



**CUMBERLAND COMMUNITY ACTION PROGRAM, INC.
APLICACIÓN PARA HEAD START**

Enrollee	_____
DOB	_____
Center	_____
Child Plus ID	_____

**GUARDIÁN PRIMARIO
INFORMACIÓN FAMILIAR
(Códigos en página 2)**

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ # DE SEGURO SOCIAL _____					
NIVEL EDUCACIONAL ___ ESTADO DE EMPLEO ___ PROPORCIONA ASISTENCIA FINANCIERA SÍ / NO					
SEXO: M / F MADRE/PADRE ADOLESCENTE: SÍ / NO ¿ESTUDIANTE ACTUALMENTE? SÍ / NO					
DIRECCIÓN: _____ DIRECCIÓN DE CORREO (si es distinto): _____					
_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código Pos.	_____ Ciudad	_____ Estado	_____ Código Pos.
Condado de Cumberland: SÍ / NO					
# DE TELÈFONO () _____ TYPO H C T M		# DE TELÈFONO () _____ TYPO H C T M		# DE TELÈFONO () _____ TYPO H C T M	
H=HOGAR C=CELULAR T=TRABAJO M=MENSAJE (circulé uno)					
NÚMERO EN FAMILIA ___ NIÑOS ___ HOGAR ___ ESTADO PARENTAL: UNO / DOS					
¿HAS APLICADO PARA HEAD START EN EL ÚLTIMO AÑO? SÍ / NO					
CÍRCULE SI RECIBES ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES:					
TANF SSI WIC SALARIO/EMPLEO MANUTENCIÓN DE MENOR OTRO _____					
<u>DEBE PROPORCIONAR PRUEBA (EXCEPTO WIC)</u>					

**CONTACTOS
DE
EMERGENCIA**

NOMBRE: _____ LIBERAR A? SÍ / NO Relación a niño aplicando _____		
# DE TELÈFONO () _____ TYPO H C T M	# DE TELÈFONO () _____ TYPO H C T M	# DE TELÈFONO () _____ TYPO H C T M
NOMBRE: _____ LIBERAR A? SÍ / NO Relación a niño aplicando _____		
# DE TELÈFONO () _____ TYPO H C T M	# DE TELÈFONO () _____ TYPO H C T M	# DE TELÈFONO () _____ TYPO H C T M
NOMBRE: _____ LIBERAR A? SÍ / NO Relación a niño aplicando _____		
# DE TELÈFONO () _____ TYPO H C T M	# DE TELÈFONO () _____ TYPO H C T M	# DE TELÈFONO () _____ TYPO H C T M

**MÈDICO/
DENTISTA**

NOMBRE: _____	NOMBRE: _____
DIRECCIÓN: _____	DIRECCIÓN: _____
TELÈFONO: () - _____	TELÈFONO: () - _____

¿Tiene el niño/a alguna incapacidad o necesidad especial? SÍ NO Sospechada (Describe condición, si diagnosticado dar fecha)

¿Esta embarazada? SÍ NO Sí, fecha de alumbramiento _____ ¿Hay alguna circunstancias especiales de familia? Sí, por favor describir: _____

NIVEL DE EDUCACIÓN

HSG=Diploma de escuela secundaria G12=Grado 12
 COL=Universidad CTG=Colegio/Entrenamiento
 GED=Diploma de Equivalencia General A=Asociado
 G9= Grado 9 o menos B=Bachillerato
 G10=Grado 10 M=Maestria
 G11=Grado 11

ESTADO DE EMPLEO

F=Tiempo Completo (35+hrs) B=Tiempo completo y entrenamiento
 P=Tiempo Parcial L=Tiempo parcial y entrenamiento
 R=Retirado o Incapacitado S=Tiempo Temporero
 T=Escuela U=Desempleado

USE CODIGOS PARA INFORMACIÓN DE MIEMBROS DE FAMILIAListe solo los adultos en el hogar**SECUNDARIO/
OTROS
ADULTOS**

NOMBRE: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	# DE SEGURO SOCIAL: _____
NIVEL EDUCACIONAL: _____	ESTADO DE EMPLEO: _____	PROPORCIONA ASISTENCIA FINANCIERA: SÍ / NO
SEXO: M / F	PADRE/MADRE ADOLESCENTE: SÍ / No	ESTUDIANTE ACTUALMENTE? SÍ / No

NOMBRE: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____	# DE SEGURO SOCIAL: _____
NIVEL EDUCACIONAL: _____	ESTADO DE EMPLEO: _____	PROPORCIONA ASISTENCIA FINANCIERA: SÍ / NO
SEXO: M / F	PADRE/MADRE ADOLESCENTE: SÍ / No	ESTUDIANTE ACTUALMENTE? SÍ / No

**NIÑO APLICANDO
PARA HEAD START**

NOMBRE: _____	FECHA DE NACIMIENTO: _____
Primer Apellido Sufijo	
SEX: M / F	# DE SEGURO SOCIAL: _____
RELACIÓN A: Primario/Secundario/Ambos	
MEDICAID /TRICARE / OTRO SEGURO # (circulé los que aplique) _____	
SEGURO PRIVADO, NOMBRE DE COMPAÑIA _____	
¿Es el niño hispano? SÍ / No	
RAZA:(circulé los que aplique) Afro-Americano Indígena/a Caucásico/a	
ETNICIDAD: _____	ORIGEN NACIONAL: _____
	Asiático Isleño Pacífico
	Otro _____
LINGUAJE PRIMARIO : _____	HABILIDAD: _____
LINGUAJE SECUNDARIO: _____	HABILIDAD: _____
HABILIDAD: 0=NINGUNA, 1=MAL, 2=MODERADO, 3=MUY BIEN	

**NIÑOS ADICIONALES
EN LA FAMILIA**

NOMBRE: _____	# DE SEGURO SOCIAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	
SEXO: M/F	RELACIÓN A: Primario/Secundario/Ambos
	CUSTODIA: SÍ / NO

NOMBRE: _____	# DE SEGURO SOCIAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	
SEXO: M/F	RELACIÓN A: Primario/Secundario/Ambos
	CUSTODIA: SÍ / NO

NOMBRE: _____	# DE SEGURO SOCIAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	
SEXO: M/F	RELACIÓN A: Primario/Secundario/Ambos
	CUSTODIA: SÍ / NO

NOMBRE: _____	# DE SEGURO SOCIAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	
SEXO: M/F	RELACIÓN A: Primario/Secundario/Ambos
	CUSTODIA: SÍ / NO

NOMBRE: _____	# DE SEGURO SOCIAL: _____
FECHA DE NACIMIENTO: _____	
SEXO: M/F	RELACIÓN A: Primario/Secundario/Ambos
	CUSTODIA: SÍ / NO

¿Tiene el niño/a alguna alergia o problemas de asma? _____

¿Tiene el niño/a algún comportamiento característico único? (i.e. morder, pegar) _____

¿Tiene el niño/a temor a algo? _____

Yo certifico que toda la información en esta aplicación es correcta y de mi mejor conocimiento. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa con esta agencia puede ser interrumpida y puedo ser sometido/a a acción legal. También entiendo que la información en esta aplicación será contenida en estricta confianza dentro de la agencia

FIRMA DE MADRE/PADRE/GUARDIÁN _____ **FECHA** _____