

Gracias por su interés en nuestro programa. Esta aplicación se utiliza para inscribir a niños en el programa Head Start of Laramie. A continuación, hay una lista de todos los documentos de respaldo que debemos tener ANTES de que podamos considerar a su hijo para la inscripción. Por favor, mantenga esta página para usar como una lista de verificación.

Por favor, asegúrese de completar TODAS LAS SECCIONES de la aplicación. Un miembro del personal se reunirá con usted para revisar la solicitud y cualquier documento que proporcione. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud, pase por la oficina principal o llame al (307) 742 - 6792.

**\*\* TENGA EN CUENTA: los miembros del personal individual no toman la decisión final sobre qué niños son elegibles para asistir al programa Head Start o Laramie. Un equipo de selección toma la decisión final sobre la inscripción de acuerdo con los Estándares de Desempeño del Programa Head Start.**

**Por favor entregue los siguientes documentos con la solicitud de su hijo:**

**\_\_\_ Licencia de conducir u otra forma de identificación (por ejemplo, pasaporte) para adultos que completen esta solicitud**

**\_\_\_ Prueba de todos los ingresos u otras ayudas económicas que recibe la familia**

* Ejemplos de comprobantes de ingresos pueden incluir:
  + talones de pago
  + Copia de la declaración de impuestos del año anterior.
  + Una declaración escrita de su empleador (incluidas las horas / semana trabajadas, el salario / hora y la fecha de inicio)
  + Carta de adjudicación financiera, becas, ayudas, etc.
  + documentación de manutención de los hijos
  + declaraciones de SSI
  + declaraciones de POWER o TANF
  + prestaciones por desempleo
  + Una declaración de no ingreso (incluida la forma en que su familia recibe apoyo: amigos, familia, etc.)

**\_\_\_\_ Documento de nacimiento para la solicitud del menor: (certificado de nacimiento, pasaporte, inmunización o registros médicos, etc.)**

**\_\_\_ Copia del registro de vacunación del niño (si es posible)**

Traiga todos los documentos necesarios para:

**Head Start de Laramie**

**365 W. Grand Ave., Laramie, WY 82072**



Date Application Received:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Age: \_\_\_\_\_ Rec’d by: \_\_\_\_\_

Docs:

Inc. Doc. BD Imm. Rec.

Solicitud de Head Start de Laramie

CADA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE

Género: M F

El nombre del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Orinal entrenado: (Por favor circule) Sí No ¿Como va eso? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lenguaje primario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­ Idioma primario hablado en el hogar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿En qué idioma prefiere recibir material escrito? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Raza / etnicidad (marque todos los que correspondan):

\_\_\_ Indio americano / nativo de Alaska \_\_\_ asiático

\_\_\_ negro o afroamericano \_\_\_ hispano o latino

\_\_\_ Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico \_\_\_ Blanco

\_\_\_ Multirracial

\_\_\_ Otro (por favor especifique): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Información del seguro infantil: (**por favor, circule lo que más claramente se aplica para su hijo**)**

Medicaid Kidcare CHIP Seguro Privado No hay seguro

Médico actual del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dentista actual del niño: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo en las siguientes áreas (marque todas las que correspondan)?

\_\_\_ comportamiento

\_\_\_ Habla

\_\_\_ Habilidad de aprender

\_\_\_ Preocupaciones de salud

\_\_\_ problemas de salud mental

\_\_\_ Otros (especificar) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está su hijo actualmente en un IEP / IFSP para una discapacidad? (por favor circule) Sí No No estoy seguro

En caso afirmativo, ¿qué servicios? Por favor explique \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­\_

­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Por favor circule todos los servicios que su familia recibir

**SNAP / Estampillas para comida WIC POWER o TANF SSI Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Información principal del padre / tutor legal Información del padre / tutor legal secundario**

