

Referral

2015 - 2016



Programas Head Start y Early 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

*****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.)
 En Clase Solo visitas en el hogar
 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 para 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			Language 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						Miembro del Militar de los EEUU: SÍ NO		
Raza (marque todas las que correspondan)								
<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"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro								
Situación de vivienda - Por favor, marque lo que corresponda:								
A. <input type="checkbox"/> Vivienda alquilada, propia o compartida por elección								
B. <input type="checkbox"/> Viviendo temporalmente con un familiar o amigo debido a pérdida de la vivienda, dificultades económicas u otra razón similar								
C. <input type="checkbox"/> Subsidiada (Sección 8, HUD, Asistencia para alquiler)								
D. <input type="checkbox"/> En riesgo de quedar sin hogar								
E. <input type="checkbox"/> Sin hogar								
F. <input type="checkbox"/> Con alojamiento en refugio/hogar de emergencia o transitorio								
G. <input type="checkbox"/> Viviendo en motel/campamento/vehículo porque no puedo costear una vivienda o encontrar una vivienda que pueda pagar								
H. <input type="checkbox"/> Más de 3 mudanzas en el lapso de 12 meses								
I. <input type="checkbox"/> 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.

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.

Aviso: Esta es solo una solicitud y no significa que el niño esté inscrito.

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: _____

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

Alergias/Enfermedad específica: _____

Indique los medicamentos que esté tomando actualmente el niño: _____

*¿Tiene el niño alguna necesidad especial? 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)

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.*

