



HEAD START SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

Toda la información suministrada en esta solicitud es confidencial y se mantendrá guardada en archivo bajo llave en el Centro Head Start

Para ser completado por el Personal de Head Start

Año escolar del programa: _____ Centro de Head Start: _____

Sección 1: Información del Solicitante

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

_____ Masculino _____ Femenino

Nombre del padre, madre o tutor: _____ Fecha de nacimiento: _____

Dirección postal: _____
Calle o apartado postal, ciudad, código postal

Dirección física: _____
Calle o carretera del condado, ciudad, código postal

Número Teléfono Del Domicilio: _____

Número Teléfono De celular: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre del padre, madre o tutor _____

Dirección postal en caso de que sea diferente a la mencionada anteriormente _____

¿Cómo se enteró del programa de Head Start? _____

Origen étnico del niño: Marque el casillero que corresponda:

Mestizo (especificar)

Blanco

Negro

Africano

Antillano

Latino/Hispano

Asiático/Nativo de las Islas
del Pacífico (especificar)

Chino

Coreano

Vietnamita

Japonés

Hawaiano

Filipino

Samoano

Guameño

Indo asiático

Otro

Idioma:

¿Qué idioma se habla con mayor frecuencia en su hogar? _____

¿Su hijo/a habla inglés? Sí No

¿Cómo habla inglés su hijo? ____ Muy bien ____ Bien ____ No muy bien ____ Nada bien

Sección 2: Información de Discapacidades

¿Se le ha diagnosticado a su hijo una discapacidad o se sospecha de alguna discapacidad o retraso en el desarrollo?

____ Sí

____ No

En caso de responder "sí", complete la información que aparece a continuación:

Fecha de evaluación: _____

Evaluación realizada por: _____

Sección 3: Información Familiar

Indique tipo de familia:

____ Familia constituida por dos padres

____ Familia constituida por un solo padre

____ No Padre o Madre/Tutor. Especificar

____ Familia adoptiva

Cantidad de miembros de la familia: _____

Miembros de la familia (indique nombre completo, fecha de nacimiento y parentesco con el niño que presenta la solicitud ante Head Start):

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con el niño

Sección 4: Información de Asistencia

¿Qué otro ingreso y/o asistencia recibe actualmente su familia?

- TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas)
- Seguro de desempleo
- SSI (Seguro de Ingreso Suplementario) – Discapacidades/Sobrevivientes
- HUD (Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano)
- Cuidado de la Familia de NJ

- Vales de alimentos (cupones)
- WIC (Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños)
- Medicaid (seguro medico)
- Otro
- Ninguno de los anteriores

Sección 5: Educación/Información sobre Empleo

<p>Nombre de la madre o tutor: _____</p> <p>Último grado completado _____ GED _____</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial</p> <p><input type="checkbox"/> Empleador estacional <input type="checkbox"/> Temporario</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Nombre del Empleador</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Dirección</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Ciudad</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Teléfono</p>	<p>Nombre del padre o tutor: _____</p> <p>Último grado completado _____ GED _____</p> <p><input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado</p> <p><input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial</p> <p><input type="checkbox"/> Empleador estacional <input type="checkbox"/> Temporario</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Nombre del Empleador</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Dirección</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Ciudad</p> <p>_____</p> <p style="text-align: center;">Teléfono</p>
---	---

Alumno

Especificar:

Todo el año Tiempo completo (+12 horas p/semana) Medio tiempo (menos de 12 horas/crédito)

Escuela: _____

Nombre Dirección Teléfono

Sección 6: Información de la Vivienda

Tipo de vivienda:

_____ Casa rodante _____ Casa _____ Apartamento _____ Otro: _____

Usted:

_____ Alquila _____ Es propietario _____ Otro

_____ Período de tiempo que vive en la dirección actual

_____ Cantidad de veces que la familia se ha mudado en los últimos 12 meses

¿Ha estado sin vivienda en los últimos 12 meses? _____ sí _____ no

Sección 7: Otra Información

Marque todo lo que le corresponda.

_____ Problemas de maltrato/abuso en el hogar (por ej., hijo, cónyuge, drogas, alcohol, etc.)

_____ Padre/Madre está en Despliegue Militar

_____ El niño estuvo anteriormente inscrito en el Programa Head Start

_____ Un miembro de la familia está enfermo (por ej., depresión, ansiedad, esquizofrenia)

_____ Hubo un fallecimiento en la familia en los últimos 6 meses

_____ El niño tiene un hermano actualmente en el Programa Head Start

_____ El niño tiene el padre o la madre en prisión

_____ El padre o la madre sufre problemas de salud crónicos/discapacidad

¿Usted tiene alguna otra preocupación? _____

Sección 8: Firmas

A mi leal saber y entender, toda la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta.

Firma del padre, madre o tutor:

Fecha

Firma del asistente social de Head Start

Fecha