|  |  |
| --- | --- |
| **Noche**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Género**: M F **Fecha de nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Relación con el niño (marque todo lo que corresponda):**  \_\_\_ Padres biológicos \_\_\_ Padres adoptivos  \_\_\_Padrastro \_\_\_ Guardián legal  \_\_\_ Padres adoptivos \_\_\_Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **¿Vive el niño con este padre?**  \_\_\_Todo el tiempo \_\_\_Algunas veces \_\_\_No  **Empleador:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_ Tiempo completo medio Tiempo  \_\_\_Pago semanal \_\_\_Pago quincenal  \_\_\_Pago mensual \_\_\_ Desempleado  \_\_\_Se queda en casa padre \_\_\_Estudiante  \_\_\_ Inhabilitado / Retirado  **¿Recibe salarios de (marque todo lo que corresponda):**  \_\_\_Trabajo \_\_\_SSI \_\_\_ SSDI \_\_\_ Desempleo  \_\_\_ Manutención de los hijos \_\_\_ Beneficios de veteranos  \_\_\_ Becas o becas para estudiantes \_\_\_ Ayuda financiera  \_\_\_ POWER/TANF/ Asistencia en efectivo  **Educación:** ¿Ha completado con éxito lo siguiente? (por favor marque todos los que apliquen)  \_\_\_ Jr. Alto o menos  \_\_\_ Escuela secundaria / Examen General equivalente a diploma secundaria  \_\_\_ Algo de universidad \_\_\_ BA o superior  Grado más alto completado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Estado civil**: \_\_\_Soletero \_\_\_ casado \_\_\_Separado \_\_\_Divorciado \_\_\_Viudo \_\_\_ Viviendo con un compañero  **¿Estás en servicio activo militar?** \_\_\_\_ Si no  **¿Eres un veterano?** \_\_\_\_ Si no  **Domicilio Vivo con código postal:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Envío Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | **Noche**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Género**: M F **Fecha de nacimiento**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Relación con el niño (marque todo lo que corresponda):**  \_\_\_ Padres biológicos \_\_\_ Padres adoptivos  \_\_\_Padrastro \_\_\_ Guardián legal  \_\_\_ Padres adoptivos \_\_\_Otros: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **¿Vive el niño con este padre?**  \_\_\_Todo el tiempo \_\_\_Algunas veces \_\_\_No  **Empleador:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_ Tiempo completo medio Tiempo  \_\_\_Pago semanal \_\_\_Pago quincenal  \_\_\_Pago mensual \_\_\_ Desempleado  \_\_\_Se queda en casa padre \_\_\_Estudiante  \_\_\_ Inhabilitado / Retirado  **¿Recibe salarios de (marque todo lo que corresponda):**  \_\_\_Trabajo \_\_\_SSI \_\_\_ SSDI \_\_\_ Desempleo  \_\_\_ Manutención de los hijos \_\_\_ Beneficios de veteranos  \_\_\_ Becas o becas para estudiantes \_\_\_ Ayuda financiera  \_\_\_ POWER/TANF/ Asistencia en efectivo  **Educación:** ¿Ha completado con éxito lo siguiente? (por favor marque todos los que apliquen)  \_\_\_ Jr. Alto o menos  \_\_\_ Escuela secundaria / Examen General equivalente a diploma secundaria  \_\_\_ Algo de universidad \_\_\_ BA o superior  Grado más alto completado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Estado civil**: \_\_\_Soletero \_\_\_ casado \_\_\_Separado \_\_\_Divorciado \_\_\_Viudo \_\_\_ Viviendo con un compañero  **¿Estás en servicio activo militar?** \_\_\_\_ Si no  **¿Eres un veterano?** \_\_\_\_ Si no  **Domicilio Vivo con código postal:**  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Envío Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono de casa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Enumere todos los miembros de la familia que viven en el hogar (adultos y niños):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Noche | Fecha de nacimiento | Relación con el niño que solicita: | Género |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**\*\* Si se necesita espacio adicional, use el espacio en la parte posterior Número total de personas: \_\_\_\_\_\_**

A veces, las familias pueden experimentar desafíos económicos o sociales que pueden crear estrés o dificultades. ¿Su familia está experimentando alguno de los siguientes? (Por favor, marque todos los siguientes que apliquen):

\_\_\_ Alojamiento de bajos ingresos

\_\_\_ Vivienda pagada por la iglesia u otra organización (por ejemplo, Interfaith Good Samaritan)

\_\_\_ personas sin hogar

\_\_\_ Vida temporal con familiares / amigos, motel o casa de seguridad

\_\_\_ Violencia familiar

\_\_\_ Participación en el Departamento de Servicios para la Familia (abuso / negligencia infantil o protección infantil)

\_\_\_ Orfanato

\_\_\_ Padres adolescentes (embarazadas o que dieron a luz antes de los 20 años de edad)

\_\_\_ Enfermedad grave / discapacidad (aplicación del niño o sus padres)

\_\_\_ Padre encarcelado (en la cárcel o prisión)

\_\_\_ Abuso de sustancias en el hogar (pasado o presente)

\_\_\_ el padre del niño fallecido

\_\_\_ No hay transporte

\_\_\_ Otros (especificar)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Ha asistido este niño o sus hermanos a Head Start antes? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ no**

**¿Han asistido otros miembros de la familia extendida a Head Start antes (padre, tía, etc.)? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_no**

Comentarios: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestro programa Head Start? (Familia, redes sociales, etc.) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***El no presentar todos los documentos requeridos demorará la colocación de su hijo en la lista de espera y / o la aceptación en el programa.***

\* Certifico que la información proporcionada en este formulario es precisa y veraz a mi leal saber y entender.

Escriba el nombre del padre o tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del padre / madre / tutor: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_