



Aplicación para Early Head Start 20 - 20 (Spanish)

Denise Louie Education Center
 5333 15th Ave. S.
 Seattle, WA 98108
 (206) 767-8223

Información Prenatal (Prenatal Information)	<p>Complete si está embarazada (complete if pregnant): Nombre (Name of mother):</p> <p>Fecha estimada de nacimiento (Due date): Fecha de nacimiento de la madre (Date of birth): ¿Ha tenido dificultades con su embarazo? (Difficulties during pregnancy?) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p>
Información del niño (Child Information)	<p>Nombre del niño (Apellido, Nombre) (Child name):</p> <p>Fecha de nacimiento (Date of birth): Sexo (Sex) (m/f):</p> <p>Teléfono (casa) (Home phone): Teléfono (trabajo) (Work phone):</p> <p>Numero de mensaje #: Nombre del mensajero:</p> <p>Dirección de Hab. (Address): (Ciudad/Estado/Zip)</p> <p>Somos una familia sin hogar. (Esto significa que su familia vive en un carro, parque, hotel, refugio de emergencia, vivienda transitoria, o su familia esta viviendo con otra familia temporalmente.) (Homeless family) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Marque todas las opciones que apliquen: <input type="checkbox"/> Refugio (shelter) <input type="checkbox"/> Sin refugio (unsheltered) <input type="checkbox"/> Casa temporal o transitoria (temporary transitional housing) <input type="checkbox"/> Viviendo con un familiar (living with another family) <input type="checkbox"/> motel/hotel</p> <p>¿Que idioma(s) habla su niño? (What language does your child speak?)</p> <p>Origen étnico del niño (marque uno) (Ethnic origen of child) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano</p> <p>Raza del niño (Race of child): <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Esquimal <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño asiático del pacífico <input type="checkbox"/> Birracial</p> <p>¿Tiene preocupaciones acerca de su niño? (Do you have concerns about your child?) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Marque todas las opciones los que apliquen. <input type="checkbox"/> Salud dental <input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje <input type="checkbox"/> Impedimentos auditivos o de habla <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Salud físico <input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/> Abuso <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Estaba en cuidado adoptivo temporal <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p>¿Esta éste niño en IFSP/IEP (Educación Especial) (Special education)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿Tiene su niño seguro médico? (Does the child have medical insurance?) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Nombre del seguro médico (Name of medical insurance): <input type="checkbox"/> Cupones de DSHS <input type="checkbox"/> Washington Apple Health <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> del seguro medico</p> <p>¿Tiene su niño seguro dental? (Does the child have dental insurance?) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Nombre del seguro dental (Name of dental insurance):</p>

Información de la familia (Family Information)

