



2017-2018

Gracias por su interés en Head Start del Condado de Durham. Favor de llenar todos los datos de esta solicitud, sus respuestas determinarán el lugar que se le asignará a su hijo en la lista de espera. Todas sus respuestas son confidenciales y no se compartirán con nadie sin su consentimiento. Una vez que su solicitud sea procesada, se le notificará si su niño califica para el programa de Durham Head Start. Todos los niños que cumplan con los requisitos, serán colocados en una lista de espera, hasta que haya una vacante en nuestro programa. **Se aceptan solicitudes durante todo el año.**

Head Start es un programa completo de desarrollo infantil para niños elegibles de 3 a 5 años de edad, diseñados en colaboración con las familias y la comunidad para preparar a los niños para tener éxito en la escuela y en la vida. A los niños inscritos se les proporciona comida y merienda durante las horas del programa. Los padres participan y apoyan a sus hijos desde su inscripción hasta que se gradúan y son vistos como los primeros y los más importantes maestros en la vida de sus hijos.

**Usted puede enviar por correo, fax ó entregar esta solicitud con toda la documentación requerida en:
(podemos fotocopiar sus documentos en cualquiera de nuestras oficinas)**

**Durham Head Start
215 W. Seminary Ave
Durham, NC 27701**

**Leathers Meachem
908 Liberty Street
Durham, NC 27701**

Fax al 919-688-0237

Guarde esta página y contáctenos si envía un fax para asegurarse que hemos recibido su aplicación. Su aplicación será puesta en una lista de espera, siempre cuando todos los documentos requeridos sean sometidos. Las aplicaciones no serán procesadas hasta que todos los documentos estén completos. En caso de que su hijo sea elegido para el programa lo contactaremos por teléfono.

Para más información visite ó llame:

**Durham Head Start
215 W. Seminary Ave.
Durham, NC 27701
919-688-5541**

**Leathers Meachem CDC
908 Liberty Street
Durham, NC 27701
(919) 536-5560**

<http://www.chtop.org>



Materiales Requeridos para ser elegible

Copia del acta del nacimiento del niño

Copia de las vacunas más recientes

Prueba de Factores de Riesgo-Si Es Aplicable

- Documentos médicos comprobando toda situación crónica de salud
- Plan de servicios privados (terapias)
- Documentación acreditando una necesidad especial IEP/IFSP

Prueba de dirección (actualizada)

- Hipoteca de la casa, contrato de arrendamiento, recibos del agua, luz o gas, licencia de conducir, o una identificación con foto valida del estado de Carolina.
- En algunos casos si la familia está viviendo en el apartamento de alguien más, y no paga ninguna cuenta o no tiene ningún recibo de utilidades que llegue a su nombre; en esta circunstancias aceptaremos una carta del dueño o arrendatario del apartamento diciendo que la familia vive allí con ellos. Esta carta tendrá que estar acompañada con una copia del contrato de arrendamiento o un recibo de utilidades de la persona con la que usted viven.
- Copia del seguro medico del niño**

Prueba de TODOS los ingresos mensuales de la familia

Fuente de ingresos incluyendo:

- Colillas (talones) de cheque de todos los empleos que los padres o guardianes legales tengan, incluyendo posiciones a largo plazo temporales (trabajos de medio tiempo o ingresos del ejercito militar).
- Manutención para cualquier niño dentro de la casa
- Pensión de los padres /guardián legal
- SSA y/o SSI de los padres/guardián legal
- Cualquier cheque de discapacidad de los niños o padres/guardián legal
- Manutención por divorcio (alimony)
- Comisiones de venta
- Becas estudiantiles o préstamos estudiantiles
- Si los padres están estudiando, necesitan prueba de la inscripción de la escuela
- Formas de asistencia financiera
- Carta de empleador

Prueba de TODOS los ingresos anuales

Fuentes incluyendo:

- Carta de W-2 2016
- Copia de los impuestos ya preparados del 2016
- Forma 1099 para empleados independientes del 2016

Fecha de la aplicación: _____ Año escolar para el que aplica: _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO

_____/_____/_____
NOMBRE DEL NIÑO PARA QUIEN SE LLENA ESTA SOLICITUD Fecha de Nacimiento

GENERO: Masculino Femenino

DIRECCION DEL HOGAR CIUDAD/ESTADO CODIGO POSTAL

DIRECCION PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA (Si es diferente de la de arriba)

¿De qué raza considera usted a su hijo? (Marque todas las que apliquen):

- Indígena Americano ó de Alaska Asiático (País de Origen) _____ Negro ó Afroamericano
 Nativo de Hawái o Isleño Pacífico Blanco Otro (especifique): _____

¿De Qué Origen Étnico considera a su niño? (Marque solo una): De Origen Latino ó Hispano No Latino ó No Hispano

¿Quién está criando a este niño?

