|  |  |
| --- | --- |
| **Numero de su niño en ChildPlus#:** |  |
| Fecha de Aplicación (mes/día/año) | Official Use Only Received DT: Received By: Reviewed:CP DT:CP By: |
| Opción de Programa Basado en el Centro | Basado en el Hogar |
| Age GroupMama Embarazada | Infantes/Menores Pre-escolar(0-3 años) (3-5 años) |
| Opción de Pago (marque uEarly Head Start(0-3 años) | no)Head Start(3-5 años) | OSSE(0-5 años) |



**Enrollment Application**

(Por favor escriba claramente)

**Sección I – Niño que será matriculado Pagina 1 of**

\_\_\_

\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido P | rimer Nombre | Segundo nombre o Sufijo | Nombre Preferido |
| Fecha de Nacimiento (mes/día/año) G | enero Futura Escuela ElementariaMasculino Femenina |  |
| **Datos Demográficos del Niño** |
| Raza (Marque todo los que apliquen) | Hispano | Conocimiento de Ingles | Habla otro lenguage |
| * Asiático Nativo American
* Negro Isleño Pacifico
* Blanco Multi-Racial
* Otro/Especifique:
 | * Si
	+ No
 | * Nada
* Poco
* Moderado
* Avanzado
 | * Nada
* Poco
* Moderado
* Avanzado
 |

Nota: Si el niño vive con la madre y el padre, deben ser enlistados como primario y secundario adultos en esta aplicación. De lo contrario, enliste el adulto responsable que vive con el niño.

**Sección II – Adulto Primario/Tutor Legal** (vive con el niño)

\_\_\_

\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido | Primer Nombre | Segundo nombre o Sufijo | Nombre Preferido |
|  | GeneroMasculino Femenina | Padre Adolescente (si/no) |  |
| **Información de Contacto para Adulto Primario/Tutor Legal del Niño** |
| Dirección (1 o 2 líneas para él numero, calle, y apartamento) | Dirección de Correo (solo sí es diferente donde vive) |
| Ciudad, Estado, Código Postal Ward # | Ciudad, Estado, Codigo Postal Ward # |
| Teléfono de Casa**- -** | Teléfono del Trabajo**- -** | Teléfono de Cellular**- -** | Correo Electronico |
| Ultimo Grado Completado Esta Empleado Relacion con el Niño Custodia Chequee todo le que aplica: |
| * Asociado
* Bachelors
* Entrenamiento
* Universidad
* GED
 | * Grado 9 o menos

Bachillerato* Maestria
 | * Tiempo Completo
* Medio Tiempo
* Estacionario

Desempleado* Entrenamiento
* Retirado o Desabilitado
 | Natural/Adoptado O Hijastro* Nieto/a
* Sobrino/a
* Hijo de Crianza
* Otro
 | * Si
* No
 | * Padre vivi con la Familia
* Provee apoyo economico
* Padre adolecente

Si es padre adolecente Subsidio?* Yes No
 |
| **Datos Demográficos del Adulto Primario** |
| Raza (Marque todo los que apliquen) Hispano Conocimiento de Ingles Habla otro lenguage |
| * Asiático Nativo Americano Si Nada Nada
* Negro Caribeño/a No Poco Poco
* Blanco Multi-Racial Moderado Moderado
* Otro/Especifique: Avanzado Avanzado
 |

**Section III – Adulto Secundario/Tutor Legal (**vive con el niño)

\_\_\_

\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Apellido | Primer Nombre | Segundo nombre o Sufijo | Nombre Preferido |
|  | GeneroMasculino Femenina | Padre Adolescente (si/no) |  |
| **Información de Contacto para Adulto Primario/Tutor Legal del Niño** |
| Dirección (1 o 2 líneas para él numero, calle, y apartamento) | Dirección de Correo (solo sí es diferente donde vive) |
| Ciudad, Estado, Código Postal Ward # | Ciudad, Estado, Codigo Postal Ward # |
| Teléfono de Casa**- -** | Teléfono del Trabajo**- -** | Teléfono de Cellular**- -** | Correo Electronico |
| Ultimo Grado Completado Esta Empleado Relacion con el Niño Custodia Chequee todo le que aplica: |
| * Asociado
* Bachelors
* Entrenamiento
* Universidad
* GED
 | * Grado 9 o menos

Bachillerato* Maestria
 | * Tiempo Completo
* Medio Tiempo
* Estacionario

Desempleado* Entrenamiento
* Retirado o Desabilitado
 | Natural/Adoptado O Hijastro* Nieto/a
* Sobrino/a
* Hijo de Crianza
* Otro
 | * Si
* No
 | * Padre vivi con la Familia
* Provee apoyo economico
* Padre adolecente

Si es padre adolecente Subsidio?* Yes No
 |
| **Datos Demográficos del Adulto Secundario/Tutor Legal** |
| Raza (Marque todo los que apliquen) Hispano Conocimiento de Ingles Habla otro lenguage |
| * Asiático Nativo Americano Si Nada Nada
* Negro Caribeño/a No Poco Poco
* Blanco Multi-Racial Moderado Moderado
* Otro/Especifique: Avanzado Avanzado
 |

