



Solicitud de WCCA HEAD START/EARLY HEAD START

Ubicación donde se solicita _____ Año escolar _____ - _____

Nombre de Adulto Primordial: _____ Fecha de nacimiento del adulto primario: _____

Dirección									
Dirección Actual:									
Ciudad:			Estado: IOWA			Código Postal:		Condado:	
Phone Numbers									
Número de teléfono		Casa, Trabajo, Cel, etc.			Primario		Notas		
					Dirección de correo electrónico:				
Información General									
Estatus de padres: 1 2				Padre(s) Adolescente(s): Sí No			Es una familia militar: Sí No		
Número en la casa:				Número en la familia:			Número de niños: Edad: 0-3 _____ 4-5 _____		
Apoyo de Ingreso									
Cualquier persona en la familia inmediate que son recibiendo acualmente o en el año pasado.									
Estatus de TANF/FIP: Sí No Antes				SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario): Sí No			WIC: Sí No		
Ingreso de Familia									
Miembro de Familia	Fecha	Fuente de Ingreso	Cantidad	Per	Ingreso Anual	Tipo	Desc.	Verificación	
Notas de ingreso:									
Códigos									
<u>Tipo de Ingreso</u> ERN - Ganado SUB - Subsidiado		<u>Descripción</u> SSI – Discapacidad PEN - Pensión SS – Seguridad Social			<u>Verificación</u> TR – Declaración de impuestos W2 - Forma W-2 EL – Letra de Empleador CS – Talón de cheque TAN - TANF/FIP				

Nombre legal del nombre:

Apellido: _____ Primer _____ Fecha de nacimiento: _____

Childs Information					
Gender: Masculino Feminino					
Raza/Etnicidad: (haga un círculo a todos que aplican) Negro Hispánico Nativo de los EEUU Blanco Otro					
Lengua primaria: _____ Competencia: _____ 2 ^{da} Lengua: _____ Competencia: _____					

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Miembro de personal haciendo la verificación _____ Fecha _____

Información de la Salud del niño					
*Yo autorizo WCCA Head Start/Early Head Start cambiar la información con los siguientes individuos/agencias:					
*Cobertura de Salud del niño: Medicaid Hawk-i Privado Ninguno ID/# de seguro _____					
*Médico del niño: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono: _____					
*Dentista del niño: _____ Ciudad/Estado: _____ Teléfono: _____					
*Necesidades especiales: _____ Su niño tiene un IEP/IFSP actual? Sí No <small>(Plan de Educación Individualizado o Plan de Servicio de Familia Individualizado)</small>					
Información del Padre/Tutor					
Nombre del Adulto Primario:					
Adulto Primario: A01 (Haga un círculo alrededor) Natural/Adoptado/Padrasto Padre Acogido Abuelo Otro					Custodía: Sí No
Género: Masculino Feminino			¿Provee apoyo financiero? Sí No		
Nivel de educación _____ # Horas Empleado: _____ # Horas de crédito escolar: _____ Estatus de empleo: _____					
Raza/Etnicidad: (haga un círculo alrededor de todos los que aplican) Negro Hispánico Nativo de los EEUU Blanco Otro _____					
Lengua Primaria: _____ Competencia: _____ 2 ^{da} Lengua: _____ Competencia: _____					
Nombre del Adulto Secundario:				Fecha de nacimiento	
Adulto secundario: A02 (haga círculo alrededor de uno) Natural/Adoptado/Padrasto (Madrasta) Padre acogido Abuelo Otro					Custodía: Sí No
Género: Masculino Feminino			¿Provee Apoyo Financiero? Sí No		
Nivel de educación: _____ # de Horas empleado: _____ # de horas de crédito escolar: _____ Estatus de empleo: _____					
Raza/Etnicidad: (haga un círculo alrededor de todos que aplican) Negro Hispánico Nativo a los EEUU Blanco Otro _____					
Lengua Primaria: _____ Competencia: _____ 2 ^{da} Lengua: _____ Competencia: _____					
Nivel de educación G9-Grado 9 o menos G10-Grado 10 G11-Grado 11 COL-Entrenamiento de universidad/avanzada CTG-Título universitario/Certificado de entrenamiento		Competencia de Lengua 0 – Ninguna 1 – Pobre 2 – Moderado 3 – Muy competente		Estatus de Empleo F-Jornada completa (28+ horas) U-Desempleado B-Jornada Completa y Entrenamiento P-Jornada parcial L-Jornada Parcial y estudiante de TP S-Employado por estación T-Estudiante de jornada completa R-Jubilado o discapacitado	
Otros niños en la casa <i>(Se puede nombrar niños adicionales en una hoja blanca.)</i>					
Nombre completo		Fecha de nacimiento		Relacionado a	
				Masculino Feminino	A01 A02
				Masculino Feminino	A01 A02
				Masculino Feminino	A01 A02
				Masculino Feminino	A01 A02
Está inscrito uno de los niños nombrado arriba en Head Start o Early Head Start Sí No					

Certificación: Yo certifico que esta información es verdad. Si cualquier parte es falso, mi participación en este programa de la agencia puede ser terminado y puedo ser propenso a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será mantenida en confianza estricta y es accesible a mí durante las horas normales de negocios.

Firma de padre/tutor _____ Fecha _____

Miembro del personal que hace la verificación _____ Fecha _____