



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EARLY HEAD START 2024-2025

Centro de preferencia: _____ Segunda opción: _____

Por favor seleccione el programa de su preferencia: Early Head Start: de lunes a viernes 9am – 3:30pm

Early Head Start: de lunes a viernes 7:30am – 5:30pm.

El Padre o madre/tutor **debe** tener vouchers CCDF.

Tiene usted actualmente vouchers CCDF? Si No

Niño para el que solicita la inscripción:

Nombre		Apellido			Fecha de nacimiento	Sexo
					/ /	q M q F
Raza	Hispano	Dominio del inglés	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/Islands 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 trámite		
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 recabará más información durante la entrevista)						
¿Tiene su hijo un Plan de Educación Individualizado (IEP por sus siglas en inglés) 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
					/ /	q M q F
Raza	Hispano	Dominio del inglés	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/Islands 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 electrónica:

Adulto secundario:

Nombre		Apellido			Fecha de nacimiento	Sexo
					/ /	q M q F
Raza	Hispano	Dominio del inglés	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/Islands 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							

Adulto principal

Dirección donde vive	# de departamento	Ciudad, estado	Código postal	Condado
				q Marion q Hamilton
Dirección postal (si es diferente)	# de departamento	Ciudad, estado	Código postal	Condado
				q Marion q Hamilton

¿Es esta la dirección legal del niño?: Si 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
				q Marion q Hamilton
Dirección postal (si es diferente)	# de departamento	Ciudad, estado	Código postal	Condado
				q Marion q Hamilton

¿Es esta la dirección legal del niño?: Si 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
		/ /		q M q F
		/ /		q M q F
		/ /		q M q F
		/ /		q M q 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 EARLY HEAD START

Para mayor información por favor llame o visite los siguientes centros

Centros de Early Head Start del Condado de Marion

Eagledale Early Head Start 12 meses a 3 años de edad	5425 W. 34th Street 46224	Oficina:(317) 282-0126 Fax: (317) 803-4493
PIKE PLAZA Early Head Start 6 semanas a 3 años de edad	5520 W. 38th Street 46254	Oficina:(317) 563-8334 Fax: (317) 563-8339
SOUTHEAST Early Head Start 6 semanas a 3 años de edad	933 E. Hanna Avenue 46227	Oficina:(317) 803-9480 Fax: (317) 803-9483
SOUTHWEST Early Head Start 12 meses a 3 años de edad	1130 S. Kappes Street 46221	Oficina:(317) 803-9576 Fax: (317) 803-9581
WINDSOR VILLAGE WEST Early Head Start 6 semanas a 3 años de edad	5950 East 23rd Street 46218	Oficina:(317) 803-4654 Fax: (317) 803-9766

Centros de Early Head Start del Condado de Hamilton

HAMILTON COUNTY Early Head Start 6 semanas a 3 años de edad	17645 Oakmont Dr. Noblesville, IN 46062	Oficina:(317) 219-3839 Fax: (317) 219-3845
---	--	---

www.fds.org