

Aplicacion de EightCAP, Inc. 0-5 Head Start Infant/Toddler
(CONDADOS DE CLINTON, GRATIOT, IONIA, ISABELLA Y MONTCALM)

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: hombre mujer
 Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: hombre mujer
 Adulto primario: _____ Fecha de Nacimiento: _____ relación: _____

Adulto Secundario: _____ Fecha de Nacimiento: _____ relación: _____

Condado: _____ Distrito de escuela en que usted vive: _____ Correo electrónico: _____

Dirreccion: _____
 (Calle) (Caja de O.P.) (Cuidad) (codigo postal)

Teléfono del Hogar: _____ Teléfono celular: _____ Teléfono mensajero: _____

¿Hay otros niños en el hogar menores de tres años? Si No Si si, nombre: _____ Fecha de nacimiento _____

¿Es/fue usted un padre o madre adolescente (menores de 20 años de edad)? Si No

¿Su hijo ha asistido a otro programa de Early Head Start? Si No Si si, donde? _____

¿Está esperando el nacimiento de un niño? Si No Si si, cuando? _____

Tiene su niño un IEP (Plan Individualizado de Educación) o es su niño con discapacidad? Si No

Es usted sin hogar (la falta de una residencia regular y adecuada en tiempo de noche)? Si No

¿Hay información adicional que se debe saber acerca de su familia (preocupaciones de los padres o de desarrollo, problemas de salud, desempleo, abuso de sustancias, etc)? (Si necesita más espacio para escribir, por favor, dale la vuelta y utilizar la parte posterior de esta aplicación)

Número de padres/guardians empleado? _____ tiempo lleno _____ tiempo parcial Número de padres / tutores en las fuerzas armadas? _____

¿Su familia recibe alguno de los siguientes: Asistencia de dinero Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) reembolso de Cuidado de día de Niños

Por favor circule la cantidad que mejor describe su ingreso familiar anual.	
\$0 – \$11,490	\$11,491-15,510
\$15,511 – \$19,530	\$19,531-23,550
\$23,551 – \$27,570	\$27,571– 31,590
\$31,591 – \$35,610	\$35,611–\$39,630
\$39,631 – \$43,650	\$43,651 o Mas

Numero de Miembros De Familia viviendo en su hogar?

¿Esta este Niño en Colocacion de Cuidadero de Crianza?
 Si
 No

Por Favor escoja qual oportunidad trabaja mejor para usted: Basado en Hogar (visitas de hogar semanales)

Basado en el Centro (disponible a padres jovenes o familias envueltos en CWS)

Esta es nada mas que una aplicación y no garantiza que su hijo se inscribió en un programa. La elegibilidad se basa en la edad del niño, ingresos familiares, necesidad del niño y cupos disponibles. Hay oportunidades basados en centros en Condados de Clinton, Gratiot, Isabella y Montcalm y oportunidades basado en hogar en Clinton, Gratiot, Ionia, Isabella y Montcalm. Por favor, escoja la mejor oportunidad que trabaja mejor para usted:

Por el presente comunicado de que esta información sea compartida entre EightCAP, Inc. Head Start 0-5, intermedias del Distrito Escolar Locales y la Educación especial de primera infancia en el condado donde resido. Mi firma verifica que la información anterior es correcta y verdadera según mi leal saber.

Firma de Padre/Guardia: _____ **Fecha:** _____

Por favor de regresarnos a: Infant Toddler Application Committee, 904 Oak Dr. – Turk Lake, Greenville, MI 48838

Para más información, llame (616)754-9315 o 1-866-754-9315, ext. 3369 or Michigan Relay Center: 1-800-649-3777 (Voz y para sordos)

¿Cómo se enteró acerca de su programa preescolar local?: Periódico Otro Padre Póster Sitio web EightCAP, Inc.
 Niño mayores que asistieron colocación de restaurante letrero de yarda colgada en la puerta Escuela primaria Otro:

Las programas financiado por el Estado y Federalmente no discrimina a nadie por su raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad, sino como prescrito por los pautas del programa.

PARA USO DE OFICINA Revisado por: _____ Fecha: _____ Inc: _____ Edad (of 12-1) _____

NOMBRE DEL NIÑO _____

CONDADO DE _____

NOMBRE DE PADRE(S) _____

Información necesaria

1. Es usted: soltero/a casado divorciado viuda/o separado/a
2. Cuánto educación ha completado? grado 6th grado 7th - 8th grado 9th - 10th 11th 12th Colegio
3. Tenias menor de 20 años cuando nació tu primer bebé?: si no
4. Has vivido en más de 2 hogares durante los últimos (3) años pasados?: si no
5. Alguien en su hogar alguna vez ha sido víctima de abuso físico/doméstico/sexual o negligencia?: si no
6. Vive usted en una zona de alto riesgo (alta pobreza, crimen o acceso limitado a los recursos críticos)?: si no
7. Tiene problemas su hijo sobre la pérdida de un padre por causa de muerte, divorcio, encarcelamiento, servicio militar o ausencia? : si no
8. Su hijo ha estado expulsado de un centro de cuidado infantil de niños?: si no
9. Su niño ha estado expuesto a una sustancia tóxica? : si no Si, sí cuál sustancia _____
10. En los últimos 2 años tu o miembros en la familia han:

Experimentado dificultades obtener servicios medicales?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Usado el sala de emergencias?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Recibido un aviso de corte de utilidad de un empresa?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Han estado alguna vez sin hogar?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Han estado sin calentador?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no
Han recibido despensa de comida?	<input type="checkbox"/> si	<input type="checkbox"/> no

Cuántas personas (en relación con el niño por sangre, matrimonio o adopción) viven en su hogar ?

Nombre:	Fecha de nacimiento:	Relación al niño:
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Relación al niño:
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Relación al niño:
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Relación al niño:
Nombre:	Fecha de nacimiento:	Relación al niño:

Las edades de sus **niños**: _____ 0-2años . _____ 3 años. _____ 4 años. _____ 5-12 años. _____ 13-17 años. _____ 18+ años.

Idioma primaria hablado en su hogar?: Inglés Español Otro _____

La información recopilada anteriormente se utiliza para ayudar a desarrollar una evaluación de necesidades comunitarias y ayudará a determinar la ubicación de su hijo en un Programa de la Niñez Temprana. Ninguna información personal nunca será compartida.