checkbox"/> WIC				

Otro Información
¿Cómo supo Ud. de Head Start? (marque una casilla y marque los detalles específicos) <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> , amigos <input type="checkbox"/> , ex alumno <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Servicios humanos (manutención infantil <input type="checkbox"/> , SNAP <input type="checkbox"/> , TANF <input type="checkbox"/> , WIC <input type="checkbox"/> , fuerza laboral <input type="checkbox"/> , salud pública <input type="checkbox"/> , CYF <input type="checkbox"/> , CAD <input type="checkbox"/> , Medicaid <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> Volantes <input type="checkbox"/> / Colgador de Puerta <input type="checkbox"/> / Tarjeta postal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Redes sociales (en línea <input type="checkbox"/> , sitio web de Head Start <input type="checkbox"/> , Facebook <input type="checkbox"/> , etc.) <input type="checkbox"/> Condujo <input type="checkbox"/> / Camina por <input type="checkbox"/> / Entro a la escuela <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Jefferson Cty R-1 (Child Find <input type="checkbox"/> , terapeuta del habla <input type="checkbox"/> , escuela <input type="checkbox"/> , etc.) <input type="checkbox"/> Agencia comunitaria (Victim Adv <input type="checkbox"/> , Motel <input type="checkbox"/> , JPP <input type="checkbox"/> , Hope House <input type="checkbox"/> , Colo Homeless <input type="checkbox"/> , Action Center <input type="checkbox"/> , Family tree <input type="checkbox"/> , DDRC <input type="checkbox"/> , etc.) <input type="checkbox"/> Otro (si está marcado, especifique los detalles): _____
¿Hay alguna otra cosa que le gustaría informarnos de su familia? <hr/> <hr/>

Debido a las reglas del programa, Jefferson County Head Start solo sirve familias que residen en Jefferson County, no incluyendo la ciudad de Lakewood.

Jefferson County Head Start no funciona y no discriminarán basado en raza, color, origen nacional, religión, sexo, identidad de género (incluyendo la expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, estado familiar/parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública, situación militar o creencias políticas en cualquiera de sus actividades u operaciones. Jefferson County Head Start se ha comprometido a proporcionar un entorno inclusivo y acogedor para todos los miembros de nuestro personal, familias, voluntarios y comunidad

Al marcar esta casilla, Yo firmo, acepto y certifico electrónicamente que la información es precisa y completa.

Firma del Pariente/Guardián: _____ Fecha: _____

Firma del Pariente/Guardián: _____ Fecha: _____

Trans. SCE