



La Aplicación de Community Action Partnership Head Start
Head Start Preschool 107 3rd Ave / Early Head Start 338 SE 1st St
Dickinson, ND 58601
El Número de Teléfono: (701) 227-3010 El Número de Fax: (701) 225-1968



Solicitando para: ☐ Head Start Preschool ☐ Early Head Start ☐ La Familia Expectante de Early Head Start
(3 a 5 años) (0 a 3 años) Fecha prevista del nacimiento del bebé _____

La Opción del Programa: ☐ La Base Central de Dickinson ☐ La Base Central del Condenado de Hettinger ☐ La Base de Casa

La Dirección Física				
La Calle	La Ciudad	El Estado	El Código Postal	El Condenado
La Dirección Postal – solo si es diferente a la anterior				
La Calle/El Apartado de Correos	La Ciudad	El Estado	El Código Postal	El Condenado
¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor a su familia:				
☐ Dos Padres ☐ La Madre Soltera ☐ El Padre Soltero ☐ La Pareja ☐ Doble Custodia ☐ La Familia de Acogida ☐ Otro (por favor, especifique) _____ ¿Los servicios de tutela o plan de seguridad se aplican a su familia? ☐ Sí ☐ No ¿Cuál es su idioma primario en casa? _____ ¿En qué idioma(s) se siente más cómodo comunicándole? _____				
El Estado de la Vivienda				
☐ El Dueño ☐ El inquilino ☐ Sin hogar ☐ Otro (por favor, especifique) _____				
Por favor, marque cualquier de los siguientes servicios que recibe su familia:				
☐ SNAP (Cupones de Comida) ☐ La Asistencia para el Cuidado de los Niños ☐ TANF ☐ WIC ☐ La Manutención de Niños ☐ El Subsidio del Cuidado de Crianza ☐ SSDI (La Discapacidad de Seguridad Social) ☐ La Asistencia para los Padres /El Intensivo en Casa ☐ HUD/VASH ☐ La Asistencia de Vivienda Pública ☐ El Asesoramiento ☐ LIHEAP (La Asistencia Energética) ☐ Las Pensiones/La Jubilación ☐ SSI (Los Ingresos de Seguridad Suplementaria) ☐ Los Beneficios de desempleo ☐ El Subsidio de Adopción ☐ Los Beneficios/Servicios de VA ☐ La Compensación del Trabajador				

La Cabeza de Familia

El Nombre	El Apellido	La Fecha de Nacimiento	El Género
El Número de Teléfono _____ Email: _____			

La Raza/La Etnicidad
_____ Indio Americano/Nativo de Alaska _____ Asiático _____ Negro/Afroamericano _____ Hispano/Latino
_____ Oriente Medio/áfrica del Norte _____ Nativo Hawaiano/Isleño del Pacífico _____ Blanco
_____ Multirracial/Multiétnico: por favor, marque todos los que se aplican
_____ Indio Americano/Nativo de Alaska _____ Asiático _____ Negro/Afroamericano _____ Hispano/Latino
_____ Oriente Medio/África del Norte _____ Nativo Hawaiano/Isleño Pacífico _____ Blanco

La Educación – El Grado Más Alto Completado
_____ El Grado 0 a 8 _____ El grado 9 a 12 No se Graduó _____ Se Graduó de la Escuela Secundaria _____ GED
_____ Título de Asociados _____ La Licenciatura/el Título Avanzado
¿Usted está asistiendo actualmente a la escuela/universidad o un programa de adiestramiento: _____ Sí _____ No

El Estado Actual de Empleo
_____ Tiempo Completo _____ Tiempo Parcial _____ Desempleado menos de 6 meses
_____ Desempleado más que 6 meses _____ Desempleado (no buscando el trabajo actualmente) _____ De Temporada
_____ Jubilado _____ Discapacitado

La Información sobre los Seguros de Salud
_____ Medicaid _____ La Expansión de Medicaid _____ A través del Trabajo _____ NO a través del trabajo
_____ Los Servicios de Salud para los indios _____ Otro (por favor, especifique) _____
_____ Sin Seguros

El Estado Militar
¿Está usted en servicio activo con las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? _____ Sí _____ No
¿Está usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? _____ Sí _____ No

Otro padre/tutor que VIVA en la casa

El Nombre	El Apellido	La Fecha de Nacimiento	El Género
El Número de Teléfono _____ Email: _____			
La Raza/Etnicidad			
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino			
☐ Oriente Medio/África del Norte ☐ Nativo Hawaiano /Isleño Pacífico ☐ Blanco			
☐ Multirracial/Multiétnico: por favor, marque todos los que se aplican			
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino			
☐ Oriente Medio/África del Norte ☐ Nativo Hawaiano/Isleño Pacífico ☐ Blanco			
La Educación – El Grado Más Alto Completado			
☐ El Grado 0 a 8 ☐ El Grado 9 a 12 No se graduó ☐ Se graduó de la Escuela Secundaria ☐ GED			
☐ El Título Asociados ☐ La Licenciatura/el Título Avanzado			
¿Usted está asistiendo actualmente a la escuela/universidad o un programa de adiestramiento: ☐ Sí ☐ No			

