



EARLY CHILDHOOD PROGRAMS – SOLICITUD COMPLETA

BECC CS211 PS5 PS8 PS152 Drew Hamilton EHII/PS50 Fred Doug Taft Richmond

I. INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN PRINCIPAL			
1	Apellido: _____	Primer Nombre: _____	MI: _____
	Género: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		Fecha de Nacimiento: _____ Fecha de Solicitud: _____
2	Dirección: _____		
	Ciudad: _____	Estado: _____	Código Postal: _____
	Teléfono: _____		Otro Teléfono: _____
	Correo Electrónico: _____		
	¿Acepta recibir mensajes de texto y / o correos electrónicos de Children's Aid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
3	Situación de vivienda: <input type="checkbox"/> Vivienda permanente: tiene arreglos de vivienda adecuados	<input type="checkbox"/> Sin hogar: viviendo duplicado; compartiendo una casa como resultado de la pérdida de vivienda, dificultades económicas o una razón similar	<input type="checkbox"/> Sin hogar: viviendo en un refugio de la ciudad
4	Derechos: marque cualquiera que se reciba actualmente <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSÍ <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> WIC		
	Estado militar: ¿Es usted un miembro activo o veterano del ejército de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
5	Seguro de salud: ¿El cuidador tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	En caso afirmativo, ¿qué tipo de seguro médico? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> SCHIP		
6	Estado de Embarazo: ¿El cuidador está actualmente embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha prevista de entrega? _____		
	¿Estaría interesado el cuidador en un programa Early Head Start de Children's Aid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
7	Etnicidad: ¿Eres de origen hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	Raza: <input type="checkbox"/> Indio americano / nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Bi-Racial/Multi-Racial	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Afroamericano o Negro	<input type="checkbox"/> Caucásico o Blanco <input type="checkbox"/> Otro
	Idioma: <input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Europeo y eslavo	<input type="checkbox"/> Nativo de América del Norte / Nativo de Alaska
	<input type="checkbox"/> Africano	<input type="checkbox"/> Medio Oriente y Sur Asían	<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Caribe	<input type="checkbox"/> Nativo de América Central, América del Sur y México	<input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____
	<input type="checkbox"/> Asiático del este		
8	Estado de Empleo: <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo	<input type="checkbox"/> Entrenamiento laboral a tiempo completo/escuela	<input type="checkbox"/> Desempleado
	<input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial	<input type="checkbox"/> Entrenamiento laboral a tiempo parcial/escuela	<input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado
	<input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia	<input type="checkbox"/> Empleo y Entrenamiento laboral / escuela	<input type="checkbox"/> Ama de casa
9	Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> Licenciatura o Grado Avanzado	<input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Certificado o licencia profesional
	<input type="checkbox"/> Título universitario o certificación de escuela de formación (completada)	<input type="checkbox"/> Algunos créditos de la preparatoria	<input type="checkbox"/> Prefiere no contestar
	<input type="checkbox"/> Algo de universidad o escuela de formación (no completa)	<input type="checkbox"/> Sin diploma de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Diploma de equivalencia general (GED)
		* Mes / Año del más alto nivel de educación completado: _____	
10	¿Cuál es tu estructura familiar? <input type="checkbox"/> Hogar de padre soltero <input type="checkbox"/> Hogar de dos padres		
	¿Cuál es la mejor descripción de esta familia? <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Otro Pariente (No Abuelos) <input type="checkbox"/> Foster <input type="checkbox"/> Otro		
	¿Cuál es el tamaño de la familia*? _____ Reporte los nombres, los géneros, las fecha de nacimiento y la relación al niño		
	* <i>Tamaño de la familia: todas las personas que viven en el mismo hogar que reciben el apoyo de los ingresos del padre/guardian; y están relacionados por sangre, matrimonio o adopción.</i>		

Anote los otros miembros de la familia reflejados en el tamaño de su familia en la tabla

Nombre:	Género:	Fecha de Nacimiento	Relación hacía el niño:	¿Participan en algun programa de Children's Aid?
1.	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
2.	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
3.	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
4.	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
5.	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
6.	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
7.	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			
8.	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			

