



## Solicitud de WAGES Early Head Start

Fecha de Solicitud: \_\_\_\_\_

Año Escolar Solicitando: \_\_\_\_\_

Fecha Matrícula: \_\_\_\_\_

1<sup>er</sup> año  
2<sup>do</sup> año  
3<sup>er</sup> año

### INFORMACION DEL NIÑO(A) y la FAMILIA

Nombre Legal del Niño: Apellido		Primer	Segundo
Número de Seguro Social del Niño(a):		Fecha de Nacimiento:	
Género del Niño(a): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Prefiere el Nombre:	
Nombre de Persona(s) Con Quien Vive el Niño(a):		Parentesco al Niño(a):	
Dirección:		Dirección Postal: (si diferente)	
Ciudad:	Estado:	Código de Area:	Condado:
Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje ( ) - <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Beeper/Pager		Teléfono Secundario: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Mensaje ( ) - <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Beeper/Pager	
¿Es el niño(a) residente de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es el niño(a) residente de Carolina del Norte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### INFORMACION MEDICA

Médico del Niño:	Teléfono Oficina:	Dirección:
Dentista del Niño:	Teléfono Oficina:	Dirección:
Hospital que Prefiere:		
Por favor indique cuál seguro recibe actualmente el niño(a) ? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> NC HealthChoice <input type="checkbox"/> TriCare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Ninguno		
Si le aplica, favor de anotar el número del seguro:		
¿Cuál de las siguientes preocupaciones o problemas de la Salud están relacionadas con este niño? <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales/Comportamiento <input type="checkbox"/> Frágil Médicamente <input type="checkbox"/> Retrasos del Desarrollo <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Sálpullido <input type="checkbox"/> Miedos <input type="checkbox"/> Ataques/Convulsiones <input type="checkbox"/> Hiperactividad <input type="checkbox"/> Problemas Crónicos de la Salud (como: Asma, Diabetes, Artritis) <input type="checkbox"/> Ninguna preocupación significativa de la salud		
Anote cualquier medicamento que el niño actualmente está tomando:		

### INFORMACION DE CONTACTOS DE EMERGENCIA/ENTREGA DEL NIÑO(A)

Por favor anote contactos de emergencia y/o personas a quién se puede entregar este niño (que no sean el padre/tutor):				
1	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ( )
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado: Código:
2	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ( )
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado: Código:
3	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ( )
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado: Código:
4	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ( )
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado: Código:
5	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ( )
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado: Código:
6	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ( )
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado: Código:
7	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ( )
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado: Código:
8	<input type="checkbox"/> Contacto	Nombre:	Dirección:	Teléfono: ( )
	<input type="checkbox"/> Entrega	Parentesco:	Ciudad:	Estado: Código:

En el caso de una emergencia, Yo doy mi autorización para que el proveedor asegure el cuidado médico de emergencia necesario en el caso que no se puedan comunicar de inmediato con el médico de la familia o conmigo. Además, Yo entiendo que el cuidado médico de emergencia se puede obtener en la más cercana y disponible instalaciones de sala de emergencia, sin tomarse en cuenta la preferencia del padre/tutor expresada al proveedor.

Firma del Padre/Tutor: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



### INFORMACION DEL NIÑO(A) y FAMILIA

**Raza del niño:**  Negro  Blanco  Bi-Racial/Multi-Racial  Indígena Americano/Nativo de Alaska  
 Isleño del Pacífico  Asiático  Hispano/Latino  Otro (favor indicar): \_\_\_\_\_

**Raza de los Padre:**  Negro  Blanco  Bi-Racial/Multi-Racial  Indígena Americano/Nativo de Alaska  
 Isleño del Pacífico  Asiático  Hispano/Latino  Otro (favor indicar): \_\_\_\_\_

**Etnicidad del Niño(a):**  Hispano o de Origen Latino (Cubano, Mexicano, Puertorriqueño, u otra cultura u origen Hispano)  
 No-Hispano/No de Origen Latino

**Idioma Principal que se habla en el hogar:**  Inglés  Español  Otro (favor indicar): \_\_\_\_\_

**Segundo Idioma que se habla en el hogar:**  Inglés  Español  Otro (favor indicar): \_\_\_\_\_

**Habilidad?**  Poca  Medio  Lo domina

**Preferencia de comunicación por escrito de la familia:**  Inglés  Español  Otro (favor indicar): \_\_\_\_\_

**Estado Paternal:**  1  2  Adoptivos  Sin Padres  Otro

**Tamaño Total de la Familia?** \_\_\_\_ **Tamaño Total del Hogar (¿Cuántos personas viven del ingreso anotado en ésta solicitud)?** \_\_\_\_  Madre  Padre  Número de Niños \_\_\_\_  Otros Adultos (edad 18+) ¿Cuántos? \_\_\_\_

