



## 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 <sup>da</sup> Lengua: _____ Competencia: _____					

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

Miembro de personal haciendo la verificación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Información de la Salud del niño					
<b>*Yo autorizo WCCA Head Start/Early Head Start cambiar la información con los siguientes individuos/agencias:</b>					
*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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <small>(Plan de Educación Individualizado o Plan de Servicio de Familia Individualizado)</small>					
Información del Padre/Tutor					
Nombre del Adulto Primario:					
Adulto Primario: <b>A01</b> (Haga un círculo alrededor) Natural/Adoptado/Padrasto <input type="checkbox"/> Padre Acogido <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro					Custodia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Género:    Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>			¿Provee apoyo financiero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <sup>da</sup> Lengua: _____ Competencia: _____					
Nombre del Adulto Secundario:				Fecha de nacimiento	
Adulto secundario: <b>A02</b> (haga círculo alrededor de uno) Natural/Adoptado/Padrasto (Madrasta) <input type="checkbox"/> Padre acogido <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Otro					Custodia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Género:    Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>			¿Provee Apoyo Financiero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Blanco    Otro _____					
Lengua Primaria: _____ Competencia: _____ 2 <sup>da</sup> Lengua: _____ Competencia: _____					
<b>Nivel de educación</b> G9-Grado 9 o menos G10-Grado 10 G11-Grado 11 COL-Entrenamiento de universidad/avanzada CTG-Título universitario/Certificado de entrenamiento		<b>Competencia de Lengua</b> 0 – Ninguna 1 – Pobre 2 – Moderado 3 – Muy competente		<b>Estatus de Empleo</b> 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 (Se puede nombrar niños adicionales en una hoja blanca.)					
Nombre completo		Fecha de nacimiento		Relacionado a	
				Masculino    Femenino	A01    A02
				Masculino    Femenino	A01    A02
				<input type="checkbox"/> Masculino    Femenino	A01    A02
				Masculino    Femenino	A01    A02
Está inscrito uno de los niños nombrado arriba en Head Start o Early Head Start <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 \_\_\_\_\_