

Solicitud para Anoka/Washington County Head Start/Early Head Start

9574 Foley Blvd. Coon Rapids, MN 55433 Teléfono (763) 783-4300 • TTY 711 • Fax (763) 783-4333

Niño						
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Aplica para Head Start?	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza		Hispano	Habla Inglés	Otro Idioma	Como lo habla	
<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-Racial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido		<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido	

Primer Adulto						
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género		
Raza		Hispano	Habla Inglés	Otro Idioma	Como lo habla	
<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-Racial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido	
El Grado escolar más Alto cursado		Estatus de Empleo		Relación con el Niño	Custodia	Marque/corresponde:
<input type="checkbox"/> Master's <input type="checkbox"/> Bachelor's <input type="checkbox"/> Associate's <input type="checkbox"/> Col Deg/Train <input type="checkbox"/> Col or Adv Train	<input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> < Grado 9 <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> T. completo <input type="checkbox"/> M. Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> No Empleo	<input type="checkbox"/> T. Completo y Entrenamiento <input type="checkbox"/> M. tiempo y Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vive con Familia <input type="checkbox"/> Provee ayuda financiera <input type="checkbox"/> Padre/Madre adolescente Si es adolescente, es subsidiado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Segundo Adulto						
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género		
Raza		Hispano	Habla Inglés	Otro Idioma	Como lo habla	
<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-Racial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido		<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido	
El grado mas alto cursado		Estatus de Empleo		Relación con el Niño	Custodia	Marque/corresponde:
<input type="checkbox"/> Master's <input type="checkbox"/> Bachelor's <input type="checkbox"/> Associate's <input type="checkbox"/> Col Deg/Train <input type="checkbox"/> Col or Adv Train	<input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> < Grado 9 <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> T. Completo <input type="checkbox"/> M. Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> No Empleo	<input type="checkbox"/> T. Completo y Entrenamiento <input type="checkbox"/> M. Tiempo y Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vive con Familia <input type="checkbox"/> Provee ayuda financiera <input type="checkbox"/> Padre/Madre adolescente Si es adolescente, es subsidiado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Niño Adicional						
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género	Aplica para Head Start?	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza		Hispano	Habla Inglés	Otro Idioma	Como lo habla	
<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-Racial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido		<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido	

Niño Adicional						
Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género s	Aplica para Head Start?	
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Raza		Hispano	Habla Inglés	Otro Idioma	Como lo habla	
<input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> Multi-Racial	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido		<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido	

*** Para agregar a otro miembro de la familia, favor de poner la información de cada miembro que agrega en una hoja adicional**

Esta sección solo la responde la Agencia:

Applicant Name: _____ Birthday _____

Información Familia, Ingreso y Contactos

Información de la Familia							
Dirección de la Familia							
Dirección donde vive		Dirección	C.Postal	Ciudad	Estado	Condado	
Dirección para mandar correspondencia							
Es la misma donde viven?	Fecha de inicio de Nuevo domicilio	Dirección de correspondencia	Dirección	C.Postal	Ciudad	Estado	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No							
Numeros Telefónicos		Type (check one)		Nombre		Podemos enviar mensajes de texto?	
		<input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Estatus Paterno (cheque uno)	Primer Idioma en Casa	Familia sin Hogar	Activo en el Servicio Militar	Referido por la Agencia del Welfare	Recibe el SNAP	WIC	Esta dispuesto a transportar?
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Numero de ADULTOS en la casa	Numero de Niños en la casa	Recibe efectivo del programa TANF			SSI	Child support	
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente, Ahora NO			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Esta su hijo inscrito en la guardería?	Nombre de la Guardería, Dirección y Teléfono				Recibe asistencia para La Guardería?		
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

DERECHOS DE PRIVACIDAD DE DATOS

De acuerdo con los derechos de privacidad en Minnesota, usted debe saber que la información que usted proporciona en la aplicación de Head Start, se clasifica como privada bajo la ley de Minnesota y no puede ser divulgada sin su permiso; excepto para lo siguiente:

La información que usted proporciona en la aplicación se usará para determinar si usted es elegible para el programa y para saber en que situación se encuentra para poder ayudarlo de una manera individual, si así se requiere. Esta información también se usará para diferentes propósitos de investigación y estadísticas y no se revelará ninguna clase de identificación personal de usted o cualquier miembro de su familia. ACCAP también puede usar esta información para eventualmente ofrecerle de otros programas y actividades en los cuales usted puede estar interesado/a en participar. Podríamos compartir esta información con: Las Agencias del Estado y Locales del Welfare, Organizaciones para la Comunidad, Agencias de Servicios Humanos Locales, Estatales y Privadas, El Departamento de Minnesota para Trabajos y Entrenamientos, El Departamento de los Estados Unidos de Trabajo, El Departamento de los Estados Unidos de Salud y Servicios Humanos y Programas Educativos Estatales y/o Locales si lo permite ó requiere la ley.

Le sugerimos que responda todas las preguntas porque sus respuestas correctas es lo que nos permite verificar y procesar propiamente su aplicación. Números telefónicos de contacto de emergencia, que idioma es el que usted habla en casa, condado al que pertenece, número de personas trabajando, el nivel de educación escolar, distrito escolar al que pertenece.

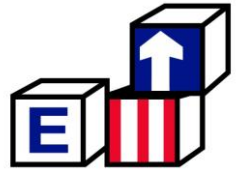
Esta información es requerida con el propósito de determinar el cumplimiento de la ley de los derechos civiles Federal y Estatal. Al proporcionarnos su información usted nos ayuda a asegurarnos que éste programa es administrado en forma efectiva y en ningún aspecto discriminatorio. Hay unos espacios en blanco que Únicamente el personal debe llenar. No podremos procesar su aplicación de una manera propia y efectiva sin toda la información requerida.

El personal de Anoka County Community Action y los auditores financieros, su trabajo requiere tener acceso a su aplicación y pueden también tener acceso a su archivo. Estas personas están capacitadas para no revelar o dar ninguna información de usted o de cualquier miembro de su familia. Empleados de las fuentes de financiamiento y auditores pueden revisar las aplicaciones para asegurarse que la Agencia de Anoka County Community Action está sirviendo a las personas apropiadamente.

Certificación: Yo certifico que esta información es cierta. Si hay algo que sea falso, mi participación en esta agencia puede darse por terminada y puede que sea sujeto a acciones legales. También entiendo que ésta información dada en la aplicación estará accesible a mi durante horas de trabajo.

Firma del Padre/Tutor _____ Fecha _____

USO ÚNICAMENTE DE OFICINA	Gross Annual Income	Date Verified		Operation Year	County	Language
Income Source	ID#	IE O12	O11 NE	Rating	Month/Year	Date Application Received
	Data Entry	Signature				



Nombre del Niño/a: _____

Fecha de Nacimiento: _____ CPID# _____
(Head Start lo asignará)

Ha sido su hijo/a diagnosticado/a con algo de lo siguiente?

- Autismo
- Impedimento para escuchar/ Sordera
- Discapacidad de Aprendizaje
- Deterioro Ortopédico
- Impedimento visual / ceguera
- Retraso en el desarrollo
- Diagnóstico de Salud Mental
- Problemas de Comportamiento
- Hablar / Problemas de Lenguaje
- Otro _____

Tiene su hijo/a cualquiera de estos problemas Médicos?

- Asma
- Anemia
- Diabetes
- Parálisis Cerebral
- Epilepsia/Convulsiones
- Falta de crecimiento
- Problemas para alimentar o pasar los alimentos
- Lesiones Traumáticas del Cerebro

Ha estado su hijo/a en el programa de Early Childhood Educación Especial ó en el plan IEP/IFSP?

Si – Con cual Distrito Escolar? _____ No

Seguro Medico /Clínica del Doctor _____

Dirección _____

Números Telefónicos _____

Seguro Dental /Oficina Dentista _____

Dirección _____

Números Telefónicos _____

Tiene su hijo alguna alergia a?

La comida? _____

Medicamento? _____

Otro? _____

Va a necesitar su hijo/a medicamentos administrados en la escuela? Si No

Recibe tu familia el programa del WIC? Si No