- Padres/Guardianes casados Padres/Guardianes sin Casarse que viven juntos
 Padre de familia/ guardián Soltero/Viudo/Separado/Divorciado (solamente uno de los padres/tutores está criando al niño)
 Padres de familia/guardianes divorciados ó separados (ambos padres de familia ó guardianes participan en la crianza del niño)

¿Qué tipo de seguro médico tiene el niño? Medicaid # _____ Health Choice Ninguno
 Otro _____

Esta este niño entrenado par air al baño solo? Si No

Esta usted aplicando por mas de un niño para este año escolar? No Si, nombre del niño: _____

IMPORTANTE: Recomendamos a las familias que nos envíen también una copia del examen médico más reciente de su hijo y de su cartilla de vacunas. Debemos tener copias de estos documentos para todos los niños aceptados. Por favor llámenos al 919-688-5541 si tiene problemas en obtenerlos.

Escriba el nombre, dirección y número de teléfono:

A dónde lleva a su hijo a recibir exámenes médicos/ vacunas? Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿A dónde lleva a su hijo al dentista? Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

¿A qué hospital lleva a su hijo en caso de emergencia? Nombre: _____

¿A dónde más lleva a su hijo a recibir otros cuidados de salud (favor de listarlos todos)?

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Nombre: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

NOMBRE DEL NIÑO PARA QUIEN SE LLENA SOLICITUD

_____/_____/_____
FECHA DE NACIMIENTO

Toda la Información en esta Solicitud es tratada de manera confidencial

INFORMACIÓN DE LOS PADRES Y FAMILIARES

	Padre, Madre ó Guardián Legal #1	Padre, Madre ó Guardián Legal #2 (Si aplica)
Nombre:		
Fecha de Nacimiento :		
Género:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
Parentesco con el Niño:	<input type="checkbox"/> Padre Biológico <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo ó Padrastro <input type="checkbox"/> Padre Temporal <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Pariente (Especifique)_____	<input type="checkbox"/> Padre Biológico <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo ó Padrastro <input type="checkbox"/> Padre Temporal <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Pariente (Especifique)_____
Custodia del Niño:	<input type="checkbox"/> Física (vive con él/ella) <input type="checkbox"/> compartida <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Física (vive con él/ella) <input type="checkbox"/> Compartida <input type="checkbox"/> Legal <input type="checkbox"/> Ninguna
Dirección del Hogar :		
Domicilio para correspondencia por correo si es diferente de la de arriba:	<input type="checkbox"/> Misma	<input type="checkbox"/> Misma
Número de Teléfono (el mejor para ser contactado Hogar/celular):		
Núm. de Teléfono del trabajo:		
Dirección de correo electrónico:		
Miembro del ejercito militar:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> retirado/pensionado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> retirado/pensionado
Tipo de Raza: (✓ todas las que apliquen)	<input type="checkbox"/> Asiático (País de origen):_____ <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico o Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):_____	<input type="checkbox"/> Asiático (País de origen):_____ <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico o Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):_____
Origen Étnico:	<input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latino <input type="checkbox"/> Latino/Hispano (País de Origen):_____	<input type="checkbox"/> No-Hispano/No-Latino <input type="checkbox"/> Latino/Hispano (País de Origen):_____
¿Qué Idiomas habla?:		
¿Qué Idioma se habla en casa principalmente?		
Conversación / escritura / lectura del Idioma Inglés	¿Qué tan bien habla usted el inglés? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> No mucho <input type="checkbox"/> Nada ¿Qué tan bien puede usted leer y escribir el inglés? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> No mucho <input type="checkbox"/> Nada	¿Qué tan bien habla usted el inglés? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> No mucho <input type="checkbox"/> Nada ¿Qué tan bien puede usted leer y escribir el inglés? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> No mucho <input type="checkbox"/> Nada
¿Cuál es su situación de empleo? (marque todas las que apliquen)	<input type="checkbox"/> Tiempo completo (30+ hrs) <input type="checkbox"/> Medio tiempo (29 hrs o menos) <input type="checkbox"/> Actualmente buscando empleo <input type="checkbox"/> Soy mi propio jefe (especifique)_____ <input type="checkbox"/> No puedo trabajar debido a una incapacidad <input type="checkbox"/> Dedicado al Hogar <input type="checkbox"/> Desempleado ó Retirado <input type="checkbox"/> En capacitación para ser empleado:_____	<input type="checkbox"/> Tiempo completo (30+ hrs) <input type="checkbox"/> Medio tiempo (29 hrs o menos) <input type="checkbox"/> Buscando empleo activamente <input type="checkbox"/> Soy mi propio jefe (esplique)_____ <input type="checkbox"/> No puedo trabajar debido a una incapacidad <input type="checkbox"/> Dedicado al Hogar <input type="checkbox"/> Desempleado o Retirado <input type="checkbox"/> En capacitación para ser empleado:_____
¿Proporciona Apoyo financiero para el niño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Grado Escolar Completado (marque y circule el correspondiente):	<input type="checkbox"/> No fui a la escuela <input type="checkbox"/> Primaria 1° 2° 3° 4° 5° 6° <input type="checkbox"/> Secundaria: 1° 2° 3° <input type="checkbox"/> Preparatoria 1° 2° 3° <input type="checkbox"/> Universidad? 1 2 3 4 5+	<input type="checkbox"/> No fui a la escuela <input type="checkbox"/> Primaria 1° 2° 3° 4° 5° 6° <input type="checkbox"/> Secundaria: 1° 2° 3° <input type="checkbox"/> Preparatoria 1° 2° 3° <input type="checkbox"/> Universidad? 1 2 3 4 5+
Certificado recibido de Estudios:	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Preparatoria/Bachillerato <input type="checkbox"/> Carrera Técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno de estos	<input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Preparatoria/Bachillerato <input type="checkbox"/> Carrera Técnica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Ninguno de estos

