

**Escuelas del Condado De Polk**  
**SOLICITUD DE SERVICIOS HEAD START**  
**AÑO ESCOLAR 2014-2015**

USO PARA LA OFICINA SOLAMENTE

Favor de contestar todas las preguntas para evitar que se retrase el procesamiento de su solicitud

Child Plus ID #

<b>ESCUELA ELEGIDA</b>	<b>1RA Elección</b>	<b>2da Elección</b>
------------------------	---------------------	---------------------

**Solicitante (niño solicitando los servicios)**

Nombre	Segundo Nombre o Inicial	Apellido	Fecha de Nac.	Sexo	Núm. de Seguro Social
			/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /
Hispano/Latino	Raza	Idioma Principal Hablado			Hijo de Crianza (foster child)
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Nativo americano/Alaska <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Haitiano Criollo <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro _____			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cobertura Primaria de Salud	Nombre del Médico	Cobertura Dental	Nombre del Dentista		
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Florida Kidcare (CHIP) <input type="checkbox"/> Ninguna		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**Padre 1 (Primario)  Sí  No**

Nombre	Apellido	Fecha de Nac.	Sexo	
		/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Hispano/Latino	Raza	Idioma Principal Hablado	Grado Escolar Más Alto Completado	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo americano/Alaska <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Haitiano Criollo <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Grado 9 o más bajo <input type="checkbox"/> Graduado Escuela Superior <input type="checkbox"/> Técnico / comercio <input type="checkbox"/> Grado 10 u 11 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Otro _____	

Estatus de Empleo	Matriculado en una escuela	Relación del Niño con el adulto	Custodia	Provee Apoyo Financiero
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Desempleado – ¿Cuánto tiempo? _____ <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado <input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> De crianza (Foster) <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino/a <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Padre 2 (Secundario) / ¿Reside con la familia?  Sí  No**

Nombre	Apellido	Fecha de Nac.	Sexo	
		/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Hispano/Latino	Raza	Idioma Principal Hablado	Grado Escolar Más Alto Completado	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo americano/Alaska <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Multi-Racial <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Haitiano Criollo <input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Grado 9 o más bajo <input type="checkbox"/> Graduado Escuela Superior <input type="checkbox"/> Técnico / comercio <input type="checkbox"/> Grado 10 u 11 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grado Asociado <input type="checkbox"/> Otro _____	

Estatus de Empleo	Matriculado en una escuela	Relación del Niño con el adulto	Custodia	Provee Apoyo Financiero
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Desempleado – ¿Cuánto tiempo? _____ <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado <input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> De crianza (Foster) <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrino/a <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Miembros de la Familia y Personas adicionales residiendo con el niño (No incluya al Solicitante, Padre 1 y Padre 2)**

Nombre / Apellido	Fecha de Nac.	Sexo	Núm. de Seguro Social	Raza	Hispano	Idioma	Relación con Adulto Primario
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	/ /		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Número Total en la Familia (Cuéntese usted mismo y a todos los miembros de la familia que son mantenidos con el ingreso de los padres)	Número Total en el Hogar Familiar	¿Tiene su hijo transportación para la escuela? (Head Start no provee transportación)
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Dirección Residencial	# de Apt. o Lote	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección Postal (si es diferente)	# de Apt. o Lote	Ciudad	Estado	Código Postal

## Información Familiar, Ingreso, Contactos & Información del Niño

Información Familiar						
Números de Teléfono	Tipo (marque todos los que apliquen)					
Padre 1	<input type="checkbox"/> Celular (____) _____ - _____		<input type="checkbox"/> Hogar (____) _____ - _____		<input type="checkbox"/> Correo Electrónico _____	
Padre 2	<input type="checkbox"/> Celular (____) _____ - _____		<input type="checkbox"/> Hogar (____) _____ - _____		<input type="checkbox"/> Correo Electrónico _____	
Estatus de los Padres (marque uno)	Estatus Marital (marque uno)	Familia Sin Hogar ¿Cuánto tiempo? _____	Familia Militar	Referido por Agencia de Bienestar del Niño	Recibe SNAP (Estampillas Alimentos)	WIC
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Pareja	<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
TODA el Ingreso Familiar DEBE ser REPORTADO (marque cada encasillado)						
TANF	Ingreso Suplementario de SS (SSI)	Cuidado de Crianza (Foster)	Manutención de Menores Fecha que comenzó _____	Seguro Social (Retiro, Discapacidad, Sobrevivientes, Dependientes)	Desempleo Fecha que comenzó _____	Pago DCF
<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	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información de Salud del Niño y Preocupaciones del Desarrollo						
¿Ha sido el niño hospitalizado u operado alguna vez?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, Cuando & Explique			
¿Tiene el niño alguna condición médica actual? (Ej.: asma, problemas del corazón, eccema, diabetes, bronquitis, convulsiones, leucemia, dislexia, autismo, etc.)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, Indique & Explique		
¿Alguna preocupación acerca de la salud general y el desarrollo del niño? (Por ejemplo: alergias, lesiones, habla, audición, visión, alergias, etc.)			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es así, Indique & Explique		
¿Tiene el niño un Plan Educativo Individualizado (IEP)? (Documento escrito de las necesidades y objetivos educativos del niño)					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
CERTIFICACIÓN (CERTIFICO Y ENTIENDO LO SIGUIENTE)						
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Certifico que todos los ingresos se han informado y la información provista en esta solicitud es exacta y veraz de acuerdo a mi mejor conocimiento. Falsificar información puede resultar en la terminación del programa de Head Start.</li> <li>• Entiendo que todos los documentos requeridos deberán adjuntarse a la solicitud para ser procesados y que mi hijo/a/s no puede/n ser considerado/a/s para servicios de Head Start, sin todos los documentos e información.</li> <li>• Entiendo que esta información puede ser compartida con otros Programas Preescolares dentro del Distrito Escolar del Condado de Polk, para que a mi/s hijo/a/s puedan ofrecerle/s otros servicios.</li> <li>• Entiendo que seré responsable del transporte de mi hijo/a hacia la escuela y de la escuela.</li> </ul>						
Firma del Padre/Encargado:					Fecha:	
Nombre del Padre/Encargado: en Letra de Molde					Fecha	
PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE (OFFICE USE ONLY)						
Application received by: _____			Signature of Head Start Staff		_____ Date	
Application entered by: _____			Signature of Head Start Staff		_____ Date	
Staff or relative application reviewed by management: _____			Signature of Management		_____ Date	