



**Educare es un centro de Head Start/Early Head Start de día completo.
Para calificar familias deben tener subsidio de guardería.
Es posible que habrá becas de forma limitada.**

Aplicación de Educare 2009-2010

Información del Niño	Información prenatal: (complete la línea debajo si usted esta embarazada)		
	Nombre de la Madre:	Fecha de Espera:	Fecha de Nacimiento de la Madre:
	Nombre del Niño (Apellido, Nombre)		Fecha de Nacimiento:
	# de Teléfono:	# para dejar mensaje:	<input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Mujer
	Dirección:	#/ Nombre de los Apartamentos:	Código Postal:
	Ciudad:		
	No tenemos vivienda. (Esto significa que su familia se está quedando en un carro, parque, área de campamento u hotel, albergue de emergencia o vivienda de tránsito o su familia está viviendo temporalmente con otra familia): <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		
	¿Qué idioma(s) habla el niño?		
	Etnia del Niño: Marque UNA casilla <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano		
	Raza(s) del Niño: Marque TODAS las que se aplican: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano <input type="checkbox"/> Caucásico/Blanco <input type="checkbox"/> Hawaiano/Islas Pacífico		
Información Familiar	¿Cree que su hijo tiene una incapacidad? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
	¿Tiene este niño un IEP (Educación Especial)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, nombre del distrito escolar		
	¿Tiene seguro médico este niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Nombre del Plan de Salud: Tipo: <input type="checkbox"/> DSHS/ Cupón Médico <input type="checkbox"/> Salud Básica <input type="checkbox"/> Seguro Privado <input type="checkbox"/> Otro:		
	¿Tiene seguro dental este niño? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, Nombre del Seguro:		
	El niño vive con: <input type="checkbox"/> Uno de los dos padres/Tutores <input type="checkbox"/> Los dos padres/ Tutores Nombre(s):		
	El niño es: (marque uno) <input type="checkbox"/> Su hijo natural (Biológico) o Adoptado <input type="checkbox"/> Su Entenado <input type="checkbox"/> Su Nieto Otro:		
	Número de Personas en la Familia:		Edades de los Otros Niños en el Hogar:
	Ingreso Anual: (de los 12 meses más recientes o del año calendario pasado):		\$ <input type="text"/>
	Por favor envíe junto con esta aplicación, la prueba de ingreso de su familia del año calendario pasado o de los 12 meses más recientes. Envíe copia de todo lo que sea pertinente: talones de cheques, los formularios W-2 o de la declaración de impuestos final del año pasado, letra de otorgamiento de beneficios TANF de DSHS, resumen de desempleo o su récord de los pagos de manutención infantil.		
	¿Hay alguien en su familia que esté recibiendo SSI? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es afirmativa, ¿quién lo recibe?		
¿Recibe usted la ayuda del gobierno TANF? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Si la respuesta es afirmativa, cuál es su número de caso de DSHS?			
¿Cómo se enteró sobre Educare?			
Recomendando Especialmente por la Agencia:			
¿Recibe actualmente su familia un subsidio de guardería (ayuda del gobierno)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Subsidio #:			
¿Tiene alguna preocupación en especial por su hijo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor marque todas las que sean pertinentes <input type="checkbox"/> Salud Dental <input type="checkbox"/> Dificultades para aprender <input type="checkbox"/> Habla u oído <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Salud Física <input type="checkbox"/> Nutrición/Alimentación <input type="checkbox"/> Abuso/Negligencia <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Previo Entenado			

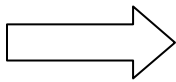
¿Tiene alguna preocupación en especial por su familia? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor marque todas las que sean pertinentes		
<input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Violencia familiar <input type="checkbox"/> Inmigración <input type="checkbox"/> Asuntos legales	<input type="checkbox"/> Empleo/trabajo <input type="checkbox"/> Dificultades para aprender <input type="checkbox"/> Salud Mental/Enfermedad <input type="checkbox"/> Asuntos de salud	<input type="checkbox"/> Incapacidad/ No puede trabajar <input type="checkbox"/> Asuntos de Droga/ Alcohol <input type="checkbox"/> Desplazamiento militar <input type="checkbox"/> Padre encarcelado(a) <input type="checkbox"/> Padre adolescente
PADRE/TUTOR 1		PADRE/TUTOR 2
Madre/Padre/Otro (Por favor circule)		Madre/Padre/Otro (Por favor circule)
Nombre:		Nombre:
Dirección si es diferente a la del niño:		Dirección si es diferente a la del niño:
Teléfono Celular/ Casa:		Teléfono Celular/ Casa:
Teléfono del Trabajo/ Mensaje:		Teléfono del Trabajo/ Mensaje:
Dirección Electrónica:		Dirección Electrónica:
Fecha de su Nacimiento:		Fecha de su Nacimiento:
Idioma(s) que habla:		Idioma(s) que habla:
¿Necesita un intérprete para acceder servicios?		¿Necesita un intérprete para acceder servicios?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Nivel de Educación (marque el grado mayor completado):		Nivel de Educación (marque el grado mayor completado):
<input type="checkbox"/> 8° grado o menor <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 9° grado <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> 10° grado <input type="checkbox"/> Entrenamiento Técnico <input type="checkbox"/> 11° grado <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> 12° gr./High School <input type="checkbox"/> BA o más alto		<input type="checkbox"/> 8° grado o menor <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> 9° grado <input type="checkbox"/> Algo de Universidad <input type="checkbox"/> 10° grado <input type="checkbox"/> Entrenamiento Técnico <input type="checkbox"/> 11° grado <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> 12° gr./High School <input type="checkbox"/> BA o más alto
¿Se encuentra trabajando actualmente?		¿Se encuentra trabajando actualmente?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más a la semana) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (menos de 35 horas cada semana) Nombre de su Empleador: _____ <input type="checkbox"/> Empleado de Temporada <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Incapacitado		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más a la semana) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (menos de 35 horas cada semana) Nombre de su Empleador: _____ <input type="checkbox"/> Empleado de Temporada <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Incapacitado
¿Se encuentra en la escuela actualmente?		¿Se encuentra en la escuela actualmente?
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, ¿dónde? _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo

Es una regla de PSESD Head Start y Early Head Start el no discriminar en base a raza, credo, religión, estado civil, orientación sexual, edad o incapacidad mental/ sensorial/ física.

Comprendo que la información que he proporcionado en esta aplicación es confidencial y no se compartirá sin mi permiso. Si es pertinente al caso, doy mi permiso al personal de Educare de ponerse en contacto con DSHS para verificar mis beneficios.

Fecha: _____ Firma del Padre/ Tutor: _____

POR FAVOR DEVUELVA LA APLICACIÓN LLENA A



Highline Head Start
 10041 6th Avenue SW
 Seattle, WA 98146
 206/762-6070

Pronto nos comunicaremos con usted para avisarle si su hijo es elegible para nuestro programa.

For Office Use Only

Date Received:	Age: Sibling:	Total Points
-----------------------	--------------------------------	---------------------