



Community Action Partnership Head Start Application

107 3rd Ave SE

Dickinson, ND 58601

El número de teléfono: (701)227-3010 o 1-877-546-9420 el número de fax: (701)225-1968



Solicitando para:

Head Start Preschool (de 3 – 5 años)

Early Head Start (de 0 – 3 años)

Early Head Start (las familias embarazadas)

La fecha de vencimiento _____

La opción del programa:

El Base Central de Dickinson El Base Central del Condado de Hettinger El Base del Hogar

La Información de la Dirección Física

La calle	La ciudad	El estado	El código postal	El condado
----------	-----------	-----------	------------------	------------

La Dirección Postal - solo si es diferente a la anterior

La calle	La ciudad	El estado	El código postal	El condado
----------	-----------	-----------	------------------	------------

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor a su familia?:

<input type="checkbox"/> Dos Padres	<input type="checkbox"/> La Madre Soltera	<input type="checkbox"/> El Padre Soltero	<input type="checkbox"/> La pareja
<input type="checkbox"/> La Custodia del Duelo	<input type="checkbox"/> La Familia de Acogida	<input type="checkbox"/> Otro – _____	

¿Cuál es su idioma principal en casa?

¿En qué idioma(s) se siente cómodo comunicándose?

El Estado de la Vivienda

<input type="checkbox"/> El propietario	<input type="checkbox"/> El inquilino	<input type="checkbox"/> Sin hogar	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Desconocido
---	---------------------------------------	------------------------------------	-------------------------------	--------------------------------------

Por favor, marque cualquiera de los siguientes servicios que su familia recibe:

<input type="checkbox"/> Las Vales de Comida (SNAP)	<input type="checkbox"/> La Asistencia para el cuidado infantil	<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> La Manutención
<input type="checkbox"/> El Subsidio de Acogida	<input type="checkbox"/> SSDI (Los Beneficios del Seguridad Social por Incapacidad)	<input type="checkbox"/> El Asistencia para los Padres	<input type="checkbox"/> HUD/VASH	<input type="checkbox"/> La Vivienda Pública La Asistencia
<input type="checkbox"/> El asesoramiento	<input type="checkbox"/> La Asistencia Energética (LIHEAP)	<input type="checkbox"/> SSI (El Ingreso de Seguridad Suplementaria)		<input type="checkbox"/> La pensión/ La Jubilación
<input type="checkbox"/> El desempleo	<input type="checkbox"/> El subsidio de la Adopción/la Tutela	<input type="checkbox"/> La indemnización laboral		<input type="checkbox"/> Los servicios/los beneficios de VA

La Cabeza de la Familia

El Nombre		El Apellido		La Fecha de Nacimiento	
# de casa			#Celular		
Email:					
La raza/La Etnia					
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Mestizo
<input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique) _____					
¿Es usted de origen hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
La educación – el grado más alto completado					
<input type="checkbox"/> El grado de 0-8	<input type="checkbox"/> 9-12 th No Graduado	<input type="checkbox"/> El graduado de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> El Título Universitario	<input type="checkbox"/> La Licenciatura O Título Avanzado
¿Está usted asistiendo actualmente a la escuela o al programa del entrenamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
La Situación Laboral Actual					
<input type="checkbox"/> El Tiempo Completo		<input type="checkbox"/> El Tiempo Parcial		<input type="checkbox"/> Temporario	
<input type="checkbox"/> Desempleado menores de 6 meses		<input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses		<input type="checkbox"/> Desempleado (No Actualmente en busca del trabajo)	
<input type="checkbox"/> Discapacitado		<input type="checkbox"/> Jubilado			
El Seguro Médico					
<input type="checkbox"/> Medicaid		<input type="checkbox"/> Privado (a través del trabajo)		<input type="checkbox"/> Privado (NO a través del trabajo)	
<input type="checkbox"/> Los Servicios de Salud para los Indios		<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro _____		
El Estatus Militar					
¿Está usted en servicio activo con las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?			¿Es usted un veterano en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

