



NACOG Head Start/Early Head Start

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

121 East Aspen Avenue, Flagstaff, AZ 86001

Phone: (928) 774-9504; Fax: (928) 213-5212

Email: nacoghs@nacog.org

SÓLO PARA USO DE OFICINA

Type of Application:

- New Applicant
- 3rd Year Re-Enrollment
- EHS Transition

CENTER:

INFORMACIÓN DEL NIÑO(A)		
NOMBRE:	FECHA DE NACIMIENTO:	IDIOMA PRINCIPAL DEL NIÑO:
NOMBRE PREFERIDO:	GÉNERO: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	¿ESTÁ ENTRENADO EL NIÑO POTTY? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trabajando en ello
GRUPO ÉTNICO (marque uno) <input type="checkbox"/> Indio Americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Biracial/multiracial <input type="checkbox"/> Otro: (especificar)x ETNICIDAD: Origen Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Su hijo ha sido identificado por un profesionalista con una discapacidad o necesidad especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, Por favor explíque:	¿Su hijo tiene un IEP o IFSP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INFORMACIÓN FAMILIAR		
DIRECCIÓN DE VIVIENDA:	DIRECCIÓN POSTAL:	
Ciudad: Estado: Código Postal:	Ciudad: Estado: Código Postal:	
¿Su familia se aloja actualmente en un automóvil, parque, campamento, hotel, refugio de emergencia, vivienda de transición o vive con otra familia temporalmente? <input type="checkbox"/> Sí or <input type="checkbox"/> No	ESTADO PARENTAL: <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Dos Padres	

INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR (A)			INFORMACIÓN DE LA MADRE / TUTOR (B)		
NOMBRE:		DOB:	NOMBRE:		DOB:
La dirección: <input type="checkbox"/> La misma que arriba			La dirección: <input type="checkbox"/> La misma que arriba		
Ciudad: Estado: Código Postal:			Ciudad: Estado: Código Postal:		
Teléfono de casa #:	Teléfono móvil #:	Teléfono del trabajo #:	Teléfono de casa #:	Teléfono móvil #:	Teléfono del trabajo #:
Grupo Etnico:		Idioma:	Grupo Etnico:		Idioma:
Dirección de correo electrónico:			Dirección de correo electrónico:		
La mejor manera de ponerse en contacto con usted? <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono móvil <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro:			La mejor manera de ponerse en contacto con usted? <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Teléfono móvil <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro:		
Estado civil:	¿Jefe de hogar?	¿Vive en el hogar?	Estado civil:	¿Jefe de hogar?	¿Vive en el hogar?
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí o <input type="checkbox"/> No
Relación con el niño(a): <input type="checkbox"/> Biológico <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro:			Relación con el niño(a): <input type="checkbox"/> Biológica <input type="checkbox"/> Adoptiva <input type="checkbox"/> Otro:		
Alto grado escolar completado: <input type="checkbox"/> Menos de Preparatoria <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios/AA <input type="checkbox"/> Diploma HS/GED <input type="checkbox"/> Licenciatura o Superior			Alto grado escolar completado: <input type="checkbox"/> Menos de Preparatoria <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios/AA <input type="checkbox"/> Diploma HS/GED <input type="checkbox"/> Licenciatura o Superior		
Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> En el Hogar			Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Discapacitada <input type="checkbox"/> En el Hogar		
¿Estas Actualmente en la escuela? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> No		Situación Militar: <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano	¿Estas Actualmente en la escuela? <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> No		Situación Militar: <input type="checkbox"/> Activa <input type="checkbox"/> Veterana

OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA RESPALDADOS POR LOS INGRESOS DEL PADRE / TUTOR		
NOMBRE Y APELLIDO:	RELACIÓN CON PADRES/TUTOR:	FECHA DE NACIMIENTO:

INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD	
SERVICIOS QUE RECIBE SU FAMILIA: (Marque todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos / SNAP <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Participación de DCS <input type="checkbox"/> WIC	EXPERIENCIAS QUE SU FAMILIA PUDO HABER TENIDO: (Marque todo lo que corresponda, si ocurrió en los últimos 12 meses.) <input type="checkbox"/> Violencia doméstica <input type="checkbox"/> Abuso de sustancias <input type="checkbox"/> Encarcelamiento <input type="checkbox"/> Participación de DCS <input type="checkbox"/> Problemas de salud <input type="checkbox"/> Pérdida de padres <input type="checkbox"/> Despliegue militar <input type="checkbox"/> Deportación <input type="checkbox"/> Barrera del idioma
¿Está su niño(a) con familia postiza? <input type="checkbox"/> Si or <input type="checkbox"/> No	

¿CÓMO TE ENTERASTE DE NOSOTROS? <input type="checkbox"/> Sitio web <input type="checkbox"/> Hermano inscrito <input type="checkbox"/> Amigo / Familia <input type="checkbox"/> Folleto o póster <input type="checkbox"/> Personal de HS / EHS <input type="checkbox"/> Ex padre/madre <input type="checkbox"/> Evento comunitario <input type="checkbox"/> Agencia comunitaria <input type="checkbox"/> Otro:

LEA, FIRME Y PONGA LA FECHA EN SU SOLICITUD	
Entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia. Además, entiendo que esta es una solicitud de servicios que se pagan con fondos federales y que proporcionar intencionalmente información engañosa, incorrecta o falsa por naturaleza, podría dar como resultado la cancelación de la inscripción de mi hijo(a) en Head Start / Early Head Start y para mi podría tener graves consecuencias legales. Head Start / Early Head Start de NACOG no discrimina basado en la raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, represalia o represalia por actividades anteriores de derechos civiles en ningún programa o actividad realizada o financiada por el USDA.	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No: Doy mi consentimiento para que se tomen fotos y videos de mi hijo en Head Start para su uso en periódicos, folletos, televisión, tableros de anuncios y en sitios de redes sociales con fines de relaciones de propaganda y públicas.	
Firma del Padre / Tutor:	Fecha:
Firma de la Madre/ Tutor:	Fecha:

DOCUMENTOS QUE NECESITARÁ:

- Solicitud completa de Head Start / Early Head Start** (este formulario)
- Verificación de ingresos:** los documentos deben mostrar sus ingresos **de los últimos 12 meses**. Todos los ingresos de los padres o tutores deben presentarse. Esto incluye, pero no se limita a:
 - **La última declaración de impuestos federales sobre la renta (1040) o W-2 de todos los empleadores**
 - **Recibos de pago de los últimos 12 meses**
 - **Manutención de niños**
 - **Carta de adjudicación de ingresos de seguridad de TANF(Asistencia Temporal para Familias con Necesidades.) y / o suplemento**
- Certificado (s) de nacimiento** (para el solicitante infantil)
- Registro de vacunas** (para niños solicitantes)
- IEP actual (Plan de educación individualizado) o IFSP (Plan de servicio familiar individualizado)** (para el solicitante infantil, si corresponde)
- Documentos legales / órdenes judiciales para niños con familias postizas** (si corresponde)

Siga NACOG Head Start en:

