

Referral

2017 - 2018



Programas Early Head Start y Head Start Solicitud de Inscripción



Al servicio de los Condados de Scott, Carver y Dakota
ENVIAR A: 2496 145th St W, Rosemount, MN 55068
Telephone: 651-322-3500/Fax: 651-322-3555

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 1º de sept.)
 Early Head Start – Edad prenatal hasta 3 años (progr. de visitas al hogar)

*****Padre/tutor(a) debe de disponer transportación*****

Ubicación(es) preferente(s): Rosemount Apple Valley Savage
 S.St.Paul Eagan Chaska
 Inver Grove Heights Shakopee

Número de personas en el hogar _____

Información de padres/tutores para Miembro de Familia 01: Jefe(a) de Hogar (HOH)

Primer/Legal nombre del padre/madre/tutor(a)	Segundo nombre	Apellido(s)
Dirección	Ciudad	Condado
Cód. Postal (Zip)		
<input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo
Correo electrónico (Email): _____		

Fecha de nacimiento:	Sexo: MASCULINO FEMENINO	Con discapacidad SÍ NO
Hispano SÍ NO	Nivel educativo:	Empleado: SI o NO - ¿Tiempo parcial o completo?
¿Habla inglés? SÍ NO	Idioma maternal:	Padres en la escuela o la formulación: SÍ o NO- ¿tiempo completo o parcial? (circula las respuestas aplicables)
Usted es el tutor legal del niño de Head Start: SÍ NO		
Raza (marque todas las que correspondan)		Miembro del Militar de los EEUU: SÍ NO
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro		

Situación de vivienda - Por favor, marque lo que corresponda:

- A. Vivienda alquilada, propia o **compartida por elección**
- B. Viviendo temporalmente con un familiar o amigo debido a pérdida de la vivienda, dificultades económicas u otra razón similar
- C. Subsidiada (Sección 8, HUD, Asistencia para alquiler)
- D. En riesgo de quedar sin hogar
- E. Sin hogar
- F. Con alojamiento en refugio/hogar de emergencia o transitorio
- G. Viviendo en motel/campamento/vehículo porque no puedo costear una vivienda o encontrar una vivienda que pueda pagar
- H. Otra: _____

Tipo de familia: Familia de uno padres Familia de dos padres Padre(s) por adopción temporal*

(* Si usted es padre por adopción temporal, tiene que incluir una copia del documento judicial/legal para poder verificar su elegibilidad)

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.**Información del segundo padre / guardián para Miembro de la familia 02**

Nombre:	Apellido:	Miembro del Militar de los EEUU: Sí / No		
Relación al cabeza de familia:	Genero (circula uno): Masculino Femenino	Día de nacimiento:	Discapacidad (circula uno): Si No	Raza:
Nivel de educación:	Empleado: Si / No ¿Tiempo completo o parcial?	Padres en la escuela o la formación: Si / No ¿Tiempo completo o parcial? (circula uno)		

Miembro de la familia 03

Nombre:	Segundo:	Apellido:		
Relación al cabeza de familia:	Genero (circula uno): Masculino Femenino	Día de nacimiento:	Discapacidad (circula uno): Si No	
Nivel de educación:	Raza:			

Miembro de la familia 04

Nombre:	Segundo:	Apellido:		
Relación al cabeza de familia:	Genero (circula uno): Masculino Femenino	Día de nacimiento:	Discapacidad (circula uno): Si No	
Nivel de educación:	Raza:			

Miembro de la familia 05

Nombre:	Segundo:	Apellido:		
Relación al cabeza de familia:	Genero (circula uno): Masculino Femenino	Día de nacimiento:	Discapacidad (circula uno): Si No	
Nivel de educación:	Raza:			

Miembro de la familia 06

Nombre:	Segundo:	Apellido:		
Relación al cabeza de familia:	Genero (circula uno): Masculino Femenino	Día de nacimiento:	Discapacidad (circula uno): Si No	
Nivel de educación:	Raza:			

*Attach another sheet for additional family members.

Usted debe llenar una copia de esta página para **cada** niño al que desee inscribir en el programa

Nombre legal del niño al que desea inscribir:

Primer nombre	Segundo nombre	Apellido(s)
---------------	----------------	-------------

¿Se le conoce a su niño por algún otro nombre? Sí/No Indique los otros nombres: _____

Nacimiento/fecha de nacimiento del niño: _____ / _____ / _____ Femenino/Masculino (marque con un círculo)
Mes Día Año

¿Ha recibido el niño alguno de los siguientes diagnósticos médicos en alguna oportunidad?

- Reacción alérgica
- Alergia a ciertos alimentos
- Asma u otros problemas de las vías respiratorias superiores

Especifique alergias/enfermedades: _____

Indique los medicamentos que esté tomando actualmente el niño: _____

*¿Tiene el niño alguna necesidad especial (IFSP o IEP)? Sí / No Explique _____

*Head Start acepta a niños con necesidades especiales y/o alteraciones de la salud

¿Ya ha participado su familia en el programa Head Start? Sí / No Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? _____ ¿en qué condado? _____

Nota: No hay transporte escolar: los padres/tutores deben traer a los niños y retirarlos

He leído y entendido completamente lo anterior. Confirmando que, a mi mejor saber y entender, todas las respuestas dadas son verdaderas y completas. **También estoy de acuerdo que notificare a Head Start si hay algún cambio en mi información o si ya no es correcta, ya que la falta de no hacerlo, podría retrasar la inscripción de mi hijo/a.** Se mantendrá la confidencialidad de toda la información.

Firma del padre/madre/tutor(a): _____ **Fecha:** _____
(La firma y la fecha son necesarias)

****El personal de Head Start llevará a cabo una entrevista en persona o por teléfono con cada familia****

**** Programa de Head Start requiere que se verifica la fecha de nacimiento, así que por favor proporcione una copia del certificado de nacimiento de su hijo****

Envíe la solicitud y todos los documentos de ingreso a:
CAP Agency, 2496 145th St. W., Rosemount, MN 55068

Si necesita ayuda para completar esta solicitud:
Llamar al 651-322-3500.

*Las personas con discapacidad auditiva pueden usar el MN Relay Service
(Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones de Minnesota): 1-800-627-3529.*