Otros padres/tutores que VIVEN en la casa

El Nombre		El Apellido		La Fecha de Nacimiento	
# de casa			#Celular		
Email:					
La raza/La Etnia					
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano	<input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano/ Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Mestizo
<input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique) _____					
¿Es usted de origen hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
La educación – el grado más alto completado					
<input type="checkbox"/> El grado de 0-8	<input type="checkbox"/> 9-12 th No Graduado	<input type="checkbox"/> El graduado de escuela secundaria	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> El Título Universitario	<input type="checkbox"/> La Licenciatura O Título Avanzado
¿Está usted asistiendo actualmente a la escuela o al programa del entrenamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
La Situación Laboral Actual					
<input type="checkbox"/> El Tiempo Completo		<input type="checkbox"/> El Tiempo Parcial		<input type="checkbox"/> Temporario	
<input type="checkbox"/> Desempleado menores de 6 meses		<input type="checkbox"/> Desempleado más de 6 meses		<input type="checkbox"/> Desempleado (No Actualmente en busca del trabajo)	
<input type="checkbox"/> Discapacitado		<input type="checkbox"/> Jubilado			
El Seguro Médico					
<input type="checkbox"/> Medicaid		<input type="checkbox"/> Privado (a través del trabajo)		<input type="checkbox"/> Privado (NO a través del trabajo)	
<input type="checkbox"/> Los Servicios de Salud para los Indios		<input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Otro _____		
El Estatus Militar					
¿Está usted en servicio activo con las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?			¿Es usted un veterano en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

La Información del Niño para Head Start/Early Head Start

El nombre		El apellido		La Fecha de Nacimiento	El género
					<input type="checkbox"/> El niño <input type="checkbox"/> La niña
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Negro/ Afroamericano	<input type="checkbox"/> Hawaiano Nativo Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Mestizo
<input type="checkbox"/> Otro (por favor, especifique) _____					
¿Es este niño del origen hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
La Información de la Salud					
¿Qué tipo del seguro médico tiene este niño?					
<input type="checkbox"/> Medicaid MA # _____			<input type="checkbox"/> Privado (a través del trabajo)		
<input type="checkbox"/> Los Servicios de Salud para los Indios	<input type="checkbox"/> Healthy Steps		<input type="checkbox"/> Privado (No a través del trabajo)		
<input type="checkbox"/> Otro por favor, especifique: _____		<input type="checkbox"/> Pendiente		<input type="checkbox"/> Ninguno	

¿Ha estado involucrado alguna vez este niño en un programa que aborda el desarrollo/las necesidades especiales? Por ejemplo: *El Programa de KIDS, La Intervención Temprana, La Terapia Ocupacional, La Terapia Física, La Habla, etc.*

Sí No

En caso afirmativo, ¿Dónde fue usted para obtener estos servicios?:

Enumere a cualquier otro miembro que viva en la casa que aún no esté en la lista, por favor.

El nombre	La Fecha de Nacimiento	El género	La raza	El Tipo del seguro	Hispanico	Discapacitado	El Veterano
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Comparta con nosotros como aprendió sobre nuestro programa, por favor (Por ejemplo: el radio, el amigo/la familia, otra agencia, el folleto, otra escuela, el personal, etc.).

La información proporcionada por mí para establecer mi elegibilidad verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Yo doy mi consentimiento para la verificación independiente de la información por parte del agente autorizado por la agencia o su fuente de financiamiento del gobierno.

Yo doy mi consentimiento para la revisión de mis archivos por parte del agente autorizado de la agencia o su fuente de financiamiento gobernante.

La Firma del Padre/tutor _____

La fecha ____/____/____

La Firma del Personal _____

La fecha ____/____/____

SOLO PARA EL USO DE LA OFICINA

La familia se describe mejor como:

Dos Padres:	<input type="checkbox"/> biológicos, adoptivos, los padrastros	<input type="checkbox"/> los abuelos	<input type="checkbox"/> Los parientes distintos de los abuelos	<input type="checkbox"/> los padres de acogida (no son los parientes)	
<input type="checkbox"/> otro especifique _____					

El Padre Soltero:	<input type="checkbox"/> madre biológica, adoptiva, la madrastra	<input type="checkbox"/> el padre biológico, adoptivo, el padrastro	<input type="checkbox"/> el/la abuelo/a	<input type="checkbox"/> el pariente distinto del abuelo	<input type="checkbox"/> el padre acogida (no es el pariente)
<input type="checkbox"/> otro especifique _____					