_____/_____/_____
NOMBRE DEL NIÑO PARA QUIEN SE LLENA SOLICITUD

_____/_____/_____
FECHA DE NACIMIENTO

**PARTICIPACION DE LOS HOMBRES –
 SOLO APLICA A LOS NIÑO (A) S DE Head Start**

Durham Head Start puede mandar información sobre actividades del centro a cualquier modelo masculino significado (*padre, tío, abuelo, primo, amigo, etc...*) en la vida de su hijo? Si _____ No _____ Iniciales _____

Sí si, favor de completar el siguiente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código: _____

Cualquier es el mejor número para contactarlo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Información Adicional de la Familia y el Hogar

¿La madre de este niño está embarazada? Si No ¿Cuántas personas en total viven en su hogar, incluyéndose usted? _____

Escriba el nombre de todas las personas que viven en el hogar con este niño: (Hermanos, Tíos, Abuelos, primos, amigos, no familiares, etc., adjunte una hoja adicional de ser necesario):

NOMBRE	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el Niño	¿Habla Inglés?	Esta persona es mantenido(a) económicamente por el/los padre(s) ó tutor(es) del Niño?
				NIÑO (A) APLICANTE	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN DE VIVIENDA

Esta su familia en alguna de la siguientes situaciones?

1. ¿Cuántas veces a cambiado de vivienda durante el último año? _____
2. Como describes su situación actual de vivienda: Segura y adecuada para mí y mis hijos Estamos muy amontonados (muchos)
 Insegura Inestable (me tengo que mudar pronto) Otro: _____
3. Su vivienda actual es temporal o de paso? Si No
4. Esta vivienda temporal es debido a la pérdida de su vivienda, o problemas económicos? Si No **(Si usted contesto si Esta usted viviendo alguna de estas situaciones:**
5. Compartiendo su vivienda con otras personas debido a la pérdida de su vivienda, problemas económicos o una razón similar?
 Si No (especifique por cuánto tiempo) _____
6. Su Familia vive en una vivienda pública, hogar de paso, o no ha tenido un lugar regular para dormir en los últimos 12 meses?
 Si No (especifique por cuánto tiempo) _____
7. Ha vivido en una casa Rodante/Tráiler sin agua o electricidad o en un edificio abandonado?
 Si No (especifique por cuánto tiempo) _____