El niño vive con (Child lives with): <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Dos padres ¿Es usted un padre adolescente? (Teen parent?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
El niño es (Child is): <input type="checkbox"/> Biológico o adoptado (biological or adopted) <input type="checkbox"/> Cuidado adoptivo temporal (temporary/foster care) <input type="checkbox"/> Nieto(a) (grandchild) <input type="checkbox"/> Otro			
¿Hay mas niños viviendo en casa (además del niño que esta aplicando)? (Additional children living in the home?) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuantos tienen 0-2.11 meses? _____ ¿Cuantos tienen 3-5 años? _____ ¿Cuantos tienen 6 años o mas? _____			
Nombres de los niños (Name of children)	Sexo (m/f) (Sex)	Fecha de nacimiento (Date of birth)	Matriculados en EHS/HS (Enrolled in EHS/HS)
¿Tienes preocupaciones de ti mismo o algún miembro familiar? (Concerns about yourself or family?) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Marque todas las opciones que apliquen. <input type="checkbox"/> Provisión de vivienda <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Discapacidades <input type="checkbox"/> Violencia de familia <input type="checkbox"/> Dificultades de aprendizaje <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o alcoholismo <input type="checkbox"/> Inmigración <input type="checkbox"/> Salud mental <input type="checkbox"/> Despliegue militar <input type="checkbox"/> Asuntos legales <input type="checkbox"/> Problemas de salud <input type="checkbox"/> Padres encarcelados <input type="checkbox"/> Otro _____			
Referido de una agencia especial (Referral from agency):			
¿Hay otros adultos viviendo en casa? (Other adults living in home?) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si ¿Cuál es su contribución financiera? (What is their financial contribution?) <u>Nombre (Name)</u> _____ <u>Relación con el niño (Relation to child)</u> _____			
Nombre del Padre/Tutor (Parent Name)		Nombre del Padre/Tutor (Parent Name)	
Madre/Padre/Otro (marque por favor) Fecha de nacimiento _____		Madre/Padre/Otro (marque por favor) Fecha de nacimiento _____	
Raza/origen étnico: _____		Raza/origen étnico: _____	
Dirección (si es diferente a la niño)		Dirección (si es diferente del niño)	
# de teléfono:		# de teléfono:	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	
¿Que idioma(s) habla?: ¿Tiene seguro medico/dental?: ¿Necesita un intérprete para participar en el programa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Que idioma(s) habla?: ¿Tiene seguro medico/dental?: ¿Necesita un intérprete para participar en el programa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Información de la Familia (Family Information)	<p>Nivel de educación (marque el nivel mas alto que na completado) (Level of education)</p> <p><input type="checkbox"/> Octavo grado o menos</p> <p><input type="checkbox"/> Noveno grado</p> <p><input type="checkbox"/> Décimo grado</p> <p><input type="checkbox"/> Undécimos grado</p> <p><input type="checkbox"/> Duodécimos grado/Preparatoria <input type="checkbox"/> GED</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela Técnica</p> <p><input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> BA o mas</p>	<p>Nivel de educación (marque el nivel mas alto queha completado) (Level of education)</p> <p><input type="checkbox"/> Octavo grado o menos</p> <p><input type="checkbox"/> Noveno grado</p> <p><input type="checkbox"/> Décimo grado</p> <p><input type="checkbox"/> Undécimos grado</p> <p><input type="checkbox"/> Duodécimos grado/Preparatoria <input type="checkbox"/> GED</p> <p><input type="checkbox"/> Escuela Técnica</p> <p><input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> BA o mas</p>
	<p>¿Tiene trabajo actualmente? (Currently employed?) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Tiempo completo (35 horas o más por semana) (Full time >35 hours/week)</p> <p>Tiempo parcial (35 horas o menos por semana) (Part time <35 hours/week)</p> <p>Nombre del empleador: (Name of employer)</p> <p>Ingreso Mensual _____ Anual _____ (Monthly and yearly income)</p> <p>Número de personas depedientes de los ingresos _____ (Number of people supported by income)</p> <p>Usted o alguien en su familia recibe: (Do you or someone in the family receive:)</p> <p>SSI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>ID# _____</p> <p>TANF <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>ID# _____</p> <p>La familia recibe TANF a través del: ____ Programa llamado Embarazo hacia el Empleo (Pregnancy to Employment Pathway)</p> <p>____ Programa de Realojamiento Rápido (Rapid Re-housing Pathway)</p> <p>SNAP (Estampillas de comida): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>WIC <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>ID# _____</p> <p>Servicio Militar Activo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Veterano(a)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>	<p>¿Tiene trabajo actualmente? (Currently employed?) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Tiempo completo (35 horas o más por semana) (Full time >35 hours/week)</p> <p>Tiempo parcial (35 horas o menos por semana) (Part time <35 hours/week)</p> <p>Nombre del empleador: (Name of employer)</p> <p>Ingreso Mensual _____ Anual _____ (Monthly and yearly income)</p> <p>Número de personas depedientes de los ingresos _____ (Number of people supported by income)</p> <p>Usted o alguien en su familia recibe: (Do you or someone in the family receive:)</p> <p>SSI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>ID# _____</p> <p>TANF <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>ID# _____</p> <p>La familia recibe TANF a través del: ____ Programa llamado Embarazo hacia el Empleo (Pregnancy to Employment Pathway)</p> <p>____ Programa de Realojamiento Rápido (Rapid Re-housing Pathway)</p> <p>SNAP (Estampillas de comida): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>WIC <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>ID# _____</p> <p>Servicio Militar Activo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p> <p>Veterano(a)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si</p>

Para mi conocimiento, la información escrita en este formulario es real y verdadera. El ser aceptado en Early Head Start (EHS) esta determinado por los requisitos estipulados, incluyendo los ingresos. Una vez que un niño ha sido determinado por Early Head Start como elegible, si cualquier información proporcionada por el padre/tutor, utilizada para determinar la elegibilidad es inexacta o fraudulenta, DLEC terminará inmediatamente los servicios de Early Head Start.

(To the best of my knowledge, the information on these forms is factual and true. Participation in Early Head Start is determined by mandated eligibility requirements, including income. Once a child has been determined Early Head Start eligible, should any information provided by the parent/guardian and used to determine that eligibility be found to be inaccurate or fraudulent, DLEC will immediately terminate Early Head Start services.)

Firma de Padre/Tutor Legal
(Parent/Guardian Signature)

Fecha
(Date)

Actualización de la Fecha de Aplicación: _____
(Updated Application Date)

Firma de Padre/Tutor Legal
(Parent/Guardian Signature)