



NORTH SNOHOMISH COUNTY EARLY HEAD START
Aplicación para el Programa



INFORMACION SOBRE SU HIJO(A): (Salte esta sección si está embarazada)

Nombre Legal del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Sexo del niño: Femenino Masculino

Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucasian (Blanco) <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Bi Racial /Multi-Racial <input type="checkbox"/> Otro: _____	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano
--	---

INFORMACION SOBRE SU FAMILIA:

Idioma que se habla en su casa: _____ ¿Necesita interprete? Si No

¿Cuántos son en su familia? _____ ¿Cuántos viven en su casa? _____

¿Esta alguien embarazada en su familia? Si No Si, ¿Cual es la fecha de parto? _____

Padre/Madre/Guardián #1: _____ ¿El niño(a) vive con este padre? Si No

Dirección donde viven: _____ Ciudad: _____ Código: _____

Dirección de correo (si es diferente): _____

Telef de casa: _____ Telef del trabajo: _____ Celular: _____

Email: _____ Fecha de nacimiento de Padre/Madre: _____

Status de empleo: _____ Grado más alto completado en la escuela: _____

Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucasian(Blanco) <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Bi Racial /Multi-Racial <input type="checkbox"/> Otro: _____	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano
---	---

Padre/Madre/Guardián #2: _____ ¿El niño(a) vive con este padre? Si No

Dirección donde viven: _____ Ciudad: _____ Código: _____

Dirección de correo (si es diferente): _____

Telef de casa: _____ Telef del trabajo: _____ Celular: _____

Email: _____ Fecha de nacimiento de Padre/Madre: _____

Status de empleo: _____ Grado más alto completado en la escuela: _____

Raza (opcional) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucasian (Blanco) <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Bi Racial /Multi-Racial <input type="checkbox"/> Otro: _____	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano
--	---

Nombres y Fechas de Nacimiento de TODAS las personas adicionales que viven en su casa:

Nombre	Fecha de Nacimiento

Nombre	Fecha de Nacimiento

Por favor continúe en el otro lado de la hoja

INFORMACION SOBRE SUS INGRESOS:

Tipo de ingresos (Marque todos los que aplican a usted):	Total monto por año
<input type="checkbox"/> TANF Asistencia de dinero en efectivo	\$
<input type="checkbox"/> Ingreso suplementario de seguridad (SSI)	\$
<input type="checkbox"/> Ingreso por niño en hogar sustituto (Foster)	\$
<input type="checkbox"/> Empleo (total de todos los miembros de la familia)	\$
<input type="checkbox"/> Desempleo	\$
<input type="checkbox"/> Child Support	\$
<input type="checkbox"/> Otro (por favor describa):	\$

PRIORIDAD PARA REGISTRARSE está basada en las necesidades familiares y las circunstancias. Por favor marque **TODAS** las que aplican a usted

Niño (a)	FAMILIA
<input type="checkbox"/> Diagnosticado con alguna incapacidad (IEP, IFSP)	<input type="checkbox"/> Padre/Madre soltero que trabaja
<input type="checkbox"/> Sospecha alguna incapacidad (preocupaciones sobre el comportamiento y aprendizaje de su hijo)	<input type="checkbox"/> Cualquiera de los padres está en la escuela /entrenamiento
<input type="checkbox"/> Preocupaciones Medicas o Dentales	<input type="checkbox"/> El Niño está al cuidado de un familiar
<input type="checkbox"/> Ingles como segundo idioma	<input type="checkbox"/> Circunstancias especiales (reciente divorcio/separación, gran cambio familiar/ crisis, enfermedad/salud mental, muerte en la familia)
<input type="checkbox"/> El niño estuvo antes registrado en el programa de Early Head Start	<input type="checkbox"/> No tienen un hogar permanente
	<input type="checkbox"/> Referido por una agencia. ¿De Dónde? _____

Por favor escriba otras preocupaciones que usted tiene por su hijo(a) o por su familia:

¿Cómo supo de este programa? _____

Por favor mande por correo esta aplicación llena al:

**North Snohomish County Early Head Start
3000 Rockefeller M/S 305
Everett, WA 98201**

**Preguntas?
Llame 425-388-6439**

VERIFICACION: Yo verifico que la información que he puesto en esta aplicación es verdadera y exacta. Yo coloque el total de ingresos anuales de todos los miembros de mi familia. Yo entiendo que esta es SOLO una aplicación y no garantiza que mi hijo va a estar registrado. Yo entiendo que cualquier información falsa en esta puede cambiar el status del registro de mi hijo en el programa.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____