INFORMACIÓN DE APOYO FINANCIERO Y DE EMPLEOS

¿Su familia recibe alguno de los siguientes servicios ó ayuda? (Marque todos los que apliquen):

- Medicaid/Medicare Estampillas de Comida WIC Asistencia para el pago de Alquiler
- SSI para _____ SSA para _____ Work First/TANF Desempleo
- Manutención (Child Support) Depto. de Servicios Sociales – Subsidio de Cuidado Infantil
- DSS Foster Care: Nombre del Trabajador de Foster Care en DSS _____

¿Recibe beca para subsidio de guardería de CCSA ó DSS (Departamento de Servicios Sociales)? Si. No

Si contestó que sí, ¿Para qué niños recibe esta beca? _____

¡Su solicitud no podrá ser procesada si no entrega sus comprobantes de ingresos!

**Por favor anote otras cantidades monetarias que reciban los padres/guardianes y entregue comprobantes para cada cantidad:
Escriba N/A si no aplica para usted.**

Manutención (de todos sus hijos): Cantidad mensual \$ _____	Pagos por Adopción Temporal: Cantidad mensual \$ _____
Work First/TANF: Cantidad mensual \$ _____	Ingreso Suplemento del Seguro Social (SSI): Cantidad mensual \$ _____
Beneficios del Seguro Social (SSA): Cantidad mensual \$ _____	Subsidio estudiantil, Becas de escuelas etc: \$ _____
Desempleo: Cantidad mensual \$ _____	Salario _____ Cantidad mensual \$ _____
Retiro o pensión: Cantidad mensual \$ _____	Otro _____ Cantidad mensual \$ _____

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Liste 3 personas que podríamos contactar en caso de emergencia:

NOMBRE	NUMERO DE TELEFONO	DIRECCION COMPLETA	RELACION

Recuerde: Toda la Información proporcionada se mantendrá de manera estrictamente confidencial de acuerdo a la política de nuestro programa.

¿Este niño ha participado en Early Head Start ó Head Start anteriormente? Sí No ¿Cuándo? _____

¿Alguna vez ha asistido este niño a alguna guardería ó lo han cuidado en algún lugar diferente a su hogar? Si No

De ser así, ¿dónde? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿El niño asiste todavía a este programa de cuidado infantil? Si No

¿Su hijo tiene algún hermano que esté inscrito actualmente Head Start? Sí No

¿Su hijo nació a las 34 semanas ó menos ó pesó menos de 3 lbs. y 4 oz. Cuándo nació? Sí No

De ser así, ¿a las cuántas semanas nació? _____ ¿Cuánto pesó al nacer? _____

¿Su hijo padece de alguna enfermedad crónica ó es médicamente frágil? Favor de explicar: _____

Marque todas las condiciones que apliquen las cuales sean importantes en caso de una emergencia: Si ninguna aplica para usted ponga N/A

Asma Diabetes Convulsiones otro: _____

Alergias a picaduras _____ Alergia a comidas _____ Alergia a medicamentos _____

NOTA: Un plan de acción se requiere para todas las condiciones medicas marcadas (✓) y todas las alergias que sean listadas necesitan ser comprobadas y documentadas por el doctor de su hijo.

¿Le ha expresado alguna persona preocupación ó le ha recomendado algún servicio basado en la salud, aprendizaje, desarrollo ó comportamiento de este niño?

No Sí, miembro de la familia Sí, Pediatra/un profesional del cuidado de la salud: _____

Si, Maestro Si, Coordinador del Servicio de Niño u otro trabajador social: _____

Si, Yo tengo preocupaciones

Si contesto sí, por favor explique esas preocupaciones: _____

¿Este niño tiene historial de comportamiento problemático y preocupaciones socio-emocionales? No Si,

Si es así, favor de explicar: _____

¿Alguna vez ha recibido este niño alguna evaluación o examen de desarrollo debido a preocupaciones acerca de su comportamiento, salud ó desarrollo o por servicios de intervención temprana ó educación especial?