**¿Recibe su familia ayuda de alguno de los siguientes?**  
 AFDC/TANF  Estampillas de Alimentos  Gratis/Rebajado precio de Comida Escolar

### INFORMACION DEMOGRAFICA DEL ADULTO

Nombre y Apellido Primero el Adulto Principal	Fecha de Nacimiento	# de Seguro Social	Sexo	Estado Civil	(D1) Nivel Educ.	(D2) Estado Empleo	(D3) Notas Nombre del Patrón ó Ocupación
			M F				
			M F				

<u>Codigos de Estado Civil</u>	<u>D1 – Nivel de Educación</u>	<u>D2- Estado de Empleo</u>
S - Soltero M - Casado D - Divorciado DS - Conyugue Desplegado Otro:	G9 = Grado 9(o menos) AA =Grado Asociado G10 = Grado 10 BA = Post Graduado G11 = Grado 11 COL = Algo de Universidad DRP = Dejo GRD = Graduado STU = En Secundaria HSG = Graduado de Bachillerato	U= Desempleado F= Tiempo Completo B= Tpo Comp & Estudia M=Permiso Médico S= Trabajo Temporal T= Estudiante P= Empleo Med Tpo L= Med. Tpo & estudia R= Retirado/ Incapacitado Otro _____

**Si está empleada, desde cuando está la madre (o persona encargada del cuidado) trabajando en el empleo actual?**  
 < 90 días  3-12 meses  13-18 meses  19-24 meses  más de 2 años

**Si está empleado, desde cuando está el padre (o persona encargado del cuidado) trabajando en el empleo actual?**  
 < 90 días  3-12 meses  13-18 meses  19-24 meses  más de 2 años

### INFORMACION DEMOGRAFICA DEL NIÑO

Nombre y apellido de niño en el hogar. (Si más de 4, favor de marcar ____ y anotar a los demás atrás de solicitud)	Fecha Nacimiento	# de Seguro Social	Sexo	(D1) Parentezco con	(D2) Cuál es parentezco	(D3) Notas e.j., participación en el programa, estado, otros programas, etc.
C01 -----solicitante al programa-----	-----	-----	-----			
C02			M F			
C03			M F			
C04			M F			
C05			M F			
C06			M F			

<p><b>(D1) Códigos de Parentesco</b>  <b>A01-</b> Adulto Principal <b>A02</b> -Segundo Adulto  <b>B12</b> – Ambos Adultos (incluye a padrastros)</p>	<p><b>(D2) Cúal es el Parentesco</b>  <b>C</b> = Hijo Natural <b>F</b>= Hijo adoptivo  <b>G</b> = Nieto(a) <b>N</b>= Sobrino(a)</p>	<p><b>(D3) Código Estado de Paricipación</b>  <b>A</b>= Niño solicitando <b>Y</b>= Muy Pequeño  <b>N</b>= Proximo año <b>O</b>= Muy grande</p>
--	---	--



**INFORMACION ADICIONAL**

Indique de cuál de las siguientes agencias ha recibido este niño servicios:

- Ninguna
- Escuelas Públicas (anote condado, estado \_\_\_\_\_)
- Salud Mental
- Otro? \_\_\_\_\_
- Coordinación de la Niñez
- Agencia de Servicios del Desarrollo Infantil
- Intervención Temprana de la Niñez

**INFORMACION DE NECESIDADES ESPECIALES**

¿Tiene este niño alguna incapacidad o necesidad especial?

- Sí
- No
- Sospecha
- Comentarios: \_\_\_\_\_
- Fecha de Plan: \_\_\_\_\_
- Si sí, cual es el diagnóstico: \_\_\_\_\_
- Ya tiene su niño un IEP o IFSP?  Sí  No

¿Ha sido el niño derivado a servicios relacionados con la incapacidad?

- Sí  No
- Sí  No (Si sí, tipo de servicio \_\_\_\_\_)

Si sí, recibe este niño servicios relacionados con incapacidad?

Opcional: ¿Alguna necesidad ó crisis especifica de la familia?

**INFORMACION DE UBICACION DE COLOCAMIENTO**

¿Cual instalación es la de su preferencia? (por favor númere las primeras cuatro preferencias desde la mejor a la menos preferida)

- \_\_\_ Carver Early Head Start
- \_\_\_ Chestnut Street Early Head Start
- \_\_\_ Herman Street Early Head Start
- \_\_\_ Royall Avenue Early Head Start
- \_\_\_ Royall West Early Head Start
- \_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

¿Está el niño actualmente en un jardín infantil o en otro pre-Kinder?  Sí  No Si sí dónde: \_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo? \_\_\_\_\_  
 ¿Ha estado el niño alguna vez en un jardín infantil o en un pre-Kinder?  Sí  No Si sí, dónde: \_\_\_\_\_ Cuanto Tiempo? \_\_\_\_\_