11 ¿Existe una orden judicial que prohíbe o restringe a cualquier persona en contacto con el niño? Sí No
* En caso afirmativo, proporcione una copia de la orden judicial al personal

12 ¿Cómo se enteró de los programas de Children's Aid Early Childhood?
 ChildrensAidNYC.org Children's Aid medios de comunicación social (Facebook, Twitter, etc.) Evento comunitario
 Referencia de Agencia o Socio Comunitario Amigo o familia Padre Anterior Volantes / Carteles

13 Children's Aid brinda apoyo a las familias inscritas en nuestros programas. ¿Hay áreas de asistencia que le interesan? (educación de adultos, capacitación laboral, talleres de crianza, servicios de nutrición, etc.)

II. INFORMACIÓN DEL PADRE/GUARDIAN SECUNDARIO

14 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ MI: _____
 Género: Femenino Masculino Fecha de Nacimiento: _____ Relación hacía el niño: _____

15 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Teléfono: _____ Otro Teléfono: _____
 Correo Electrónico: _____
 ¿Acepta recibir mensajes de texto y / o correos electrónicos de Children's Aid? Sí No

16 Seguro de Salud: ¿El padre/guardián secundario tiene seguro médico? Sí No
 En caso afirmativo, ¿qué tipo de seguro médico? Medicaid Privado SCHIP

17 Etnicidad: ¿Eres de origen hispano o latino? Sí No

Raza: Indio americano / nativo de Alaska Bi-Racial/Multi-Racial Nativo de Hawái o otra isla del Pacífico
 Asiático Afroamericano o Negro Caucásico o Blanco Otro

Idioma: Inglés Europeo y eslavo Nativo de América del Norte / Nativo de Alaska
 * Si hay varios idiomas, informe tanto el Primario como el Secundario Africano Medio Oriente y Sur Asían Islas del Pacífico
 Caribe Nativo de América Central, América del Sur y México Español Otro: _____
 Asiático del este

18 Estado de Empleo: Empleado de tiempo completo Entrenamiento laboral a tiempo completo/ escuela Desempleado
 Empleado a tiempo parcial Entrenamiento laboral a tiempo parcial/ escuela Retirado o Discapacitado
 Trabajador por cuenta propia Empleo y Entrenamiento laboral / escuela Ama de casa

19 Nivel de Educación: Licenciatura o Grado Avanzado Graduado de escuela secundaria Certificado o licencia profesional
 Título universitario o certificación de escuela de formación (completada) Algunos créditos de la preparatoria Prefiere no contestar
 Algo de universidad o escuela de formación (no completa) Sin diploma de escuela secundaria
 Diploma de equivalencia general (GED)
 * Mes / Año del más alto nivel de educación completado: _____

III. INFORMACIÓN DEL NIÑO

20 Apellido: _____ Primer Nombre: _____ MI: _____
 Género: Femenino Masculino Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Fecha de Solicitud : _____

21 Etnicidad: ¿Eres de origen hispano o latino? Sí No

Raza: Indio americano / nativo de Alaska Bi-Racial/Multi-Racial Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
 Asiático Afroamericano o Negro Caucásico o Blanco Otro

Idioma: Inglés Europeo y eslavo Nativo de América del Norte / Nativo de Alaska
 * Si hay varios idiomas, informe tanto el Primario como el Secundario Africano Medio Oriente y Sur Asían Islas del Pacífico
 Caribe Nativo de América Central, América del Sur y México Español Otro: _____
 Asiático del este

* ¿Qué bien entiende el niño el inglés? Muy bien Bien No muy bien No entiende nada de inglés

22 Estado de Discapacidad: ¿Tiene el niño un IFSP activo, un IEP activo o una discapacidad sospechada? Sí No
 Si no, ¿sospecha que su hijo puede tener una discapacidad, retraso en el desarrollo o problemas de aprendizaje / comportamiento? Sí No En caso afirmativo, por favor comparta cualquier preocupación: _____

Ha sido el niño referido para servicios o evaluación por el proveedor médico: Sí No