El Estado Actual de Empleo
☐ El Tiempo Completo ☐ El Tiempo Parcial ☐ Desempleado menos de 6 meses
☐ Desempleado más que 6 meses ☐ Desempleado (actualmente no buscando el trabajo)
☐ De Temporada ☐ Jubilado ☐ Discapacitado

La Información Sobre Los Seguros de Salud
☐ Medicaid ☐ La Expansión de Medicaid ☐ A través del Trabajo ☐ NO A través del Trabajo
☐ Los Servicios de Salud para los indios ☐ Otro (por favor, Especifique) _____
☐ Sin Seguros
El Estado Militar
¿Está usted en servicio activo con las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No
¿Está usted un veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

La Información sobre el Niño de Head Start Preschool/Early Head Start

El Nombre	El Apellido	La Fecha de Nacimiento	El Género

La Raza/Etnicidad
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Oriente Medio/África del Norte ☐ Nativo Hawaiano/Isleño Pacífico ☐ Blanco ☐ Multirracial/Multiétnico: por favor, marque todos los que se aplican ☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Negro/Afroamericano ☐ Hispano/Latino ☐ Oriente Medio/África del Norte ☐ Nativo Hawaiano/Isleño Pacífico ☐ Blanco

La Información sobre los Seguros de Salud
☐ Medicaid: Número de MA _____ ☐ Cubierto bajo del Padre/Tutor ☐ Los Servicios de Salud para los indios ☐ El Programa de seguros de Salud para los Niños de Dakota del Norte (CHIP) ☐ Otro (por favor, especifique) _____ ☐ Sin Seguros

¿Alguna vez este niño ha estado involucrado con un programa/agencia que aborda las necesidades del desarrollo/salud?

☐ Sí ☐ No

Ejemplos: El Programa de KIDS, La Terapia Ocupacional, La Fisioterapia, La Terapia Conductual, El Asesoramiento, etc.

En el caso afirmativo, ¿A dónde va este niño para estos servicios? _____

Por favor, haga una lista de cualquier miembro que viva en la casa que ya no esté listado.

El Nombre				El Apellido	
La Fecha de Nacimiento	El Género	La Raza/Etnicidad	El Tipo de Seguros	Discapacitado ___Sí ___No	El Veterano ___Sí ___No
El Nombre				El Apellido	
La Fecha de Nacimiento	El Género	La Raza/Etnicidad	El Tipo de Seguros	Discapacitado ___Sí ___No	El Veterano ___Sí ___No
El Nombre				El Apellido	
La Fecha de Nacimiento	El Género	La Raza/Etnicidad	El Tipo de Seguros	Discapacitado ___Sí ___No	El Veterano ___Sí ___No
El Nombre				El Apellido	
La Fecha de Nacimiento	El Género	La Raza/Etnicidad	El Tipo de Seguros	Discapacitado ___Sí ___No	El Veterano ___Sí ___No
El Nombre				El Apellido	
La Fecha de Nacimiento	El Género	La Raza/Etnicidad	El Tipo de Seguros	Discapacitado ___Sí ___No	El Veterano ___Sí ___No
El Nombre				El Apellido	
La Fecha de Nacimiento	El Género	La Raza/Etnicidad	El Tipo de Seguros	Discapacitado ___Sí ___No	El Veterano ___Sí ___No

Por favor, comparta con nosotros como usted aprendió sobre nuestro programa (Es decir, la Radio, el amigo, la familia, otra agencia, el folleto, otra escuela, el personal, etc.)_____

La información proporcionó por mí para establecer mi elegibilidad es verdadera y exacta a lo mejor de mi conocimiento.

____Yo doy mi consentimiento a la verificación independiente de la información por el agente autorizado de la agencia o su fuente de financiación gubernamental.

____Yo doy mi consentimiento para la revisión de mis archivos por el agente autorizado de la agencia o su fuente de financiación gubernamental.

La Firma del Padre/Tutor_____

La Fecha ____/____/____

La Firma del Personal_____

La Fecha ____/____/____

Family is best described as:

Two Parent		
_____ Biological/Adoptive/Stepparents	_____ Grandparents	_____ Relatives other than Grandparents
_____ Foster Parents	_____ Other, specify _____	

Single Parent		
_____ Biological/Adoptive/Stepparents	_____ Grandparents	_____ Relatives other than Grandparents
_____ Foster Parents	_____ Other, specify _____	