**INFORMACION DEL TRANSPORTE**

¿Va a necesitar transportación?  Sí  No

Si sí, anote la dirección de dónde se pasa a buscarlo: \_\_\_\_\_

anote la dirección de dónde se pasa a dejarlo: \_\_\_\_\_

Si No, como llegaría el niño a la escuela?  Caminando  Otro  Padre **Iniciales del Padre:** \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE RECLUTAMIENTO**

¿Como se enteró usted de nuestro programa?  Volante, Folleto, Cartel  Personal  De palabra  
 Radio/TV/Periódico  Amigo de la Familia  Otro: \_\_\_\_\_

**INFORMACION DE CUIDADO INFANTIL DE DIA EXTENDIDO**

¿Recibe actualmente este niño ayuda de subsidio para los servicios de cuidado infantil?  Sí  No  
 Si No, esta actualmente el niño/familia en la lista de espera de subsidio?  Sí  No

¿Va a necesitar este niño de los servicios de cuidado infantil de día extendido?  Sí  No  
 Si sí, marque todo lo que le aplique:  Antes de la Escuela  Después de la Escuela  Feriados  El Verano

¿Tiene la familia alguna alternativa arreglada si no se puede brindar el servicio de cuidado de día extendido?  Sí  No  
 Si Sí, con quién: \_\_\_\_\_



## INFORMACION DE INGRESOS DE LA FAMILIA

*Semanal x 52 = Ingreso Anual*    
  *Quincenal x 26 = Ingreso Anual*    
  *Bi-mensual x 24 = Ingreso Anual*    
  *Mensual x 12 = Ingreso Anual*

Miembro de la Familia	Cantidad	Al	x	Ingreso Anual	Fuente de Ingreso
	\$			\$	
	\$			\$	
	\$			\$	
	\$			\$	
<b>Ingreso Total Anual Bruto de la Familia</b>				\$	
Otros Adultos Miembros del Hogar	Canatidad	Al	x	Ingreso Anual	Fuente de Ingreso
	\$			\$	
	\$			\$	
<b>Ingreso Total Anual Bruto del Hogar</b>				\$	

**Ingreso de la Familia Verificado al Repasar lo Siguiente:**

*Talón Cheque*   
  *Forma(s) Impuesto Sobre la Renta*   
  *Forma(s) W-2*   
  *Manuntención*   
  *Carta del Patrón*   
  *Carta de DSS*   
  *Otro*

Basado en la verificación de ingreso antes mencionado, el niño(a) es   
  **ELEGIBLE**   
  **NO-ELEGIBLE**

Verificación completada por: \_\_\_\_\_

**PADRE Y/O TUTOR – FAVOR DE LEER Y FIRMAR:**

Yo entiendo que esta es una solicitud para los servicios ofrecidos y que no constituye en la matriculación en cualquiera programa. **Yo certifico que la información dada en esta solicitud es verdadera y correcta y todo ingreso ha sido declarado.** Yo entiendo que esta información se proporciona con el fin de recibir fondos federales y/o del estado; que los funcionarios pueden verificar la información en esta solicitud; y que la mala representación intencionalmente de la información me puede someter a una acusación bajo las leyes federales y/o estatales.

La información en este formulario puede usarse únicamente para determinar la elegibilidad al programa de Early Head Start. Yo entiendo que voy a dar información que mostrará que yo estoy solicitando para que mi hijo sea considerado para éste programa. La administración del programa podrán verificar la información en este formulario. Yo renuncio a todos mis derechos de confidencialidad únicamente para este propósito.

Yo entiendo que en el caso que mi hijo sea escogido para participar en el programa, la participación de los padres será de mayor importancia para el éxito de mi hijo. Yo/nosotros nos comprometemos a participar tal como es un requisito del criterio del programa.

Yo certifico que yo soy el padre/tutor del niño a quien se le está llenando esta solicitud.

\_\_\_\_\_  
Madre (Principal en el cuidado) Firma (es requerido)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Padre (Secundario en el cuidado) Firma (si disponible)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Quien Entrevista (requerido)

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Verificaciones**

<input type="checkbox"/> <b>Certificado de Nacimiento del Niño</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tarjetas del Seguro Social de los Padres</b>
<input type="checkbox"/> <b>Tarjeta del Seguro Social</b>	<input type="checkbox"/> <b>Constancia de Ingreso (W-2, talon cheque, manuntención, etc..)</b>
<input type="checkbox"/> <b>Tarjeta Medicaid o Seguro Médico Privado del Niño</b>	<input type="checkbox"/> <b>AFDC/TANF (Carta indicándo dinero ortogado), si aplica</b>
<input type="checkbox"/> <b>Examen Físico del Niño (dentro los últimos 12 meses)</b>	<input type="checkbox"/> <b>Tarjeta de Estampillas de Alimentos, si le aplica</b>
<input type="checkbox"/> <b>Carnet de Vacunas del Niño</b>	<input type="checkbox"/> <b>Verificación de Necesidades Especiales del Niño, si le aplica</b>