**Sección IV – Información de Familia/ Vivencia**

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Niño viveSin padresUn Padre/Adulto Dos Padres/Adultos | Numero de familiares que viven con el nino?(Tios/tias, padres, tutor legal, abuelos etc.) | Ninos en la familia que viven con el nino Total de ninos de nacimiento a 18 años de edad Numero de ninos de nacimiento a 3 años de edad Numero de ninos de 4 a 5 años de edad |
| Miembros Familiares (No incluya adultos/tutor legal y niños nombrados arriba) |
| Nombre | Relación con el Niño | Fecha de Nacimiento (mes/día/año)) | Escuela/ Actual Grado o Ocupación | ¿Viviendo con la familia? (si/no) | ¿Provee Apoyo Financiero? (si/no) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Sección V – Información del Financiamiento del Gobierno**

Para ser considerado para Head Start/ Early Head Start y/o OSSE (Distrito de Columbia), por favor indique cual

de los siguiente servicios recibe su familia. (Marque todos los que apliquen)

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Asistencia Financiera Medica (i.e. Medicaid/Medicare) Numero del Medicaid/Medicare  | Seguro de desempleo |
| Asistencia Publica /Asistencia Social (i.e. TANF) | Asistencia de Vivenda Publica |
| Estampillas de Comida #  | Asistencia del Programa de Energia |
| Mujer, Infantes, Ninos (WIC)  | Mantenimiento de Nino/ Pension |
| Ingreso de Seguridad Suplemental (SSI) | Verificacion de OSSE |
| Cuidado de crianza/Subsidio de Adopcion | Otro/ Especifique  |

**Sección VI – Información de Desarrollo**

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

Tiene usted alguna preocupación sobre el progreso de desarrollo de su hijo, físico o emocional? Si lo tiene, por favor explique

**Sección VII –Certificación**

Certifico que la información proporcionada en esta applicacion es verdadera al mejor de mi conocimiento. Si se descubre que cualquier parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia podra ser terminada y puedo ser sujetado a una demanda legal. También entiendo que la informacion en esta applicacion será sostenida en confianza total dentro de la agencia y es accesible a mí durante horas de oficina.

|  |  |
| --- | --- |
| Firma de Padre/Guardián: |  |
| Imprima Nombre (Padre) |  |  |  | Firma |  |  |  | Fecha |
| Uso Oficial Solamente |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Imprima Nombre (Directora del Programa) |  |  |  | Firma |  Firma |  |  Fecha | Fecha |
| Imprima Nombre (Supervisor de Salud) |  |  |  | Firma |  Firma |   |  Fecha | Fecha |
| Imprima Nombre (Servicio de Familia) |  |  |  | Firma |  Firma |  |  Fecha | Fecha |
| Imprima Nombre (Departamento de Matricula) |  |  |  | Firma |  Firma |  |  Fecha | Fecha |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anexo 1 – Niño Adicional** Para Matricularse No MatriculApellido Primer Nombre | ado **Child’s CP#:**Segundo nombre o Sufijo | Nombre Preferido |
| Fecha de Nacimiento (mes/día/año) G | enero Futura Escuela ElementariaMasculino Femenina |  |
| **Datos Demográficos del Niño** |
| Raza (Marque todo los que apliquen) | Hispano | Conocimiento de Ingles | Habla otro lenguage |
| * Asiático Nativo American
* Negro Caribeño/a
* Blanco Multi-Racial
* Otro/Especifique:
 | * Si
	+ No
 | * Nada
* Poco
* Moderado
* Avanzado
 | * Nada
* Poco
* Moderado
* Avanzado
 |

Tiene usted alguna preocupación sobre el progreso de desarrollo de su hijo, físico o emocional? Si lo tiene, por favor explique

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anexo 2 – Niño Adicional** Para Matricularse No MatriculApellido Primer Nombre | ado **Child’s CP#:**Segundo nombre o Sufijo | Nombre Preferido |
| Fecha de Nacimiento (mes/día/año) G | enero Futura Escuela ElementariaMasculino Femenina |  |
| **Datos Demográficos del Niño** |
| Raza (Marque todo los que apliquen) | Hispano | Conocimiento de Ingles | Habla otro lenguage |
| * Asiático Nativo American
* Negro Caribeño/a
* Blanco Multi-Racial
* Otro/Especifique:
 | * Si
	+ No
 | * Nada
* Poco
* Moderado
* Avanzado
 | * Nada
* Poco
* Moderado
* Avanzado
 |

Tiene usted alguna preocupación sobre el progreso de desarrollo de su hijo, físico o emocional? Si lo tiene, por favor explique

\_\_\_

\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anexo 3 – Niño Adicional** Para Matricularse No MatriculApellido Primer Nombre | ado **Child’s CP#:**Segundo nombre o Sufijo | Nombre Preferido |
| Fecha de Nacimiento (mes/día/año) G | enero Futura Escuela ElementariaMasculino Femenina |  |
| **Datos Demográficos del Niño** |
| Raza (Marque todo los que apliquen) | Hispano | Conocimiento de Ingles | Habla otro lenguage |
| * Asiático Nativo American
* Negro Isleño Pacifico
* Blanco Multi-Racial
* Otro/Especifique:
 | * Si
	+ No
 | * Nada
* Poco
* Moderado
* Avanzado
 | * Nada
* Poco
* Moderado
* Avanzado
 |

Tiene usted alguna preocupación sobre el progreso de desarrollo de su hijo, físico o emocional? Si lo tiene, por favor explique

Firma de Padre/Guardián:

Nombre (Padre) Firma Fecha