

# Información de Miembro de la Familia

Los recuadros con sombra serán completados por el personal de la agencia.



Nombre del Adulto Principal \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre del Sitio Primario \_\_\_\_\_ Año del Programa \_\_\_\_\_

Adulto Principal						
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Nombre preferido	Sufijo		
Fecha de Nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	Identificación Alternativa			
Nivel máximo de estudios alcanzado	Estado de Empleo <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Aporta Económicamente <input type="checkbox"/> Padre Adolescente <input type="checkbox"/> Subsidiado				
		Correo electrónico _____				
Notas						
Raza (marcar todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra _____	Grupo Étnico	Conocimiento del Inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido			<input type="checkbox"/> Idioma principal	
	Nacionalidad	Conocimiento de otros idiomas _____ <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido			<input type="checkbox"/> Idioma principal	
Adulto Secundario						
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Nombre preferido	Sufijo		
Fecha de Nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	Identificación Alternativa			
Nivel Máximo de estudios alcanzado	Estado de Empleo <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia <input type="checkbox"/> Aporta Económicamente <input type="checkbox"/> Padre Adolescente <input type="checkbox"/> Subsidiado				
		Correo electrónico _____				
Notas						
Raza (marcar todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra _____	Grupo Étnico	Conocimiento del Inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido			<input type="checkbox"/> Idioma principal	
	Nacionalidad	Conocimiento de otros Idiomas _____ <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido			<input type="checkbox"/> Idioma principal	
Participante – Niño Inscrito						
Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Utilizado	Sufijo		
Fecha de Nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	Identificación Alternativa			
Raza (marcar todas las que correspondan) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra _____	Grupo Étnico	Conocimiento del Inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido			<input type="checkbox"/> Idioma principal	
	Nacionalidad	Conocimiento de otros Idiomas _____ <input type="checkbox"/> Deficiente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido			<input type="checkbox"/> Idioma principal	
Relación con el Adulto Principal		<input type="checkbox"/> Custodia		Relación con el Adulto Secundario		<input type="checkbox"/> Custodia
Elegibilidad de Medicaid	Número de Medicaid	Cobertura de Salud Primaria	Otra Cobertura de Salud	Número de Seguro		
Notas						
Otros Miembros de la Familia						
Adulto/Niño	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Número de Seguro Social	
Notas						
1. Códigos de Estado de Empleo: F- Tiempo Completo, P – Capacitación de medio tiempo, R - Retirado o Discapacitado, T – En Capacitación o Escuela, B – Tiempo completo y capacitación, I – Medio tiempo y capacitación, S – Empleado Temporal, U - Desempleado						

# Información Familiar

Los recuadros con sombra serán completados por el personal de la agencia.

Nombre del Adulto Principal \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Información General								
Dirección de vivienda		Ciudad		Estado	Código Postal	Condado		
Dirección Postal (Si es diferente)			Ciudad	Estado	Código Postal			
Número de Teléfono	Particular, Laboral, Celular, etc.		Principal	Notas				
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					
			<input type="checkbox"/>					
Número de miembros en el Hogar _____		Núm. en Familia _____	Núm total de niños _____	Núm. Edad entre 0-3 _____	Núm. Edad entre 4-5 _____			
Estado de Paternidad <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		Idioma Principal en el hogar			Lugar Principal			
Información Familiar								
TANF <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente			<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> WIC	Identificación WIC _____			
Miembro de la Familia	Fecha	Fuente de Ingreso	Monto	Cada	Monto Anual	Tipo <sup>1</sup>	Desc. <sup>2</sup>	Verif. <sup>3</sup>
1. Códigos de Tipo ERN–Ganado SUB–Subsidiado		2. Códigos de Descripción PEN–Pensión SSI–SSI SS–Seguro Social			3. Códigos de Verificación CS–Talón de Cheque W2–W-2 EL–Carta del Empleador TAN–TANF			
Notas sobre Ingresos								
Contactos de Emergencia								
Contacto 1	Nombre		Relación con el Niño		<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia		<input type="checkbox"/> Entregar el niño a	
	Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal		
	Número de teléfono 1	Tipo / Notas	Núm. de teléfono 2	Tipo / Notas	Núm. de teléfono 3		Tipo / Notas	
Contacto 2	Nombre		Relación con el niño		<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia		<input type="checkbox"/> Entregar el niño a	
	Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal		
	Número de teléfono 1	Tipo / Notas	Núm. de teléfono 2	Tipo / Notas	Núm. de teléfono 3		Tipo / Notas	
Contacto 3	Nombre		Relación con el niño		<input type="checkbox"/> Contacto de Emergencia		<input type="checkbox"/> Entregar el niño a	
	Dirección		Ciudad		Estado	Código Postal		
	Número de teléfono 1	Tipo / Notas	Núm. de teléfono 2	Tipo / Notas	Núm. de teléfono 3		Tipo / Notas	
Doctor/Dentista								
Nombre del Doctor		Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono	
Nombre del Dentista		Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono	

