



Crossroads Head Start / Early Head Start Informacion del Aspirante

Nombre Adulto Primario _____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de Nino Aplicando _____ Fecha de Nacimiento _____

Quisiera que mi nino atendiera al Head Start/Early Head Start en: _____

¿Cuántas horas necesitan? _____ ¿Cuál es su distrito escolar/lo más cerca posible escuela primaria? _____

¿Donde oyo usted de Head Start? _____

Informacion de General				
Direccion Viva	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Condado
Direccion Que Envia	Ciudad	Estado	Codigo Postal	Condado
Numero de Telefono	Casa, Trabajo, Celular, etc	Primario	Notas	
()		()		
()		()		
()		()		
# en Casa	# en Familia	Numero de Ninos	# Edades 0-3	# Edades 4-5
Estado del Padre () Uno () Dos	Lengua Primaria en el Pais	TANF () Si () No () Antes	SSI () Si () No	WIC () Si () No
Esta su familia actualmente sin hogar? () Si () No	Fue Usted referido a nuestros servicios, por alguna agencia de asistencia publica? () Si () No		Esta recibiendo asistencia suplemental de nutricion como el programa de estanpillitas de comida? () Si () No	
Algun miembro de la Familia/Guardian pertenece a la Armada Estado Unidense (US Army)? () Si () No		Implementar? () Si () No	El nino tiene una inhabilidad o una necesidad especial: () ninquin () si Si si, diagnosis, fecha y fuente de la elasticidad:	
Notas				

Contactos de la Emergencia				
Contacto 1	Nombre	Relacion al Nino	() Contacto de la Emergencia () Lance al Nino a	
	Direccion		Ciudad	Estado Codigo Postal
	Telefono 1	Tipo/Notas	Telefono 2	Tipo/Notas
Contacto 2	Nombre	Relacion al Nino	() Contacto de la Emergencia () Lance al Nino a	
	Direccion		Ciudad	Estado Codigo Postal
	Telefono 1	Tipo/Notas	Telefono 2	Tipo/Notas
Contacto 3	Nombre	Relacion al Nino	() Contacto de la Emergencia () Lance al Nino a	
	Direccion		Ciudad	Estado Codigo Postal
	Telefono 1	Tipo/Notas	Telefono 2	Tipo/Notas

Doctor/Dentista				
Nombre del Doctor/de la Oficina	Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Numero de Telefono ()		Numero de Fax ()		
Nombre del Dentista/de la Oficina	Direccion	Ciudad	Estado	Codigo Postal
Numero de Telefono ()		Numero de Fax ()		

Certifico que esta informacion es verdad. Si cualquier parte es falsa, mi participacion en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar conforme a la demanda legal. Tambien entiendo que la informacion en este uso sera llevada a cabo en confianza terminante dentro de la agencia y es accesible a mi durante horas de oficina normales.

Firma del Padre/del Guarda _____ Date _____

Verifying Staff Signature _____ Date _____



Crossroads Head Start / Early Head Start Informacion del Miembro de Familia

Adulto Uno	Nombre Completo (Apellido, Nombre Medio)		Nombre Preferido		Sufijo (Jr, Sr, II, III, etc)	
	Fecha de Nacimiento	Sexo M F	Lengua Primaria	Habilidad Inglesia () Ninguno () Pobre () Moderado () Perito		
	Raza () Hispano () Asiatico () Americano Africano () Blanco () Isleno Pacifico () Nativo Americano () Otro : _____		Employment Status () Full Time () Part Time () Retirado () En Escuela () Empleo Independiente () Parados		Ocupacion/Empleo	
	Nivel de la Educacion		() Vidas con el Nino () Proporciona la Ayuda Financiera () Padre Adolescente () Subvencionado			

Adulto Dos	Nombre Completo (Apellido, Nombre Medio)		Nombre Preferido		Sufijo (Jr, Sr, II, III, etc)	
	Fecha de Nacimiento	Sexo M F	Lengua Primaria	Habilidad Inglesia () Ninguno () Pobre () Moderado () Perito		
	Raza () Hispano () Asiatico () Americano Africano () Blanco () Isleno Pacifico () Nativo Americano () Otro : _____		Employment Status () Full Time () Part Time () Retirado () En Escuela () Empleo Independiente () Parados		Ocupacion/Empleo	
	Nivel de la Educacion		() Vidas con el Nino () Proporciona la Ayuda Financiera () Padre Adolescente () Subvencionado			

Nino Uno- Aplicacion	Nombre Completo (Apellido, Nombre Medio)		Nombre Preferido		Sufijo (Jr, Sr, II, III, etc)	
	Fecha de Nacimiento	Sexo M F	Lengua Primaria	Habilidad Inglesia () Ninguno () Pobre () Moderado () Perito		
	Aplicacion () Si () No	Raza () Hispano () Asiatico () Americano Africano () Blanco		Elegibilidad de Medicaid () En Medicaid () Potencialmente () Antes		
	Origen Nacional	() Isleno Pacifico () Nativo Americano () Otro : _____		Numero de Medicaid		
	Relacion al Adulto Uno		Relacion al Adulto Dos		Cobertura de Salud Primaria	
					La Otra Cobertura de Salud	

Nino Dos	Nombre Completo (Apellido, Nombre Medio)		Nombre Preferido		Sufijo (Jr, Sr, II, III, etc)	
	Fecha de Nacimiento	Sexo M F	Lengua Primaria	Habilidad Inglesia () Ninguno () Pobre () Moderado () Perito		
	Aplicacion () Si () No	Raza () Hispano () Asiatico () Americano Africano () Blanco		Elegibilidad de Medicaid () En Medicaid () Potencialmente () Antes		
	Origen Nacional	() Isleno Pacifico () Nativo Americano () Otro : _____		Numero de Medicaid		
	Relacion al Adulto Uno		Relacion al Adulto Dos		Cobertura de Salud Primaria	
					La Otra Cobertura de Salud	

Nino Tres	Nombre Completo (Apellido, Nombre Medio)		Nombre Preferido		Sufijo (Jr, Sr, II, III, etc)	
	Fecha de Nacimiento	Sexo M F	Lengua Primaria	Habilidad Inglesia () Ninguno () Pobre () Moderado () Perito		
	Aplicacion () Si () No	Raza () Hispano () Asiatico () Americano Africano () Blanco		Elegibilidad de Medicaid () En Medicaid () Potencialmente () Antes		
	Origen Nacional	() Isleno Pacifico () Nativo Americano () Otro : _____		Numero de Medicaid		
	Relacion al Adulto Uno		Relacion al Adulto Dos		Cobertura de Salud Primaria	
					La Otra Cobertura de Salud	

Otras miembros de la Familia

Adulto/Nino	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Sexo	Relacion

() Compruebe aqui si hay otros ninos en el hogar. Si es asi enumere en la parte posterior (incluya por favor toda la informacion, como sea posible)

Certifico que esta informacion es verdad. Si cualquier parte es falsa, mi participacion en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar conforme a la demanda legal. Tambien entiendo que la informacion en este uso sera llevada a cabo en confianza terminante dentro de la agencia y es accesible a mi durante horas de oficina normales.

Firma del Padre/del Guarda _____ Fecha _____

Verifying Staff Signature _____ Fecha _____