

Para ser completada por empleados de la agencia:

Applicant Name: _____

Date of Birth: _____ Due Date, If Pregnant: _____

Date: _____ Staff Name: _____

ChildPlus ID: _____ Family ID No: _____

___ Calvary ___ FCC-C ___ FCC-W ___ PL ___ RW ___ Wayne ___ WM

___ FMJ ___ CELA-A ___ CELA-B ___ PS4 ___ PS12 ___ PS14 ___ PS17

Approved By: _____ 2) _____ Date: _____ Ttl Points: _____

Información de Elegibilidad & Matricula

Elegibilidad

Término del Programa	Agencia	Status inicial	Fecha de estado
----------------------	---------	----------------	-----------------

Formas de Ceder Firmada	Fecha Firmada	El Niño(a) transición a
-------------------------	---------------	-------------------------

Si No

Preferencia de ubicación	Sitio	Sala de clase	Financiamiento
--------------------------	-------	---------------	----------------

1 - Primero

2 - Segundo

3 - Tercero

Notas de Inscripción

Fecha de Aplicación	Estado de aplicación	Numero de aplicación	Año de Participación
---------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Fecha de Elegibilidad	# de Personas en Familia	Ingresos Elegibles
-----------------------	--------------------------	--------------------

___ Adultos
___ Niños
___ Total Personas

Fecha de CACFP	Ingresos de CACFP	Por (por ejemplo, Semana, Mes, Año)	Estado de CACFP
----------------	-------------------	-------------------------------------	-----------------

Es él Niño(a) elegible para participar en el programa?	Tipo de entrevista de elegibilidad	Estado de los Ingresos	Documentación usada para determinar la elegibilidad
--	------------------------------------	------------------------	---

<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> En Persona <input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Sobre Ingresos <input type="checkbox"/> Asistencia Pública <input type="checkbox"/> Elegible (por debajo del 100%) <input type="checkbox"/> 101 – 130% <input type="checkbox"/> Niño Foster <input type="checkbox"/> Sin Hogar	<input type="checkbox"/> Formulario 1040 <input type="checkbox"/> Documentación de TANF <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Declaraciones escritas de los empleadores <input type="checkbox"/> Reembolso de cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Documentación de SSI <input type="checkbox"/> Formulario W-2 <input type="checkbox"/> Talon de pago <input type="checkbox"/> Otro
--	--	--	---

Documentación de Ingresos

Document Reviewed: IRS Transcript ___ Income Tax Return ___ W-2 ___ Pay Stubs ___ SSI ___ Foster Care ___ TANF ___ Unemployment ___ Assistance Letters ___ Employment Letters ___ No Income Documentation ___

Doy fe de que he examinado los documentos verificados anteriormente y certifico que la familia es elegible de acuerdo con las Regulaciones de Head Start y las Políticas de ERSEA. I attest that I have examined the documents checked above and certify that the family is eligible in accordance with Head Start Regulations and ERSEA Policies.

Staff Signature: _____ Date: _____

Información Adicional del Solicitante

Guardería/Preescolar Anterior: Nombre: _____ Cuánto Tiempo Asistió: _____

¿El niño recibe servicios especiales? Si No Tiene: IEP IFSP

¿Recibe o ha recibido alguna vez Servicios de Intervención Temprana? Si No

En caso afirmativo, ¿qué servicios se recibieron? _____

¿Tiene una afección médica? Si No Medicamentos Recetados: _____

¿Recibe terapia? Si No En caso afirmativo, ¿cuáles? Terapia de Lenguaje Terapia Ocupacional Fisioterapia Otro

¿Su hijo muestra alguno de los siguientes comportamientos?

Ansiedad por Separación Rabieta Dificultad para seguir rutinas Lastimarse a sí mismos o a otros Otros comportamientos

Información Adicional:

Año Académico 2022-2023

Información de Familia, Ingreso & Contactos

Información General										
Dirección de Residencia		Línea 2 de la dirección		Código Postal		Ciudad		Estado		Condado
Dirección Postal (si es diferente)		Línea 2 de la dirección		Código Postal		Ciudad		Estado		Condado
Número de Teléfono		Tipo (<i>Llene uno</i>)				Notas				
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro								
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro								
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro								
Estado de Padre/Madre (<i>Llene uno</i>)	Relación a los participantes	Lengua Principal en el Hogar	Adquiriendo/aprendiendo otro lenguaje además de inglés	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC	WIC ID (si applicable)	
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos			<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		