Certificación: Certifico que la información dada es verdadera. Si cualquier parte es falsa, mi participación en los programas de la agencia puede terminarse y puedo ser sujeto a acciones legales. Asimismo, entiendo que la información en esta aplicación será mantenida de forma confidencial dentro de la agencia y puedo acceder a la misma durante las horas de oficina.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Es el ingreso de este niño elegible para Head Start? Sí No

Miembro del Personal/Título \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

# Información de Inscripción

Para ser completada por personal de la agencia.



Nombre del Adulto Principal \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Detalles del Programa								
Programa/Período		Lugar		Aula		Opción de Programa		
Estado de la Aplicación <sup>1</sup>		Número de Aplicación		Financiación		Horas de Clase		
Inscripción								
Fecha de Aplicación	Fecha de Lista de Espera	Fecha de Aceptación	Fecha de Abandono	Fecha de Inscripción	Fecha de Ingreso	Fecha de Finalización		
Notas sobre la Inscripción								
Elegibilidad								
Fecha de Elegibilidad	Elegibilidad de Ingresos	Núm. en la Familia	Estado de Ingresos <sup>2</sup>	Año de Participación	<input type="checkbox"/> Elegibilidad de hermano/a el próximo año	Edad de la Clase		
Fecha CACFP	Ingreso CACFP	Estado CACFP		<input type="checkbox"/> Gratis <input type="checkbox"/> Reducido <input type="checkbox"/> Pagado				
<b>Debe ser completado por el personal de Head Start</b>							Puntos	
Estado de Paternidad								
Discapacidad								
Ingreso								
Edad								
Criterio 1								
Criterio 2								
Criterio 3								
Criterio 4								
Criterio 5								
Criterio 6								
Notas sobre Elegibilidad					Devolución			
					Ajuste			
					Total			
Días de Participación y Comidas								
	Todos los días	Lun	Mar	Mie	Jue	Vie	Sab	Dom
Participa en el Programa								
Todas las comidas programadas:								
Desayuno								
Merienda AM								
Almuerzo								
Merienda PM								
Cena								
<b>1. Códigos para el Estado de la Aplicación</b> A-Incompleto, sin devolución de Info B-Completo, Necesita Cert. de Nac C-Completo y Verificado D-Se fue del área /se mudó I-Incompleto M-Completo, necesita Info médica N-No se presentó al Registro o el 1er día O-Se pasa de la edad para el Programa P-Aceptado en otro Programa S-Asiste a escuela o Preescolar					<b>2. Códigos de Estado de Ingresos</b> E-Elegible F-Menor en crianza temporal O-Ingreso demasiado alto P-Asistencia Pública			

He determinado que este niño es elegible para los servicios de Head Start/Early Head Start. He recalculado el ingreso familiar, verificado la exactitud del tamaño de la familia y he revisado los criterios de selección y determinado que los puntos de la familia son exactos. He aprobado que este niño sea aceptado en el programa Head Start/Early Head Start. (45 CFR 1305.4 (c)(d); 45 CFR 1305.2 (e)(1)(2); ACF-PL:-HS-10-02)

Firma del Supervisor de Verificación/Título \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Agencia-Información Específica: (debe ser ingresado en ChildPlus)

Mid-America/Delegado	Aplicación Recibida por	Aplicación Ingresada por	Fecha Ingreso	Defensor Familiar Asignado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>