

Año escolar
 23-24

Distrito escolar:
 Mapleton 1
 Adams 12 Adams 14
 Westminster 50
 28J 27J

Programa Head Start del Condado de Adams

Solicitud preliminar

**PARA USO
EXCLUSIVO DE
LA OFICINA**

PUNTUACIÓN: _____

Fecha:		Información del niño			
Nombre del niño:		Fecha de nacimiento:		Sexo del niño:	
Información de contacto					
Dirección de la residencia		Ciudad, Estado Código Postal			
Número telefónico:		Número de teléfono alternativo y/o correo electrónico:			
Lenguaje oral preferido por la familia:		Lenguaje escrito preferido por la familia:		Tamaño de la familia:	
Información sobre la familia					
Nombre del padre/madre/tutor:		Ingresos de los últimos 12 meses:			
Nombre del padre/madre/tutor:		Ingresos de los últimos 12 meses:			
Ingresos brutos mensuales:		Monto mensual del alquiler:		¿Cuánto paga al mes por el cuidado de sus hijos?	
¿Recibe actualmente alguna de las siguientes ayudas?	<input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos		¿Tiene actualmente su hijo un seguro de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Su hijo necesita que se le actualicen las vacunas, un examen físico (incluidas las pruebas de plomo y anemia) y el examen dental.</i>	
¿Ha participado en Head Start del Condado de Adams en el pasado?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Información del Niño/a					
¿Tiene su hijo algún problema de salud, salud mental o discapacidad?	<input type="checkbox"/> Sí: _____ <input type="checkbox"/> No ¿Puede proporcionar documentación médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Tiene su hijo un IEP (PEI) o IFSP (PISF)?	<input type="checkbox"/> Sí, tiene un <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> No		
¿Le preocupa el comportamiento de su hijo?	<input type="checkbox"/> Sí: _____ <input type="checkbox"/> No	¿El niño ha sido evaluado o ha recibido un diagnóstico de salud conductual?	<input type="checkbox"/> Sí: _____ <input type="checkbox"/> No		
Por favor, seleccione cualquier circunstancia familiar aplicable:	<input type="checkbox"/> Niño en acogida <input type="checkbox"/> Familia sin hogar <input type="checkbox"/> Uno de los progenitores trabaja <input type="checkbox"/> Ambos progenitores trabajan <input type="checkbox"/> Padre o madre soltero/a <input type="checkbox"/> Abuelo/a Custodia de los abuelos <input type="checkbox"/> Un progenitor está encarcelado <input type="checkbox"/> Un progenitor se graduó hasta la escuela secundaria <input type="checkbox"/> El padre tiene problemas de salud mental				
Información sobre contratación					
¿Cómo se enteró del Programa Head Start del Condado de Adams?	<input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Referencia de un programa de la comunidad: _____ <input type="checkbox"/> Pancarta frente al centro Head Start del Condado de Adams <input type="checkbox"/> Evento comunitario: _____ <input type="checkbox"/> En línea <input type="checkbox"/> Empleado de Head Start del Condado de Adams: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Ubicación preferida de Head Start (por favor, anote la primera y segunda opción)					
<input type="checkbox"/> Brighton Center (18 th & Egbert) <input type="checkbox"/> Rainbow Center (84 th & Lowell Blvd.) <input type="checkbox"/> Little Star (74 th & Lowell Blvd.) <input type="checkbox"/> Creekside Center (92 nd & Huron) <input type="checkbox"/> Sunshine Center (56 th & Quebec) <input type="checkbox"/> Northglenn Center (104 th & Washington)					
Este documento ha sido completado por:	_____		Fecha:	____/____/____	
(Firma)					

Comentarios:

--