



Head Start - Early Head Start - Preescolar Estatal de LACOE

SOLICITUD PARA OBTENER SERVICIOS (PARTE 1 DE 2)



ID DE CHILD PLUS (SOLICITANTE):

A. INFORMACIÓN GENERAL

Agencia	Nombre de la Escuela	Fecha de la Solicitud	Recomendado Por

B. MIEMBROS DE LA FAMILIA

Número de Personas en la Familia	Fecha de Nacimiento	Parentesco al Solicitante
----------------------------------	---------------------	---------------------------

B1. PADRE/TUTOR A		
-------------------	--	--

ESTADO DE EMPLEO	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Está en Casa <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabaja por su Cuenta				
------------------	---	--	--	--	--

MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN	<input type="checkbox"/> Tiene la Patria Potestad del Solicitante <input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Es Padre Adolescente		
-------------------------------	--	--	--

EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/> No se Graduó de la Preparatoria (Nivel más alto _____) <input type="checkbox"/> Graduado de la Preparatoria	
	<input type="checkbox"/> Algo de Universidad, Título Especializado o Diplomatura <input type="checkbox"/> Licenciatura o Título Superior	

B2. PADRE/TUTOR B		
-------------------	--	--

ESTADO DE EMPLEO	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Está en Casa <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Trabaja por su Cuenta				
------------------	---	--	--	--	--

MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN	<input type="checkbox"/> Tiene la Patria Potestad del Solicitante <input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Es Padre Adolescente		
-------------------------------	--	--	--

EDUCACIÓN	<input type="checkbox"/> No se Graduó de la Preparatoria (Nivel más alto _____) <input type="checkbox"/> Graduado de la Preparatoria	
	<input type="checkbox"/> Algo de Universidad, Título Especializado o Diplomatura <input type="checkbox"/> Licenciatura o Título Superior	

B3. Miembros de la Familia Adicionales (Adjunte Otra Hoja si es Necesario)	Fecha de Nacimiento	Parentesco al Solicitante
--	---------------------	---------------------------

C. SOLICITANTE (EL NIÑO O LA MADRE EMBARAZADA QUIÉN ESTÁ SOLICITANDO LOS SERVICIOS)

Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Raza	Etnia	Seguro Médico Principal
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> De Dos/Múltiples Razas <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Origen Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Origen No-Hispano o No-Latino	<input type="checkbox"/> Medicaid (Medical) <input type="checkbox"/> SCHIP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____

Domicilio Dónde Vive	Línea 1 Para su Domicilio	Código Postal	Ciudad	Estado

Domicilio de Correspondencia (Si Difiere)	Línea 1 Para su Domicilio	Código Postal	Ciudad	Estado

Número de Contacto	Tipo (Indique Uno)	Número Alterno	Tipo (Indique Uno)
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro

Dirección de Correo Electrónico	Estado Parental
	<input type="checkbox"/> Un Padre de Familia <input type="checkbox"/> Dos Padres de Familia

Idioma Principal de la Familia en Casa (Elija Uno)
--

<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Idiomas Originarios de Centro o Sud América y México <input type="checkbox"/> Idiomas del Caribe <input type="checkbox"/> Idiomas del Medio Oriente o de Sud Asia <input type="checkbox"/> Idiomas de Asia Oriental	<input type="checkbox"/> Idiomas de Los Indios Americanos/Nativos de Alaska <input type="checkbox"/> Idiomas de Las Islas del Pacífico (ej. Palauano, Fijian) <input type="checkbox"/> Idiomas Europeos/Eslavos <input type="checkbox"/> Idiomas Africanos <input type="checkbox"/> Otro (ej. Lenguaje Pos Señas): _____
--	--

¿Cuál es el Idioma Principal del Solicitante? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Idioma Asiático <input type="checkbox"/> Otro: _____
--

¿Cuál Idioma le Hablan al Niño sus Padres/Personas Encargadas? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Idioma Asiático <input type="checkbox"/> Otro: _____



Head Start - Early Head Start - Preescolar Estatal de LACOE

SOLICITUD PARA OBTENER SERVICIOS (PARTE 2 DE 2)



