

Regresar a:  
 Project NOW Head Start-ERSEA  
 499 27<sup>th</sup> Street  
 East Moline, Illinois 61244  
 Phone: (309) 792-4555  
 Fax: (309) 792-5829



## HEAD START APLICACIÓN

<b>OFFICE USE ONLY:</b>	
<input type="checkbox"/>	ERSEA Manager Interview w/ Parent
Date: _____	

**INFORMACION DEL NIÑO APLICANTE: \*\*DEBE AGREGAR PRUEBA DE NACIMIENTO (ACTA DE NACIMIENTO, RECORD DE VACUNAS, TARJETA MEDICA)**

Nombre del Niño (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza (✓ Todas las Aplicables)	Hispano
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacifico Isleño <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Que Idioma habla el niño en casa?		¿Tiene su niño Seguro Medico?		Nombre del Doctor y Dentista de su niño.
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Que tipo? _____		Doctor: _____ Dentista : _____

¿Sospecha si su niño tiene alguna discapacidad, cuidado especial, o está atendiendo actualmente a servicios especiales como Terapia del Habla(SP)? O ¿Tiene algún Plan Individualizado de Educación (IEP)?

Si  No Si es así, por favor explique:

**PADRE O TUTOR LEGAL DEL APLICANTE #1: Que sostiene económicamente y vive con el niño aplicante**

#1 Nombre del Padre/Tutor (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza (✓ Todas las que aplican)	Hispano
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacifico Isleño <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Es usted empleado de Project NOW, Inc.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		**Como está usted relacionado al niño aplicante?		¿Es usted una mamá embarazada?
Nivel de Educación <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Asociados <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Grado: _____		Empleo? <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> MedioTiempo <input type="checkbox"/> Escuela de Entrenamiento <input type="checkbox"/> Retirado/Disabilitado		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿Cual es la fecha programada?

**PADRE O TUTOR LEGAL #2: Que sostiene económicamente y vive con el niño aplicante**

#2 Nombre del Padre/Tutor (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza (✓ Toda la que aplique)	Hispano
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacifico Isleño <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Are you a Project NOW, Inc. employee? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		**¿Cómo está usted relacionado con el niño aplicante?		¿Es usted una mamá Embarazada?
Nivel de Educación <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Asociados <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Equivalente de Preparatoria <input type="checkbox"/> Grado Escolar: _____		Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Escuela de Entrenamiento <input type="checkbox"/> Retirado/Disabilitado		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿Cual es la fecha programada?

**LISTA DE NIÑOS : Quien vive con el niño aplicante y es mantenido economicamente por el Padre o Tutor Legal**

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza (✓ Todas las aplicables)	Hispano
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacifico Isleño <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacifico Isleño <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacifico Isleño <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacifico Isleño <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**INFORMACION FAMILIAR: Información de Contacto y Dirección para comunicarnos con usted a través de correo o por teléfono**

Domicilio en que reside	# de Apartamento o Lote	Código Postal	Ciudad	Estado
Domicilio de Correo (Si es diferente)	Línea de Domicilio 2	Código Postal	Ciudad	Estado
Números de Teléfono (*Liste el nombre de la persona después del # de Teléfono)	Tipo de Teléfono ( <i>Marque uno</i> )		Dirección de Correo Electrónico	
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro			
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro			
Estado Paternal (marque uno)	Numero en la Familia	Idioma Primario en Casa	¿Necesitará el Padre o Tutor Legal un interprete?	
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Notas Adicionales:	
Familia Desamparada	Están en Servicio Militar	Es Referido por la Agencia de Bienestar del Niño	Esta Recibiendo Estampillas de Comida (SNAP)	WIC
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**\*\*\*\*\*VERIFICACION DEL INGRESO FAMILIAR: Es un requisito verificar el ingreso anual de cada familia.**

**A) ¿Está usted actualmente recibiendo Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)?** Si es así, usted debe proveer la cantidad que recibe y el número de caso

**B) ¿Está usted actualmente recibiendo Ingreso del Seguro Social (SSI)?** Si es así, Usted debe incluir la copia del estado de pago mas reciente.

Si  No Cantidad Mensual: \$ \_\_\_\_\_ Número de Caso: \_\_\_\_\_  Si  No Cantidad Mensual: \$ \_\_\_\_\_

**C) ¿Está el niño aplicante en Cuidado de Crianza (Foster Care) o Temporalmente Asignado?** Si es así, usted debe incluir una copia de la documentación de Custodia Temporal, del Departament de Servicios Humanos (DHS) y del Plan de Seguridad.

Si  No Información adicional sobre la situación familiar:

**D) ¿Está este niño actualmente viviendo en un refugio Temporal?** Si es así, usted debe incluir una carta de la agencia que está proporcionando servicios temporales al niño y a la familia. (Ejemplos: Salvation Army, Transitional Housing, Christian Family Care Center)

Si  No Información Adicional sobre la situación de la familia:

**Si contestó NO a las secciones A, B, C D, continúe con la pregunta E**

**\*\*\*\*\*DEBE ADJUNTAR TODOS LOS DOCUMENTOS DE LA VERIFICACION DE INGRESOS DE CADA UNO DE LOS PADRES DE FAMILIA O TUTORES LEGALES**

**E) ¿Cómo sostuvo a su familia durante el año (pago de renta, compra de comida, ropa etc.)?**

**#1 Padre/Tutor Legal** (✓ Todos los Aplicables y Documentos de Ingresos)

Trabajo (Estado del Pago de Impuestos 2015 (Tax return/W-2's))  Manutención de Niños (Declaración de la cantidad anual)

Subvención Escolar/Becas (Estado de la Escuela)  Otros Ingresos- Por favor explique:

**#2 Padre/Tutor Legal** (✓ Todos los Aplicables y Documentos de Ingresos)

Trabajo (Estado de Pago de Impuestos 2015 (Tax return/W-2's))  Manutención de Niños (Estado de la cantidad anual)

Subvención Escolar/Becas (Estado de la Escuela)  Otros Ingresos- Por favor explique:

**Yo autorizo a las siguientes personas para que recojan a mi hijo y lo lleven a la escuela”**

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Padre o Tutor: usted debe proveer los documentos oficiales demostrando que tiene el derecho de aplicar para este niño y para completar todo el proceso de la registracion. UNA CARTA NOTARIZADA/DECLARACION, NO ES VALIDA COMO DOCUMUNTO OFICIAL

Firma del Padre/ Tutor Legal X \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_