

APLICACIÓN PARA MATRÍCULA

(Si tiene preguntas ó necesita ayuda para completar la aplicación, por favor contacte el centro más cercano a usted.
Esta aplicación también está disponible en español y puede estar disponible en cualquier otro lenguaje.)

Por favor marque el turno de su preferencia: Arvada / Wheat Ridge **Por favor marque el horario de su preferencia:** AM / PM / Full Day

INFORMACIÓN DEL NIÑO/A

Nombre del Menor, Segundo nombre y Apellidos: _____ Como se le llama al niño/a (Apodo): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: FEMENINO MASCULINO Lenguaje primario: _____
Nacionalidad/País de Origen: _____ Lenguaje secundario: _____

Raza: (Marque todas las que apliquen)

Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano Multi-Racial/Bi-Racial Hawaiano/Isleño del Pacífico
 Otro: (por favor especifique) _____ Blanco Hispano Si No

Seguro Médico: (Marque todas las que apliquen) Medicaid CHP+ Privado Otro Pendiente Ninguno **NÚMERO:** _____

Médico Primario del Menor: _____ **Dentista Primario del Menor:** _____
Dirección/Número de Teléfono: _____ **Dirección/Número de Teléfono:** _____

¿A su mejor conocimiento, presenta su niño/a alguno de los siguientes? (Marque todas las que apliquen)

IEP (Plan Individualizado Educativo) IFSP (Plan Individualizado de Servicios Familiares) Diagnóstico Médico: _____ NA

Si contestó SI a alguna, por favor anote el nombre de la agencia que provee los servicios _____

Si su niño está recibiendo servicios, le gustaría que su niño/a reciba servicios para alguno de los siguientes? (Marque todas las que apliquen)

Problemas de Visión/Lentes Atraso en el desarrollo Restricción de alimento/s: _____ Autismo Problemas del Habla/lenguaje Asma
 Problema de Audición Problema de Conducta/Emocional Problema de Aprendizaje Alergias: _____ Preocupaciones de salud: _____ Ninguno

Su dirección actual en el Condado de Jefferson: (Para Lakewood por favor contacte el Head Start de Lakewood)

Dirección de correo si es diferente de la dirección del hogar:

Por favor provea TODOS los números telefónicos actuales y su correo electrónico:

Hogar: _____ Trabajo: _____

Celular: _____ Correo electronico: _____

¿Cómo prefiere que le contactemos? (Marque todas las que apliquen)

Teléfono Correo Correo Electronico

Estado Paterno-filial: (Marque todas las que apliquen) Un padre/madre Dos padres Padre/Madre Adoptivo Abuelo/a/Familiar

Vivienda: (Marque todas las que apliquen) Hogar propio Renta Vivienda Pública (Sección 8, Subsidiado, etc)

No realizan pagos Viven con familiar Sin Hogar (Automóvil, Refugio, Motel/hotel)

Usted fue referido a Head Start por: _____

Por favor marque todos los servicios que su familia está recibiendo actualmente: TANF CCCAP Estampillas de Alimentos SSI WIC (ID #: _____)

Pensión Alimenticia Caso Abierto con la Oficina de Niños/Jóvenes y Adultos (Caso Abierto con Asistencia Pública de Niños ó Protección de Menores) Otro: _____ NINGUNO

INFORMACIÓN DE LA MADRE/GUARDIÁN LEGAL

NOMBRE: _____ **FDN:** _____

Nacionalidad/ País de Origen: _____

Raza/Etnicidad: (Marque todas las que aplican)

Raza: (Marque todas las que apliquen)

- Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano
 Multi-Racial/Bi-Racial Hawaiano/Isleño del Pacífico
 Otro: (por favor especifique) _____ Blanco
 Hispano Si No

Grado escolar más alto completado: (Marque todas las que apliquen)

- Grado 9 o menor Grado 10 Grado 11 Grado 12 GED (Equivalencia)
 Graduado de Escuela Superior Grado de Colegio/Certificación de Entrenamiento
 Colegio o Entrenamiento Avanzado Grado Asociado
 Bachillerato Maestría (o mayor)

Situación de Empleo: (Marque todas las que aplican)

- Trabajo a tiempo completo y entrenamiento
 Trabajo a tiempo completo (35 horas a la semana ó más)
 Trabajo a tiempo parcial y entrenamiento
 Trabajo a tiempo parcial (menos de 35 horas a la semana) Retirado o Discapacitado
 Empleo de Temporadas Entrenamiento o Escuela Desempleo (en búsqueda de empleo)
 No Empleado (se mantiene en el hogar)