No Si, Educación Excepcional Pre-escolar (IEP) del sistema escolar del Condado de Durham

Si, CDSA (Programa de Bebés-Niños Pequeños) Si, Pediatra/Doctor Si, Hospital ó Clínica

Si, Psicólogo ó Trabajador Social Si, CC4C /Depto. de Salud Si, CIDD o TEACCH

Si, Agencia de Terapia Privada Si, otro: _____

Si contestó que Si, ¿El resultado de la evaluación indicó que su hijo calificó para recibir Servicios de Intervención temprana (IEP)? Si No No estoy seguro

De ser así, por favor marque todos los servicios que el niño recibe:

Coordinación de Servicios Terapia del Habla Terapia Ocupacional Terapia Física

Educación/Instrucción Especial Apoyo/Consulta del Comportamiento

¿Tiene este niño actualmente un IEP (Plan de Educación Individualizado—Servicios con el Sistema Escolar)?

Si No No estoy Seguro

Si su hijo tiene un IEP favor de adjuntar una copia a esta solicitud

Importante: Nosotros seleccionamos a los niños basados en sus necesidades. Comprendemos que las siguientes preguntas son delicadas. Su honestidad al contestar las siguientes preguntas nos ayudará a procesar mejor la aplicación de su hijo para recibir nuestros servicios. Toda la información será confidencial.

- Sí No En el último año, ¿Tuvo problemas para cubrir las necesidades básicas de su hijo: vivienda, salud, y /o comida?
de ser así, ¿qué tipo y con qué frecuencia? _____
- Sí No ¿Usted o su hijo han sido testigos del abuso de alcohol o drogas en su casa?
- Sí No ¿Este niño ha sido testigo de violencia doméstica (física, emocional o verbal) en su casa?
- Sí No ¿Algún familiar que vive en su casa, tiene una discapacidad?
De ser así, ¿Qué tipo de
discapacidad? _____
- Sí No ¿Alguno de los padres sufren de alguna enfermedad mental?
Especifique _____
- Sí No ¿Este niño ha perdido a alguno de sus padres debido a: **Marque todos los que apliquen a usted.**
 muerte encarcelamiento deportación separación abandono removido de su hogar
- Sí No ¿Alguno de sus hijos ha experimentado abuso ó negligencia?
- Sí No ¿Alguna vez ha perdido la custodia de su hijo ó lo ha colocado en otro hogar voluntariamente?
- Sí No ¿Usted ó su niño se sienten aislados ó tienen muy poca oportunidad de relacionarse con otras personas?
- Sí No ¿Ha tenido problemas serios recientemente, que han causado estrés en su familia? Si contestó que sí, por favor
Especifique: _____

Favor comparta cualquier otra información que crea que Durham Head Start deba considerar al momento de procesar la solicitud que está llenando para que su hijo reciba

Por favor, díganos cómo se enteró acerca del programa de Head Start del Condado de Durham. Esto nos ayudará a saber cuáles son las mejores maneras de darnos a conocer a las familias de nuestra comunidad (marque todas las opciones que apliquen):

- Vi un volante/aviso/poster Un amigo/vecino/familiar Por alguien que trabaja con mi familia Una de las oficinas en las que recibo servicios: cual agencia? _____
- Otro: _____

NOTA: El hecho de que usted califique para DHS no resultará en la pérdida de los servicios de apoyo que usted ya está recibiendo.

Por favor escriba los nombres de las agencias comunitarias que proveen servicios a su hijo ó a su familia:

Yo certifico que toda la información, incluyendo los ingresos entregados para esta aplicación son verdaderos y reales dentro de lo mejor de mis conocimientos. Si alguna de esta información es falsa, mi participación en el programa de esta agencia será terminada inmediatamente y podre verme sujeta (o) a acciones legales. Yo también entiendo que la información en esta aplicación se mantendrá confidencial en nuestra agencia y estará accesible a su disposición durante nuestras horas normales de servicio.

Firma del padre o guardián legal

_____/_____/_____
fecha

CUAL ES EL SIGUIENTE PASO....

Su aplicación será puesta en nuestra lista de espera una vez que todos los documentos requeridos hayan sido recibidos por nuestra agencia. En caso de que tengamos un espacio en nuestro programa para su hijo lo estaremos llamando por teléfono con usted de inmediato. Es muy importante que podamos localizarlo para que su hijo no pierda el espacio que le ofreceremos. Por favor anote los datos de otras personas que nos puedan ayudar a localizarlo, en caso de que no podamos contactarlo.

Nombre

Número de Teléfono

Parentesco/Relación

Nombre

Número de Teléfono

Parentesco/Relación

Por favor llámenos si su dirección, número de teléfono o ingresos o cualquier información de la familia cambia.

FOR OFFICE USE ONLY:

Applicant interviewed by (Name of Staff):