



# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN Head Start 2024-2025

Centro de preferencia: \_\_\_\_\_ Segunda opción: \_\_\_\_\_

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

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:

<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b>
				/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Raza</b>	<b>Hispano</b>	<b>Dominio del ingles</b>	<b>Otro idioma</b>	<b>Dominio de otro idioma</b>	
<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	
<b>Cobertura de salud primaria</b>		<b>Otra/Cobertura secundaria</b>		<b>Elegibilidad de Medicaid</b>	<b>Seguro/# de Medicaid</b>
<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	
<b>Cobertura Dental</b>	<b># de Cobertura Dental</b>	<b>Nombre del consultorio dental, dirección y # de teléfono</b>		<b>Nombre del consultorio médico, dirección y # de teléfono</b>	
¿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:

<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b>
				/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Raza</b>	<b>Hispano</b>	<b>Dominio del ingles</b>	<b>Otro idioma</b>	<b>Dominio de otro idioma</b>	
<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	
<b>Nivel más alto de estudios</b>	<b>Estado laboral</b>		<b>Parentesco/relación con el niño</b>	<b>Custodia</b>	<b>Marque todo lo que aplique para este adulto</b>
<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"/> Partial	<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?: _____					
<b>Dirección electronica:</b>					

## Adulto secundario:

<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b>
				/ /	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
<b>Raza</b>	<b>Hispano</b>	<b>Dominio del ingles</b>	<b>Otro idioma</b>	<b>Dominio de otro idioma</b>	
<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	
<b>Nivel más alto de estudios</b>	<b>Estado laboral</b>		<b>Parentesco/relación con el niño</b>	<b>Custodia</b>	<b>Marque todo lo que aplique para este adulto</b>
<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"/> Partial	<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?:  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
				<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?:  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 qué 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

Por favor responda a las siguientes preguntas:

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

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

**Centros de Head Start en el Condado Hamilton**

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