

The Campagna Center

Programas para la primera infancia

Información del padre/tutor secundario

___ SIN PADRE/TUTOR SECUNDARIO (saltar sección si no hay padre/tutor secundario)

Nombre del padre/tutor secundario: _____		ISN: _____	Apellido: _____
Sexo:	Masculino	Femenino	*Fecha de nacimiento: _____
Idioma primario: _____	Idioma Secundario: _____		
*Origen étnico:	Latino	*Raza:	Asiático Birracial/Multirracial Negro/Afroamericano Blanco Nativo americano/Nativo de Alaska Otra Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico Sin especificar
*Nivel educativo:	9.º grado o menos	Graduado de escuela secundaria	Tecnicatura
	10.º grado	Educación general básica	Licenciatura
	11.º grado	Certificado de capacitación	Maestría
	12.º grado	Algún estudio terciario	Doctorado
Si está en escuela/capacitación, ¿dónde? _____			
Estado laboral:	Empleo de tiempo completo	Empleo de medio tiempo	Autónomo
	Jubilado o discapacitado	Desempleado	
	En capacitación o en escuela de tiempo completo	En capacitación o en escuela de medio tiempo	
Información de contacto:			
Nombre del empleador/escuela: _____		Número de teléfono laboral: _____	
Dirección laboral: _____		Ciudad: _____	Estado: _____ Código postal: _____
_____ Dirección particular igual a la del padre/tutor primario			
Dirección particular (si es diferente a la del padre primario): _____		Ciudad: _____	
Estado: _____		Código postal: _____	
Teléfono particular: _____		Celular: _____	
Dirección de correo electrónico: _____			

*¿El padre secundario tiene seguro de salud? Sí No

Nombre del seguro: _____

*Certificación:

Certifico que esta información es verdadera. Si cualquier parte es falsa, mi participación en el programa puede finalizar y puedo ser objeto de medidas judiciales. También entiendo que la información de esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro del programa.

También entiendo que esta es una solicitud para servicios que se pagan con fondos federales y que brindar intencionalmente información engañosa, imprecisa o falsa de naturaleza material podría causar la baja de mi hijo de Head Start/Early Head Start o VPI y podría tener consecuencias judiciales serias.

Firma del padre: _____

Fecha: _____

Aclaración del padre: _____

The Campagna Center

Programas para la primera infancia

Información del niño

Nombre del niño: _____		ISN: _____	Apellido: _____	
Sitio preferido 1: _____		Sitio preferido 2: _____		Sitio preferido 3: _____
**Si no hay transporte en autobús disponible, ¿está dispuesto a realizar el transporte?				Sí No
**¿Necesitará servicios de cuidado adicionales?				Sí No
____ Antes de la escuela (7:30-8:30)		Después de la escuela (3:00-6:30)		Ambas
____ El niño recibe un subsidio de cuidado infantil (Vale o talón contratado)				
Sexo:	Masculino	Femenino	*Fecha de nacimiento: _____	
*Idioma primario: _____			*Otro Idioma: _____	
¿Habla inglés?:	Sí No	Nivel de inglés:	Muy bueno	Bueno Insuficiente Ninguno
*Origen étnico:	Latino	*Raza:	Asiático	Birracial/Multirracial Negro/Afroamericano
			Blanco	Nativo americano/Nativo de Alaska Otra
			Hawaiano nativo o de otra isla del Pacífico	Sin especificar
¿Ciudadano estadounidense?:	Sí	No		

Información de elegibilidad

*Estado familiar (dibuje un círculo en todos los que correspondan)				
Padre y madre	Un padre			
Padre adolescente	Padre discapacitado	Padre adoptivo	Hombre activo	Sin vivienda
Tutor	Custodia conjunta	Padre estudiante		
Parentesco con el cuidador primario _____				
Información de elegibilidad adicional				
¿Tiene su hijo una discapacidad?	Sí	No	¿Tiene su hijo IEP/IFSP?	Sí No
Tipo de discapacidad: _____				
(Dibuje un círculo en todos los que correspondan)				
Derivación de CPS	Derivación de violencia doméstica	Hermano de otro niño en HS/EHS		
TANF	SSI			
Adolescente embarazada	Mujer embarazada (EHS solamente)			
Criando un niño en edad de jardín de infantes				

Otra información

____ Papá/Figura paterna participará en actividades planificadas regularmente diseñadas para la participación en HS o EHS.

¿El niño tiene una tarjeta médica? Sí No Nombre del seguro: _____
 N.º de Medicaid: _____

Si corresponde:

Revisión del 2.º año de solicitud – Sin cambios necesarios (Iniciales del padre _____)

Revisión del 3.º año de solicitud – Sin cambios necesarios (Iniciales del padre _____)

The Campagna Center

Programas para la primera infancia

Alexandria Head Start/Early Head Start

Información médica importante

Nombre del niño: _____ Fecha: _____

Para asegurar la salud y la seguridad de todos los alumnos, especifique la siguiente información acerca de su hijo.

- Mi hijo toma medicamentos recetados de manera regular. Sí No
- Mi hijo tiene una Epi-Pen (inyección de adrenalina). Sí No
- Mi hijo tiene un inhalador. Sí No
- Mi hijo tiene **asma** diagnosticado clínicamente. Sí No
- Mi hijo tiene **diabetes** diagnosticada clínicamente. Sí No
- Mi hijo tiene **ataques epilépticos** diagnosticados clínicamente. Sí No
- Mi hijo tiene **alergias** diagnosticadas clínicamente. Sí No

Tipo de alergias: _____

- Mi hijo tiene restricciones alimentarias diagnosticadas clínicamente. Sí No

Tipo de restricciones alimentarias: _____

- Mi hijo tiene restricciones alimentarias religiosas. Sí No

Tipo de restricciones alimentarias religiosas: _____

- Mi hijo tienen una afección médica crónica no mencionada anteriormente: Sí No

Explicar: _____

- Mi hijo está en tratamiento médico por las siguientes afecciones: _____

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____

Firma del personal convalidante: _____

Aclaración: _____

**Si la respuesta es "Sí" para cualquiera de estas preguntas, solicite al padre que envíe los formularios correspondientes.

(Afecciones de salud crónicas y plan de salud, Permiso para entregar medicamentos, Declaración para receta de dieta especial)