

Regresar a:
 Project NOW Head Start-ERSEA
 499 27th Street
 East Moline, Illinois 61244
 Phone: (309) 792-4555
 Fax: (309) 792-5829



HEAD START APPLICATION

OFFICE USE ONLY:

ERSEA Manager Interview w/ Parent

Date: _____

INFORMACION DEL NIÑO APLICANTE: DEBE AGREGAR Prueba de Ingresos, Acta de Nacimiento Certificada, Seguro Medico

Nombre del Niño (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza (✓ Todas las Aplicables)	Hispano
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacífico Isleño <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Que Idioma habla el niño en casa?	¿Tiene su niño Seguro Medico?	Nombre del Doctor y Dentista de su niño.		
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Que tipo? _____	Doctor: _____ Dentista : _____		
¿Tiene su niño(a) algun problema crónico, alergia, sospecha de discapacidad, IEP o IFSP, o alguna otra condición especial?				
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por favor explique:				

PADRE O TUTOR LEGAL DEL APLICANTE #1: Que sostiene económicamente y vive con el niño aplicante

#1 Nombre del Padre/Tutor (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza (✓ Todas las que aplican)	Hispano
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacífico Isleño <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Es usted empleado de Project NOW, Inc.? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Nivel de Educación	Empleo?	**Como está usted relacionado al niño aplicante?		¿Es usted una mamá embarazada?
<input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Asociados <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Grado: _____	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> MedioTiempo <input type="checkbox"/> Escuela de Entrenamiento <input type="checkbox"/> Retirado/Disabilitado <input type="checkbox"/> Desempleado			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿Cual es la fecha programada?

PADRE O TUTOR LEGAL #2: Que sostiene económicamente y vive con el niño aplicante

#2 Nombre del Padre/Tutor (Nombre y Apellido)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza (✓ Toda la que aplique)	Hispano
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacífico Isleño <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Are you a Project NOW, Inc. employee? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				
Nivel de Educación	Empleo	**¿Cómo está usted relacionado con el niño aplicante?		¿Es usted una mamá Embarazada?
<input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Asociados <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Equivalente de Preparatoria <input type="checkbox"/> Grado Escolar: _____	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Escuela de Entrenamiento <input type="checkbox"/> Retirado/Disabilitado <input type="checkbox"/> Desempleado			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿Cual es la fecha programada?

LISTA DE NIÑOS : Quien vive con el niño aplicante y es mantenido economicamente por el Padre o Tutor Legal

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Sexo	Raza (✓ Todas las aplicables)	Hispano
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacífico Isleño <input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacífico Isleño <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacífico Isleño <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Nativo Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Pacífico Isleño <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

INFORMACION FAMILIAR: Información de Contacto y Dirección para comunicarnos con usted através de correo o por teléfono

Domicilio en que reside	# de Apartamento o Lote	Código Postal	Ciudad	Estado
-------------------------	-------------------------	---------------	--------	--------

Domicilio de Correo (Si es diferente)	Línea de Domicilio 2	Código Postal	Ciudad	Estado
---------------------------------------	----------------------	---------------	--------	--------

Números de Teléfono (*Liste el nombre de la persona después del # de Teléfono)	Tipo de Teléfono (<i>Marque uno</i>)	Mensajería de Texto Disponible?	Dirección de Correo Electrónico
---	--	---------------------------------	---------------------------------

Celular Casa Trabajo Otro Si No

Celular Casa Trabajo Otro Si No

Estado Paternal (marque uno)	Numero en la Familia	Primer Idioma	Vive la Familia en Casa de Gobierno?	¿Necesitará el Padre o Tutor Legal un interprete?
------------------------------	----------------------	---------------	--------------------------------------	---

Uno Dos Si No Notas Adicionales:

Familia Desamparada <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Están en Servicio Militar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Es Referido por la Agencia de Bienestar del Niño <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Esta Recibiendo Estampillas de Comida (SNAP) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	WIC <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--	--	---	---	--

*******VERIFICACION DEL INGRESO FAMILIAR: Es un requisito verificar el ingreso anual de cada familia.**

A) ¿Está usted actualmente recibiendo Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)? Si es así, usted debe proveer la cantidad que recibe y el número de caso

B) ¿Está usted actualmente recibiendo Ingreso del Seguro Social (SSI)? Si es así, Usted debe incluir la copia del estado de pago mas reciente.

Si No Cantidad Mensual: \$ _____ Número de Caso: _____ Si No Cantidad Mensual: \$ _____

C) ¿Está el niño aplicante en Cuidado de Crianza (Foster Care) o Temporalmente Asignado? Si es así, usted debe incluir una copia de la documentación de Custodia Temporal, del Departament de Servicios Humanos (DHS) y del Plan de Seguridad.

Si No Información adicional sobre la situación familiar:

D) ¿Está este niño actualmente viviendo en un refugio Temporal? Si es así, usted debe incluir una carta de la agencia que está proporcionando servicios temporales al niño y a la familia. (Ejemplos: Salvation Army, Transitional Housing, Christian Family Care Center)

Si No Información Adicional sobre la situación de la familia:

Si contestó NO a las secciones A, B, C D, continúe con la pregunta E

DEBE ADJUNTAR TODOS LOS DOCUMENTOS DE LA VERIFICACION DE INGRESOS DE CADA UNO DE LOS PADRES DE FAMILIA O TUTORES LEGALES

E) ¿Cómo sostuvo a su familia durante el año (pago de renta, compra de comida, ropa etc.)?

#1 Padre/Tutor Legal (✓ Todos los Aplicables y Documentos de Ingresos)

Trabajo (Tax return/W-2's) Manutención de Niños (Declaración de la cantidad anual)
 Subvención Escolar/Becas (Estado de la Escuela) Otros Ingresos- Por favor explique:

#2 Padre/Tutor Legal (✓ Todos los Aplicables y Documentos de Ingresos)

Trabajo (Tax return/W-2's) Manutención de Niños (Estado de la cantidad anual)
 Subvención Escolar/Becas (Estado de la Escuela) Otros Ingresos- Por favor explique:

Yo autorizo a las siguientes personas para que recojan a mi hijo y lo lleven a la escuela:

Nombre _____ Relacion: _____ Dirección: _____ Tel: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Dirección: _____ Tel: _____

Nombre: _____ Relacion: _____ Dirección: _____ Tel: _____

Padre o Tutor: usted debe proveer los documentos oficiales demostrando que tiene el derecho de aplicar para este niño y para completar todo el proceso de la registracion. UNA CARTA NOTARIZADA/DECLARACION, NO ES VALIDA COMO DOCUMUNTO OFICIAL

Firma del Padre/ Tutor Legal X _____ Fecha _____

Staff Signature X _____ Date _____