Información de Familia						
TANF			SSI			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Fecha de Verificación (<i>completado por agencia</i>)			Verificado por (<i>completado por agencia</i>)			
Miembro de Familia	Cantidad	Por (por ejemplo: semana, mes, año)	Cantidad Anual	Descripción (por ejemplo: SSI, Trabajo)	Verificación (por ejemplo: W2, Trozo de Cheque)	Notas
	\$		\$			
	\$		\$			
	\$		\$			

Notas de Ingresos

Contactos de Emergencia								
Contacto 1	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Ceder al Niño(a)	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección		Código Postal		Ciudad		Estado	
Contacto 2	Teléfono		Teléfono #2		Teléfono #3			
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo			
	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Ceder al Niño(a)	
Contacto 3					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Dirección		Código Postal		Ciudad		Estado	
	Teléfono #1		Teléfono #2		Teléfono #1			
Contacto 3	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo			
	Nombre		Relación al Niño(a)		Contacto de Emergencia		Ceder al Niño(a)	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Contacto 3	Dirección		Código Postal		Ciudad		Estado	
	Teléfono #1		Teléfono #2		Teléfono #1			
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo			

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto(a) a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será guardada en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible por mí durante las horas normales de negocio.

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) _____

Fecha _____

Firma del Empleado _____

Fecha _____

Información de Solicitante & Miembros de la Familia

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente
Cobertura de Salud Primaria		Otra Cobertura de Salud		# del Seguro	Medicaid		Número de Medicaid	Doctor/ Hogar Medico
					<input type="checkbox"/> No es Elegible			
					<input type="checkbox"/> On Medicaid			
					<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible			
Cobertura Dental			Número de Dental			Dentista/Hogar Dental		
Activo DCP&P: Y__ N__ Acogimiento: Y__ N__ Transporte: Y__ N__ Referido Por: _____								

Adulto Principal								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente
Nivel de Educación		Estado de Empleo			Relación al Niño(a)		Custodia	Escoja todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Asociado		<input type="checkbox"/> Grados 10		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrasto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura		<input type="checkbox"/> Grados 11		<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Titulo universitario/entrenamiento		<input type="checkbox"/> Grados 12		<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Otro pariente		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado		<input type="checkbox"/> < Grados 9		<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Adoptivo		Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED		<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento				
				<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
				<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				
Nombre De Empleador/Escuela: _____					Dirección de Email: _____			

Adulto Secundario								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	Identificación Alternativa
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente
Nivel de Educación		Estado de Empleo			Relación al Niño(a)		Custodia	Escoja todos los que apliquen:
<input type="checkbox"/> Asociado		<input type="checkbox"/> Grados 10		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo		<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrasto	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia
<input type="checkbox"/> Licenciatura		<input type="checkbox"/> Grados 11		<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo		<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica
<input type="checkbox"/> Titulo universitario/entrenamiento		<input type="checkbox"/> Grados 12		<input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada		<input type="checkbox"/> Otro pariente		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente
<input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado		<input type="checkbox"/> < Grados 9		<input type="checkbox"/> Desempleado		<input type="checkbox"/> Adoptivo		Sí, es Subvencionado?
<input type="checkbox"/> GED		<input type="checkbox"/> Graduado de secundaria		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo & Entrenamiento		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento				
				<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela				
				<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado				
Nombre De Empleador/Escuela: _____					Dirección de Email: _____			

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN	
Raza			Hispano		Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native		<input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Pobre		<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial				<input type="checkbox"/> Moderada		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro: _____					<input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Proficiente

* Si la familia tiene más de un niño(a) aplicando para servicios, por favor llene una copia de este formulario separado para cada solicitante.

Información familiar, continuación:

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Proficiente	

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Proficiente	

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Proficiente	

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	SSN
Raza		Hispano	Habilidad del Inglés		Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Americano Native	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Ninguna			<input type="checkbox"/> Ninguna	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre			<input type="checkbox"/> Pobre	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada			<input type="checkbox"/> Moderada	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Proficiente			<input type="checkbox"/> Proficiente	

Notas: _____
