



## **Early Head Start 2010-2011 Aplicación**

Denise Louie Education Center  
801 S Lane St.  
Seattle, WA 98104  
(206) 902-6410

<b>Información Prenatal</b>	<p><b>Completa si embarazada:</b></p> <p>Nombre: _____ Fecha estimado de nacimiento: _____ Fecha de nacimiento: _____</p> <p>¿Ha tenido dificultades con su embarazo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<b>Información del niño</b>	<p><b>Nombre del niño</b> (Apellido, Nombre) _____ Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Sexo (m/f): _____</p> <p>Teléfono (casa) #: _____ Teléfono (trabajo) #: _____</p> <p>Numero de mensaje #: _____ Nombre del mensajero: _____</p> <p>Dirección de casa: _____ (Ciudad/Estado/Zip)</p> <p>Somos una familia sin hogar. (Esto significa que su familia vive en un carro, parque, hotel, refugio de emergencia, vivienda transitoria, o su familia esta viviendo con otra familia temporalmente.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Que idioma(s) habla su niño?</p> <p>Origen étnico niño (marque uno) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano</p> <p>Raza del niño: <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Esquimal <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño asiático del pacífico <input type="checkbox"/> Birracial</p> <p>¿Tiene preocupas de su niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Marque todos los que apliquen. <input type="checkbox"/> Salud dental <input type="checkbox"/> Dificultades aprendizaje <input type="checkbox"/> Impedimentos auditivos o de habla <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Salud fisico <input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/> Abuzo <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Estaba en cuidado adoptivo temporal <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>¿Esta este niño en IFSP/IEP (Educación Especial)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene su niño seguro medico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre de seguro medical: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Cupones de DSHS <input type="checkbox"/> Basic Health <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro</p> <p>¿Tiene su niño seguro dental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre de seguro dental: _____</p>

**Información de la familia**

Niño vive con: <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Dos padres	
¿Es usted un padre adolescente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Niño es: <input type="checkbox"/> Biológico o adoptivos <input type="checkbox"/> Cuidado adoptivo temporal <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Otra	
¿Hay mas niños viviendo en casa (a de mas que el niño que esta aplicando)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Cuántos tienen 0-2.11 meses. _____ ¿Cuántos tienen 3-5 años? _____ ¿Cuántos tienen 6 años o mas? _____	
Nombre del niños	Sexo (m/f)
Fecha de nacimiento	Matriculados en EHS/HS
¿Tiene preocupas de su mismo o de su familia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Marque todo los que apliquen.	
<input type="checkbox"/> Provisión de vivienda <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Discapacidades <input type="checkbox"/> Violencia de familia <input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o alcoholismo <input type="checkbox"/> Inmigración <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Despliegue militar <input type="checkbox"/> Asuntos legal <input type="checkbox"/> Problemas de salud <input type="checkbox"/> Padres encarcelado	
<input type="checkbox"/> Otro _____	
Referido de un agencia especial:	
¿Hay otros adultos viviendo en casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Que es su contribución financiera?	
<u>Nombre</u>	<u>Relación al niño</u>
<b>Padre/Tutor Legal 1</b>	<b>Padre/Tutor Legal 2</b>
Madre/Padre/Otro (marque por favor)	Madre/Padre/Otro (marque por favor)
Fecha de nacimiento _____	Fecha de nacimiento _____
Raza/origen étnico:	Raza/origen étnico:
Dirección (si diferente del niño)	Dirección (si diferente del niño)
# de teléfono (casa/celular)	# de teléfono (casa/celular)
Correo electrónico:	Correo electrónico:
¿Que idioma(s) habla?:	¿Que idioma(s) habla?:
¿Tiene seguro medico/dental?:	¿Tiene seguro medico/dental?:
¿Necesita un intérprete para participar en el programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Necesita un intérprete para participar en el programa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Información de la Familia</b>	Nivel de educación (marque el nivel mas completado) <input type="checkbox"/> Octavo grado o menos <input type="checkbox"/> Noveno grado <input type="checkbox"/> Décimo grado <input type="checkbox"/> Undécimos grado <input type="checkbox"/> Duodécimos grado/Preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Escuela Técnica <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> BA o mas	Nivel de educación (marque el nivel mas completado) <input type="checkbox"/> Octavo grado o menos <input type="checkbox"/> Noveno grado <input type="checkbox"/> Décimo grado <input type="checkbox"/> Undécimos grado <input type="checkbox"/> Duodécimos grado/Preparatoria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Escuela Técnica <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> BA o mas
	¿Tiene trabajo corrientemente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si  Tiempo completo (35 horas o mas por semana)  Tiempo parcial (35 horas o menos por semana)  Nombre del empleado:  <b>Ingreso mensual</b> _____ <b>Ano</b> _____	¿Tiene trabajo corrientemente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si  Tiempo completo (35 horas o mas por semana)  Tiempo parcial (35 horas o menos por semana)  Nombre del empleado:  <b>Ingreso mensual</b> _____ <b>Ano</b> _____
	<b>Numero de personas con el apoyo de los ingresos</b> _____ Usted o alguien en su familia recibe: SSI No Sí ID# _____ TANF No Sí ID# _____ WIC No Sí ID# _____	<b>Numero de personas con el apoyo de los ingresos</b> _____ Usted o alguien en su familia recibe: SSI No Sí ID# _____ TANF No Sí ID# _____ WIC No Sí ID# _____

A lo mejor de mi conocimiento, la información escrito en esta forma es real y verdadero. La participación en Early Head Start (EHS) esta determinada por los requisitos estipulados por los ingresos incluidos. Cuando un niño se ha determinado elegible para EHS y si cualquier información proporcionada por el padre/tutor legal y utilizada para determinar elegibilidad se encuentra a ser inexacta o fraudulento DLEC inmediatamente terminara los servicios de EHS.

Yo entiendo que la información que he dado es confidencial y no será compartido sin mi permiso. Si es necesario, yo le doy la atrición a Early Head Start para verificar la información de elegibilidad con DSHS para recibir los beneficios estipulados.

\_\_\_\_\_

Firma de Padre/Tutor Legal

\_\_\_\_\_

Fecha