Relación del menor con este individuo: (Marque todas las que aplican)

- Madre natural Adoptiva Hijastro/a Hogar sustituto Nieto/a
 Sobrina/Sobrino Otro: _____

- 1) ¿Vive el menor con usted? Si No A tiempo parcial
 2) ¿Provee usted apoyo financiero al niño/a de Head Start? Si No Parcial
 3) ¿Tiene usted la misma dirección de hogar y de correo que el menor? Si No
 Si marcó No, puede proveer la dirección suya actual:

INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIÁN LEGAL

NOMBRE: _____ **FDN:** _____

Nacionalidad/ País de Origen: _____

Raza/Etnicidad: (Marque todas las que aplican)

Raza: (Marque todas las que apliquen)

- Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático Negro/Africano Americano
 Multi-Racial/Bi-Racial Hawaiano/Isleño del Pacífico
 Otro: (por favor especifique) _____ Blanco
 Hispano Si No

Grado escolar más alto completado: (Marque todas las que apliquen)

- Grado 9 o menor Grado 10 Grado 11 Grado 12 GED (Equivalencia)
 Graduado de Escuela Superior Grado de Colegio/Certificación de Entrenamiento
 Colegio o Entrenamiento Avanzado Grado Asociado
 Bachillerato Maestría (o mayor)

Situación de Empleo: (Marque todas las que aplican)

- Trabajo a tiempo completo y entrenamiento
 Trabajo a tiempo completo (35 horas a la semana ó más)
 Trabajo a tiempo parcial y entrenamiento
 Trabajo a tiempo parcial (menos de 35 horas a la semana) Retirado o Discapacitado
 Empleo de Temporadas Entrenamiento o Escuela Desempleo (en búsqueda de empleo)
 No Empleado (se mantiene en el hogar)

Relación del menor con este individuo: (Marque todas las que aplican)

- Padre natural Adoptiva Hijastro/a Hogar sustituto Nieto/a
 Sobrina/Sobrino Otro: _____

- 1) ¿Vive el menor con usted? Si No A tiempo parcial
 2) ¿Provee usted apoyo financiero al niño/a de Head Start? Si No Parcial
 3) ¿Tiene usted la misma dirección de hogar y de correo que el menor? Si No
 Si marcó No, puede proveer la dirección suya actual:

ADULTOS en la Familia/Hogar: _____ **# NIÑOS en la Familia/Hogar:** _____ **TOTAL de miembros en la Familia/Hogar:** _____

Menores

¡NO INCLUYA AL NIÑO/A DE HEAD START!
Solo incluya los otros niños que viven en el hogar

Nombre y Apellido del Menor	Relación con el niño de HEAD START	Fecha de Nacimiento	Género M/F

Puntuación de Prioridad (Esto es opcional, pero nos ayudará a darle a su niño/a la prioridad en el programa.)
Por favor marque todas las que apliquen a su familia:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Niño/a de Head Start regresa ó es transferido | <input type="checkbox"/> Historial de Abuso de Drogas y/o Alcohol en la familia |
| <input type="checkbox"/> Hermano en Head Start - Actualmente ó Anteriormente | <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica - Actualmente ó Anteriormente |
| <input type="checkbox"/> Otro familiar en Head Start (Primo/a) | <input type="checkbox"/> Padres adolescentes (Cuando nació el menor) |
| <input type="checkbox"/> Despliegue Militar (Asignación Militar)/Veterano | <input type="checkbox"/> Caso Abierto con la Oficina de Niños/Jóvenes y Adultos (Caso Abierto con Asistencia Pública de Niños ó Protección de Menores) |
| <input type="checkbox"/> Condición médica crónica/severa en la familia (ej: Cáncer, Esclerosis Múltiple, Depresión, etc) | <input type="checkbox"/> Actualmente desempleado debido a un recorte de personal en los pasados 12 meses |
| <input type="checkbox"/> Padre/Madre encarcelado - Actualmente ó Anteriormente | <input type="checkbox"/> Embarazada actualmente <input type="checkbox"/> Necesidad de servicios de Transporte |

Yo certifico que la información provista en esta forma es correcta y cierta a mi mejor entendimiento.
El Condado de Jefferson no discrima en base de raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad o discapacidad en la provisión de servicios.

Firma de Padre/Madre/Guardián Legal: _____ **Fecha** _____