



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Head Start 2023-2024

Centro de preferencia: _____ Segunda opción: _____

Por favor seleccione el programa de su preferencia:

- Head Start: 6 horas (L-V 9am – 3pm)
 Head Start: 8 horas (L-V 8:30am – 4:30pm) Padre o madre/tutor debe estar trabajando o en la escuela
 Head Start: 10 horas (L-V 7:30am-5:30pm) El Padre o madre/tutor debe tener vouchers CCDF

Niño para el que solicita la inscripción:

Nombre		Apellido		Fecha de nacimiento	Sexo
				/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Raza	Hispano	Dominio del ingles	Otro idioma	Dominio de otro idioma	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Ameri./nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islas del pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-Racial/Bi-Racial <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Chin <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy bueno	
Cobertura de salud primaria		Otra/Cobertura secundaria		Elegibilidad de Medicaid	Seguro/# de Medicaid
<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado (por el individuo/por el empleador) <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado (por el individuo/por el empleador) <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Otro:		<input type="checkbox"/> Sin elegibilidad <input type="checkbox"/> Con Medicaid <input type="checkbox"/> solicitud en tramite	
Cobertura Dental	# de Cobertura Dental	Nombre del consultorio dental, dirección y # de teléfono		Nombre del consultorio médico, dirección y # de teléfono	
¿Tiene su hijo un hermano/a que actualmente asiste a Head Start/Early Head Start: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, nombre del hermano/a: _____					
¿Tiene su hijo alguna discapacidad, salud especial o preocupación sobre su desarrollo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Se recabara más información durante la entrevista)					
¿Tiene su hijo un Plan de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en ingles) o un Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP por sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (p. ej.; Habla, de desarrollo, terapia ocupacional)					

Adulto principal:

Nombre		Apellido		Fecha de nacimiento	Sexo
				/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Raza	Hispano	Dominio del ingles	Otro idioma	Dominio de otro idioma	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Ameri./nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islas del pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-Racial/Bi-Racial <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Chin <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy bueno	
Nivel más alto de estudios	Estado laboral		Parentesco/relación con el niño	Custodia	Marque todo lo que aplique para este adulto
<input type="checkbox"/> Entrenamiento Avanzado <input type="checkbox"/> Grado Tec. Superior (Asociados) <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Educación media superior (GED) <input type="checkbox"/> Certificado de preparatoria <input type="checkbox"/> Grado 9 o menos <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 12	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo completo & escuela <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Medio tiempo & escuela <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Escuela /entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado		<input type="checkbox"/> Biológico/ adoptado/hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrina/sobrino <input type="checkbox"/> Adopción temporal <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Proporciona ayuda financiera <input type="checkbox"/> Padre/Madre adolescente
¿Necesita un intérprete para su cita?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿para qué idioma?: _____					

Dirección electronica:

Adulto secundario:

Nombre		Apellido		Fecha de nacimiento	Sexo
				/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Raza	Hispano	Dominio del ingles	Otro idioma	Dominio de otro idioma	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Ameri./nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islas del pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multi-Racial/Bi-Racial <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy bueno	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Birmano <input type="checkbox"/> Chin <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Muy bueno	
Nivel más alto de estudios	Estado laboral		Parentesco/relación con el niño	Custodia	Marque todo lo que aplique para este adulto
<input type="checkbox"/> Entrenamiento Avanzado <input type="checkbox"/> Grado Tec. Superior (Asociados) <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Algo de universidad <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Educación media superior (GED) <input type="checkbox"/> Certificado de preparatoria <input type="checkbox"/> Grado 9 o menos <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 12	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo completo & escuela <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Medio tiempo & escuela <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Escuela /entrenamiento <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado		<input type="checkbox"/> Biológico/ adoptado/hijastro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Sobrina/sobrino <input type="checkbox"/> Adopción temporal <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Parcial	<input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Proporciona ayuda financiera <input type="checkbox"/> Padre/Madre adolescente

Applicant Name: _____ DOB: _____

Dirección electrónica: _____

Información de la familia

Estado Parental	Idioma principal del hogar	Familia sin vivienda	Militar Activo	Militar Veterano	Enviado por Dept. Serv. del Menor	Recibiendo SNAP	WIC	Ingreso suplementario del seguro social (SSI)	Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF)
<input type="checkbox"/> padre/madre soltero/a <input type="checkbox"/> ambos padres		<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	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Adulto principal

