Children Families Communities Staff
CAP, Inc. 0-5 Head Start
Gratiot, Ionia, Isabella, Montcalm (Clinton)

Early Head Start
Solicitud Para Inscripción
Programa para mujeres embarazadas e infantes hasta 3 años

Estoy solicitando para:
- ☐ Vista semanal al hogar
- ☐ Asistir al Centro
- ☐ Disponible primero (visita al hogar o asistir al centro)

Nombre del Adulto: _____ (*Nombre* / *Inicial* / *Apellido*) _____ (*Fecha de nacimiento*) ☐ Padre ☐ Madre ☐ _____ (*Otro*)

Dirección: _____ (*Calle*) _____ (*Apartamento #*) _____ (*Apartado*)

_____ (*Ciudad*) _____ (*Estado*) _____ (Código Postal) _____ (*País*)

_____ (*Teléfono 1*) _____ (*Teléfono 2*) _____ (*E-mail*)

Esta dirección es: ☐ Casa (apartamento) ☐ Casa de Amigo/Familia ☐ Motel/Albergue/Casa temporal

Lenguaje primario: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

¿Tenía usted menos de 20 años cuando tuvo su primer niño/niña? ☐ Si ☐ No

¿Está usted embarazada? ☐ Si ☐ No Si está, posible fecha de nacimiento: _____

¿Fue usted referida por (CPS, DHHS, WIC)? ☐ Si ☐ No Referido por: _____

¿Recibe su familia asistencia nutricional suplementaria (SNAP)? ☐ Si ☐ No

Ingresos de la familia: Elegibilidad es basada en la edad del niño, ingreso familiar, necesidad del niño, espacios disponibles.

	Ingreso Total	Período de Ingreso		Fuente de Ingreso (chequear lo aplicable)		
Padre 1	$	☐ Semanal ☐ Mensual	☐ Bisemanal ☐ Anual	☐ Empleo ☐ SSI	☐ Soporte niño ☐ SSD	☐ Soporte DHHS ☐ Otro: _____
Padre 2	$	☐ Semanal ☐ Mensual	☐ Bisemanal ☐ Anual	☐ Empleo ☐ SSI	☐ Soporte niño ☐ SSD	☐ Soporte DHHS ☐ Otro: _____

Niño 1: _____ (*Nombre* / *Inicial* / *Apellido*) _____ (*Fecha Nacimiento*) ☐ Niño ☐ Niña

Niño 2: _____ (*Nombre* / *Inicial* / *Apellido*) _____ (*Fecha Nacimiento*) ☐ Niño ☐ Niña

¿Alguno de los niños mencionados tiene una necesidad especial (IFSP) o visitador de hogar (Edad Temprana, visita de salud)? ☐ Si ☐ No Si la respuesta es Si: _____ Nombre del empleado/Agencia: _____

Otros miembros de la familia que viven en la casa:

Nombre	***Fecha de Nacimiento***	**En Relación a los Niños**

Haga notas adicionales en el reverso de esta hoja con respecto cambios, tamaño de la familia o cualquier otro asunto.

Yo certifico que la información dada es correcta en lo mejor de mi conocimiento. Autorizo la divulgación de esta información así como los archivos educativos entre EightCAP, Inc. 0-5 Inicio Temprano y cualquier escuela del distrito escolar.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Inicio a temprana Edad: **Early Head Start**
Fax: 616-754-9310
5827 Orleans Rd, Orleans, MI 48865
Email: deniseb@8cap.org
Aplicar en internet a: www.8cap.org
Phone: 866-754-9315 prensa 2

Programas financiados por el estado o gobierno federal no discriminan por razones de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad.

PARA USO DE LA OFICINA
May 2022 ja/ab Original-Central Office file | Reviewed by | Date | Inc. | Age