



Lake Family Resource Center

EARLY HEAD START ENROLLMENT APPLICATION

890 Lakeport Blvd. Lakeport, Ca 95453
(707) 279-0563 FAX (707) 262-0344



INFORMACION DEL NIÑO

Servicios en Casa Centro

Nombre Legal Del Niño		Primero	Inicial	Apellido	
Lugar de Nacimiento del Niño (Ciudad, Estado)			# de Seguro Social	Fecha de Nacimiento del Niño (mm/dd/aa)	Sexo
Etnicidad del Niño		Raza del Niño		Idioma Primario del Niño	
Hispano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Birracial/ Multi <input type="checkbox"/> Nat. Amer. <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Nivel de conocimientos de Inglés (circule uno) Competente/ Moderado/ Muy poco /Nada	
Segundo Idioma del Niño					
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____					

INFORMACION DE LA FAMILIA DE LA CASA DEL NINO(A)

1 Nombre del Adulto Primario		Hispano?	Idioma Primario si es diferente del niño	Segundo idioma si es diferente del Niño
Fecha de Nacimiento _____ SS# _____		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
		Raza		
2 Segundo Adulto (si aplica)		Hispano?	Estado Civil:	Estado Parental:
Fecha de Nacimiento _____ SS# _____		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Un Padre <input type="checkbox"/> Dos padres <input type="checkbox"/> Padre de Crianza <input type="checkbox"/> Otro _____
Dirección Física		Dirección de Envió (si es diferente a la Dirección Física)		
Ciudad	Estado	Código Postal	Ciudad	Estado
	CA			
Numero telefonico primario Casa/Cellular/Trabajo (circula uno)			Otro Teléfono Casa/Cellular/Trabajo (circula uno)	
() - _____			() - _____	
Vivienda Actual:		Total en la Familia	Total de # de Niños	Dirección de correo electrónico:
<input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Otro _____				
Fecha en que se mudó en su hogar _____				

INFORMACION DE ELIGIBILIDAD

Recibe la familia:		Marque uno si aplica:		Doctor del Niño(a)
SSI	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medi-cal	<input type="checkbox"/> Plan de Salud de Partnership	Porfavor proporcione# _____
TANF/CalWORKS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Other _____		
¿Recibe la familia WIC?		¿Recibe la familia CalFRESH (EBT)?		¿Tiene el Niño Seguro Dental?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cómo se enteró de nosotros?				
<input type="checkbox"/> Evento de la Comunidad <input type="checkbox"/> Cartel/Volante <input type="checkbox"/> distrito escolar <input type="checkbox"/> remisión de socio comunitario <input type="checkbox"/> Padre de Antes <input type="checkbox"/> otro Head Start <input type="checkbox"/> preescolar del Estado <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> referencia de Agencia de comunidad local <input type="checkbox"/> Anuncio público <input type="checkbox"/> Amigo de familia <input type="checkbox"/> Envíos <input type="checkbox"/> Anuncios de servicio público (Radio/TV) <input type="checkbox"/> Otro: _____				

INFORMACION DE EMPLEO DEL GUARDIAN

Empleador/Ocupación		FUENTE DE INGRESOS		
(Circula uno) G9 G10 G11 G12 HSG AS BS GED Col (algo de colegio) Maestría CTG (título aniversario)		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Desempleo
1		<input type="checkbox"/> Entrenamientos/Escuela	<input type="checkbox"/> De temporada (cuantos meses) _____	
		<input type="checkbox"/> Jubilado/discapitado	<input type="checkbox"/> Otro _____	
(Circula uno) G9 G10 G11 G12 HSG AS BS GED Col (algo de colegio) Maestría CTG (título aniversario)		<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Desempleo
2		<input type="checkbox"/> Entrenamientos/Escuela	<input type="checkbox"/> De temporada (cuantos meses) _____	
		<input type="checkbox"/> Jubilado/discapitado	<input type="checkbox"/> Otro _____	

Nombre y Apellido de los niños en el hogar	Relación al Solicitante	Fecha de Nacimiento	Sexo	Notas
---	--------------------------------	----------------------------	-------------	--------------

1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

INFORMACION SOBRE LA TRANSPORTACION

¿Puede proveer Transportación? Yes\No Si es Si que tipo usa Carro Autobús Caminar Otro

**Pone una marca de verificación en cada casilla en todas las situaciones que aplican actualmente en tu familia:
La prioridad de elegibilidad puede ser determinada por la siguientes:**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hermanos asisten/asistieron en EHS | <input type="checkbox"/> Hermanos asisten en Head Start | <input type="checkbox"/> Padres en el servicio Militar. |
| <input type="checkbox"/> El niño(a) está siendo servido por otro programa de desarrollo infantil. | <input type="checkbox"/> Tutor tiene enfermedad mental: explica _____ | <input type="checkbox"/> Tiene historial de abuso a las drogas/alcohol. |
| <input type="checkbox"/> El niño(a) una discapacidad- Si es así proporcione copia | <input type="checkbox"/> El niño(a) tiene alguna enfermedad mental – Por favor describe _____ | <input type="checkbox"/> Ha sido expuesto a violencia doméstica. |
| <input type="checkbox"/> El niño(a) está actualmente sin hogar o vivienda de transición. | <input type="checkbox"/> El niño (a) tiene la exposición prenatal al alcohol o a las drogas. | <input type="checkbox"/> Historial de encarcelación o se encuentra actualmente en cárcel. |
| <input type="checkbox"/> El niño (a) ha sido expuesto a la violencia doméstica. | <input type="checkbox"/> El niño(a)Ha estado expuesto a la negligencia o abuso. | <input type="checkbox"/> Se encuentra actualmente en programa de tratamiento de drogas |
| <input type="checkbox"/> Actualmente Embarazada Y/N fecha prevista de parto | | <input type="checkbox"/> Tiene una referencia formal de otra agencia?
Nombre de la agencia _____ |

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de esta agencia puede ser finalizada. También comprendo que la información en esta aplicación se mantendrá de manera estrictamente confidencial y es accesible a mí durante el horario normal.

Firma del Solicitante : _____ **Fecha:** _____

Documentos necesarios para completar la application :
 Prueba de ingresos (Para todos los tutores que apoyan financieramente al niño(a)) Ex: W-2, Taxes 1040, Pasaporte de Servicios ,12 meses de talones de cheques
 Prueba de edad del niño(a) (Certificado de nacimiento, acuerdo de cuidado de crianza)
 Tarjeta del Medical

TO BE COMPLETED BY STAFF- COMPLETADO POR EL PERSONAL

<p>Income Eligibility (select only one): <input type="checkbox"/> Income (below federal poverty guidelines) <input type="checkbox"/> Over-income</p> <p>Documents Verified (select as many as apply): <input type="checkbox"/> Check Stub <input type="checkbox"/> W2 <input type="checkbox"/> Written Statement from Employer <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Document of no income <input type="checkbox"/> Other _____</p> <p>Total Annual Income: \$ _____</p>	<p>Categorical Eligibility (select one): <input type="checkbox"/> Homeless <input type="checkbox"/> Foster Care</p> <p>Documents Verified (select one): <input type="checkbox"/> Foster Care Reimbursement <input type="checkbox"/> Statement from homeless services provider <input type="checkbox"/> Other _____</p>
--	--

In-person Interview **Phone Interview:** _____

Staff doing interview: _____

Provide reason for phone interview in lieu of in-person interview