



# SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EARLY HEAD START 2022-2023

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

Por favor seleccione el programa de su preferencia:  Early Head Start: Lunes a viernes 8:30am – 4:30pm Ambos padres/tutor **deben** estar trabajando o en la escuela a menos que el niño tenga un IFSP

## Niño para el que solicita la inscripción:

<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>			<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b>
					/ /	q M q F
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Dominio del inglés</b>	<b>Otro idioma</b>	<b>Dominio de otro idioma</b>	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Amer./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 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:

<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>			<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b>
					/ /	q M q F
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Dominio del inglés</b>	<b>Otro idioma</b>	<b>Dominio de otro idioma</b>	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Amer./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?: _____						

## Dirección electrónica:

## Adulto secundario:

<b>Nombre</b>		<b>Apellido</b>			<b>Fecha de nacimiento</b>	<b>Sexo</b>
					/ /	q M q F
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>	<b>Dominio del inglés</b>	<b>Otro idioma</b>	<b>Dominio de otro idioma</b>	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Amer./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 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 EARLY HEAD START

Para mayor información por favor llame o visite los siguientes centros

### Centros de Early Head Start del Condado de Marion

<b>Eagledale</b> <b>Early Head Start</b> 12 meses a 3 años de edad	<b>5425 W. 34<sup>th</sup> Street</b> <b>46224</b>	<b>Oficina:(317) 282-0126</b> <b>Fax: (317) 803-4493</b>
<b>GOODWIN</b> <b>Early Head Start</b> 6 semanas a 3 años de edad	<b>3935 W. Mooresville</b> <b>Rd. 46221</b>	<b>Oficina:(317) 472-6900</b> <b>Fax: (317) 472-6902</b>
<b>PIKE PLAZA</b> <b>Early Head Start</b> 6 semanas a 3 años de edad	<b>5520 W. 38<sup>th</sup> Street</b> <b>46254</b>	<b>Oficina:(317) 563-8334</b> <b>Fax: (317) 563-8339</b>
<b>SOUTHEAST</b> <b>Early Head Start</b> 6 semanas a 3 años de edad	<b>933 E. Hanna Avenue</b> <b>46227</b>	<b>Oficina:(317) 803-9480</b> <b>Fax: (317) 803-9483</b>
<b>SOUTHWEST</b> <b>Early Head Start</b> 12 meses a 3 años de edad	<b>1130 S. Kappes Street</b> <b>46221</b>	<b>Oficina:(317) 803-9576</b> <b>Fax: (317) 803-9581</b>
<b>WINDSOR VILLAGE</b> <b>WEST</b> <b>Early Head Start</b> 6 semanas a 3 años de edad	<b>5950 East 23<sup>rd</sup> Street</b> <b>46218</b>	<b>Oficina:(317) 803-4654</b> <b>Fax: (317) 803-9766</b>

### Centros de Early Head Start del Condado de Hamilton

<b>HAMILTON COUNTY</b> <b>Early Head Start</b> 6 semanas a 3 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>
---	--	---

[www.fds.org](http://www.fds.org)