D. ELEGIBILIDAD

D1. Cuestionario Sobre la Residencia Familiar

EL NIÑO VIVE CON 1 Padre o Tutor 2 Padres o Tutores 1 Padre & Otro Adulto Un Familiar
 Un Adulto (No es el Padre o el Tutor) Otro: _____

SITUACIÓN DE VIVIENDA DE LA FAMILIA (MARQUE TODOS LOS QUE APLIQUEN)

Ninguna de Estas Opciones Programa de Vivienda Provisional Nombre: _____
 Alberque Nombre: _____ Otros lugares que no han sido diseñados para o que se utilicen
 Motel/Hotel Nombre: _____ regularmente por humanos para dormir (explique)
 Alquila una Habitación (SRO)

Está en uno de los siguientes debido a la falta de vivienda, dificultades financieras, o perdió su vivienda:

Automóvil, Casa Movable, Acampamento Alquila una Casa Movable, una Casa Rodante en Propiedad Privada Alquila una Cochera
 La Casa o Apartamento de Otra Familia Con Otro Adulto (No es el Padre ni Tutor Legal)

D2. Elegibilidad por Edad

D3. Elegibilidad por Categorización (Si no es Elegible por Categorización, debe Completar la Sección D4)

COMPROBANTE DE LA FECHA DE NACIMIENTO

Acta de Nacimiento
 Pasaporte
 Certificado de Bautizo
 Otro: _____

Si la familia es elegible por categorización, elija una de las casillas a continuación y adjunte la documentación apropiada. *La documentación debe ser reciente (no más de seis meses de vigencia de la fecha en la que solicitó los servicios) para poder mostrar que la familia recibe los servicios.*

TANF/CalWorks Seguridad de Ingreso Suplementario Sin Hogar Familia de Crianza

Nota: Si la familia es elegible por categorización, no complete la sección D4 de elegibilidad de ingresos de este formulario.

D4. Elegibilidad de Ingresos

Padre/Tutor A:

Oficio: _____ Años que lleva trabajando con este empleador: _____

Columna A Actual y Hasta la Fecha	Columna B Periodo Representado / Tipo de Documentación de Ingresos	Columna C Anterior	Columna D Periodo Representado / Tipo de Documentación de Ingresos

Total de Los Ingresos del Padre/Tutor A: \$

Padre/Tutor B:

Oficio: _____ Años que lleva trabajando con este empleador: _____

Columna A Actual y Hasta la Fecha	Columna B Periodo Representado / Tipo de Documentación de Ingresos	Columna C Anterior	Columna D Periodo Representado / Tipo de Documentación de Ingresos

Total de Los Ingresos del Padre/Tutor B: \$

Total de Los Ingresos Familiares (Padre/Tutor A + Padre/Tutor B): \$

E. CRITERIO PARA LA SELECCIÓN

Estado de Discapacidad	Estado del Solicitante (Marque Todos los que Apliquen)	Crisis (Marque Todos los que Apliquen)	Padre/Tutor (Marque Todos los que Apliquen)
<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> RTI <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> Se Sospecha	<input type="checkbox"/> Estudiante que hará la Transición de EHS <input type="checkbox"/> Estudiante que va a Volver por otro año <input type="checkbox"/> 5 Años de Edad - no hay un Kínder Disponible <input type="checkbox"/> Fue Recomendado por una Agencia	<input type="checkbox"/> Servicios de Protección al Menor <input type="checkbox"/> Un Padre está Encarcelado <input type="checkbox"/> Abuso Doméstico <input type="checkbox"/> Hay un Caso con DCFS	<input type="checkbox"/> En el Ejército <input type="checkbox"/> Mamá Embarazada <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Abuelo
Criterio Adicional (Proveniente de la Página 1)	Estado Parental (Un Padre, Padre Adolescente)	Seguro Médico (No Tiene Seguro)	
	Educación del Padre (Nivel Académico y Estado del Estudiante)	Está Aprendiendo dos Idiomas	

Notas / Aclaraciones / Circunstancias Especiales de la Solicitud:

Certifico que la información referente a la familia, sus ingresos y el número de personas en esta familia indicado anteriormente es verídica y correcta.

Yo he revisado la documentación y aseguro que la información es verídica y correcta a mi leal saber y entender.

Firma del Padre/Tutor o Cliente	Fecha	Firma del Personal de Head Start	Fecha