Dirección donde vive	# de departamento	Ciudad, estado	Código postal	Condado
				<input type="checkbox"/> Marion <input type="checkbox"/> Hamilton
Dirección postal (si es diferente)	# de departamento	Ciudad, estado	Código postal	Condado
				<input type="checkbox"/> Marion <input type="checkbox"/> Hamilton
¿Es esta la dirección legal del niño?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Numero de teléfono	Tipo (marque uno)		Notas (ext. o mejor hora para llamar)	Mensajes de texto
	<input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> otro			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> otro			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Adulto secundario

Dirección donde vive	# de departamento	Ciudad, estado	Código postal	Condado
				<input type="checkbox"/> Marion <input type="checkbox"/> Hamilton
Dirección postal (si es diferente)	# de departamento	Ciudad, estado	Código postal	Condado
				<input type="checkbox"/> Marion <input type="checkbox"/> Hamilton
¿Es esta la dirección legal del niño?: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Numero de teléfono	Tipo (marque uno)		Notas (ext. o mejor hora para llamar)	Mensajes de texto
	<input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> otro			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	<input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> casa <input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> otro			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Otros niños de la familia que no este solicitando inscribirlos

Nombre	Apellido	Fecha de cumpleaños	Parentesco/relación con el niño	Sexo
		/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
		/ /		<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F

Por favor responda a las siguientes preguntas:

- ¿Su hijo tiene algún temor?
 - nunca- a veces - a menudo
- ¿Su hijo forma fácilmente relaciones con adultos y/o compañeros?
 - nunca- a veces - a menudo
- ¿Considera a su hijo curioso?
 - nunca- a veces - a menudo
- ¿Su niño puede hacerse cargo apropiadamente de sus propias necesidades?
 - nunca- a veces - a menudo

CONSENTIMIENTO DEL PADRE O MADRE/TUTOR

Entiendo que esta es una **UNICAMENTE** una solicitud y no garantiza la inscripción en el programa. Toda la información es confidencial. También entiendo que debo mantener a Head Start informado de cualquier cambio de dirección o número de teléfono. Soy legalmente responsable de este niño.

Padre o Madre/Tuto

Fecha de la solicitud



Family Development Services
— A Head Start Organization —

**CENTROS DE HEAD START
 PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN LLAME O VISITE LOS SIGUIENTES CENTROS, O VISITE
 NUESTRO SITIO WEB:**

Centros de Head Start en el Condado de Marion

CENTRO C.A.F.E. Head Start de 3-5 años de edad	8902 East. 38th Street 46226	Oficina: (317) 803-9607 Fax: (317) 803-9610
EAGLEDALE Head Start de 3-5 años de edad	5425 W. 34th Street 46224	Oficina: (317) 282-0126 Fax: (317) 803-4493
CENTRO GOODWIN Head Start 3yrs- 5yrs old de 3-5 años de edad	3935 W. Mooresville Rd. 46221	Oficina: (317) 472-6900 Fax: (317) 472-6902
PIKE PLAZA Head Start de 3-5 años de edad	5520 W. 38th Street 46254	Oficina: (317) 563-8334 Fax: (317) 563-8339
SERVICE CENTER 2 Head Start de 3-5 años de edad	3637 N. Meridian Street 46208	Oficina: (317) 803-3804 Fax: (317) 803-4493
CENTRO SOUTHEAST Head Start de 3-5 años de edad	4024 Madison 46227	Oficina: (317) 803-9480 Fax: (317) 803-9483
CENTRO SOUTHWEST Head Start de 3-5 años de edad	1130 S. Kappes Street 46221	Oficina: (317) 803-9576 Fax: (317) 803-9581
WINDSOR VILLAGE EAST Head Start 3-5 años de edad	5950 East 23rd Street 46218	Oficina: (317) 536-2059 Fax: (317) 536-2067
WINDSOR VILLAGE WEST Head Start 3-5 años de edad	5950 East 23rd Street 46218	Oficina: (317) 803-4654 Fax: (317) 803-9766

Centros de Head Start en el Condado Hamilton

CENTRO HAMILTON COUNTY HEAD START Head Start 3-5 años de edad	17645 Oakmont Dr. Noblesville, IN 46062	Oficina (317) 219-3839 Fax: (317) 219-3845
---	--	---