



**2010 - 2011**  
**Programas Head Start y Early Head Start**  
**de la CAP Agency**  
**Solicitud de Inscripción**



Al servicio de los Condados de Scott, Carver y Dakota  
**ENVIAR A:** 712 Canterbury Rd. S., Shakopee, MN 55379  
 Teléfono: 952-496-2125/Fax: 952-402-9816

**\*\*\*Esta es solo una solicitud y no significa que el niño esté inscrito\*\*\***

**Escriba toda la información con letra de imprenta y en forma clara, y complete los datos para todos los miembros de la familia.**

**Programa** (marque una opción):  Head Start – Edades de 3 a 5 años (debe tener 3 años para el 1° de sept.)  
 Early Head Start (progr. de visitas al hogar) – Edad prenatal hasta 3 años

**Número de personas en el hogar** \_\_\_\_\_

**Datos del Miembro 01, el jefe de familia (HOH, por sus siglas en inglés):**

_____			_____			_____		
Primer nombre del padre/madre/tutor(a)			Segundo nombre			Apellido(s)		
_____			_____			_____		
Dirección			Ciudad			Condado		Cód. Postal (Zip)
_____			_____			_____		
Teléfono principal – Cel/hogar/trabajo			Segundo teléfono – Cel/hogar/trabajo			Otro teléfono – Cel/hogar/trabajo		
Correo electrónico (Email): _____								
Fecha de nacimiento:			Sexo: MASCULINO FEMENINO			Con discapacidad SÍ NO		
Estado civil:			Veterano SÍ NO			Nivel educativo:		
Hispano SÍ NO			Tipo de seguro médico:					
¿Habla inglés? SÍ NO			Lengua materna					
<b>Raza (marque todas las que correspondan)</b>								
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Otro								

<p><b><u>Situación de vivienda:</u></b></p> <input type="checkbox"/> Vivienda propia, alquilada o compartida por elección <input type="checkbox"/> Viviendo temporalmente con un familiar o amigo debido a pérdida de la vivienda, dificultades económicas u otra razón similar <input type="checkbox"/> Subsidiada (Sección 8, HUD, Asistencia para alquiler) <input type="checkbox"/> En riesgo de quedar sin hogar <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Con alojamiento en refugio/hogar de emergencia o transitorio <input type="checkbox"/> Viviendo en motel/campamento/vehículo porque no puedo costear una vivienda o encontrar una vivienda que pueda pagar <input type="checkbox"/> Más de 3 mudanzas en el lapso de 12 meses <input type="checkbox"/> Otra
--

**Tipo de familia:**

- Familia de dos padres       Madre sin pareja       Padre sin pareja       Abuelo(s) y niños  
 Padre(s) por adopción temporal       Persona soltera       Adulto(s) a cargo de los niños sin la tutela       Otro

**COMPLETE LOS DATOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVAN EN EL HOGAR DEL NIÑO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA INSCRIPCIÓN EN HEAD START. INCLUYA TAMBIÉN AL NIÑO**

#	Parentesco con el jefe de familia	Nombre:		Sexo	Fecha de nacimiento	Discapacidad: Sí o no	Nivel educativo	Tipo de seguro médico	Raza
		Primer nombre	Apellido(s)						
02	Niño para Head Start								
03									
04									
05									
06									
07									
08									
09									
10									

Padres con empleo:     Ninguno     Uno     Dos

Padres que estudian o se están capacitando:     Ninguno     Uno     Dos

Tipo de hogar:     Un solo padre     Dos padres

**IMPORTANTE:**

**Head Start debe verificar el ingreso familiar TOTAL previo a la deducción de impuestos.**

**BENEFICIOS SIN RECEPCIÓN DE EFECTIVO – MARQUE TODO LO QUE RECIBE**

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia para alimentos /EBT  | <input type="checkbox"/> WIC   | ¿Está registrado para votar?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| <input type="checkbox"/> MEDICAID/MA   | <input type="checkbox"/> Sección 8 o Asistencia para alquiler                      |   |
| <input type="checkbox"/> MEDICARE  | <input type="checkbox"/> Crédito fiscal sobre ingresos laborales (EITC)            |   |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Salud para niños (Children's Health Insurance) provisto por el Estado | <input type="checkbox"/> Asistencia para el cuidado de niños(Childcare Assistance) |   |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Salud de la Adm. de Veteranos (VA Medical Services)                | <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Energía (Energy Assistance)     |   |
| <input type="checkbox"/> Otro _____  | <input type="checkbox"/> MN Care   |   |