23 ¿Ha asistido el niño anteriormente a algún programa de la Primera Infancia? Sí No En caso afirmativo, cuándo: _____

IV. INFORMACIÓN DE SALUD DEL NIÑO

24 Seguro de Salud:
 ¿Tiene el niño seguro médico? Sí No
 En caso afirmativo, ¿qué tipo de seguro médico: Medicaid Privado SCHIP
 ¿Tiene el niño tiene seguro dental? Sí No
 En caso afirmativo, ¿qué tipo de seguro médico: Medicaid Privado SCHIP

25 Información del proveedor médico y dental:
 a. ¿Tiene el niño un proveedor médico que brinda atención médica regular (por enfermedad, chequeos de rutina, etc.)?
 Sí No
 Nombre del doctor / clínica: _____
 Dirección del doctor / clínica: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____
 b. ¿El niño tiene un dentista que brinda cuidado dental regularmente? Sí No
 Nombre del dentista / clínica: _____
 Dirección del dentista / clínica: _____
 Teléfono: _____ Fax: _____

26 Historial de vacunación: ¿Su hijo está al día con todas las inmunizaciones apropiadas para su edad? Sí No

27 Medicamentos, Asma, Alergias, Intolerancia o Restricciones:
 a. ¿Requiere el niño medicamentos administrados mientras está en la escuela? Sí No
 En caso afirmativo, qué medicamento y con qué frecuencia: _____
 b. ¿Su hijo ha sido diagnosticado por un profesional médico con asma? Sí No *En caso afirmativo, complete el BRQ
 c. ¿Tiene su hijo alguna alergia alimentaria o intolerancia que requiera una dieta especial o sustituciones prescritas por un médico?
 Sí No *En caso afirmativo, describa: _____

* Aviso: Las sustituciones por razones médicas se acomodarán solo con una declaración firmada de un médico con licencia o otra autoridad médica. Las sustituciones por razones no médicas (es decir, religiosas, vegetarianas, etc.) se aprobarán caso por caso con el Gerente de Nutrición o Nutricionista.

d. ¿Tiene algunas preocupaciones de salud adicionales sobre su hijo?:
 Salud (es decir: hospitalización reciente): _____
 Dental (es decir: dientes): _____
 Nutrición (es decir: apetito, requisitos culturales): _____
 Otro: _____

Al firmar a continuación, certifico que la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Firma: _____ Impripir: _____ Fecha: _____



FOR AGENCY USE ONLY

EARLY CHILDHOOD PROGRAMS - ELIGIBILITY VERIFICATION FORM

BECC CS211 PS5 PS8 PS152 Drew Hamilton EHII/PS50 Fred Doug Taft Richmond

School Year: Program Model: Date:

Applicant's Name Applicant's DOB:

1. Select the applicable type of eligibility:

Table with 2 columns: Categorically Eligible (Recipient of Public Assistance, Foster Care, Homeless, Doubled-Up/Over Crowded, In City Shelter) and Income Eligible (Income Eligible, Over Income, Above 130% FPL, Between 100 - 130% FPL).

2. What supportive document was used to determine eligibility?

Table with 2 columns: Categorical Eligibility (Public Assistance Budget/Award Letter, Social Security Award/Benefits Letter, Foster Care Verification Letter, Homeless ACS Housing Questionnaire ECE-027, Letter of Residency or Placement from homeless service provider/agency) and Income Eligibility (Income Tax Form 1040, W-2 Form, Pay Stubs *3 months' worth of paystubs, Written statement from employer, Unemployment Insurance, Other).

3. Check off any of the following any additional eligibility criteria that apply

Dual Language Learner Recently Immigrated (w/i 12 months) Pregnant Parent Single Parent Teen Parent An immediate family member is incarcerated Domestic Violence

Family Size: *Refer to full application for list of family members

Total Annual Income: \$

"I have reviewed the information provided to me from the applicant and have determined that the family is eligible to receive Early Head Start/ Head Start Services."

Family Advocate Signature

Date

Supervisor Signature

Date Verified