

<b>Recursos Comunitarios de Kitsap</b> 1201 Park Avenue Bremerton, WA 98337 (360) 473-2086 www.kcrearlylearning.org	Derivado/a por: _____ Número de contacto: _____ Agencia: _____
<b>Olympic ESD #114</b> 105 National Avenue N Bremerton, WA 98312 (360) 478-6889 www.oesd.wednet.edu	<b>Early Head Start / Head Start / ECEAP</b> <b>2018-2019</b> <b>Solicitud del menor</b>

**Información de Solicitante & Miembros de la Familia**

<b>Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)</b>								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	IEP/IFSP	
						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>		<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>		
<input type="checkbox"/> Asiático* <input type="checkbox"/> Americano Native * <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico * <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial *		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente		
<b>*Especifique</b> _____								
<b>Cobertura de Salud Primaria</b>		<b>Medicaid</b>		<b>Doctor/ Hogar Medico</b>		<b>Doctor Número de Teléfono</b>		
		<input type="checkbox"/> No es Elegible <input type="checkbox"/> On Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible		<input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible				
<b>Cobertura Dental</b>		<b>Dentista/Hogar Dental</b>		<b>Dentista Número de Teléfono</b>				
<b>Adulto Principal</b>								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de nacimiento	Sexo	¿Necesita intérprete?		
					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>		<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>		
<input type="checkbox"/> Asiático* <input type="checkbox"/> Americano Native * <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico * <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial *		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente		
<b>*Especifique</b> _____								
<b>Nivel de Educación</b>		<b>Estado de Empleo</b>		<b>Relación al Niño(a)</b>	<b>Custodia</b>			
<input type="checkbox"/> < Graduado de Secundaria?Especifique _____  <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria		<input type="checkbox"/> alguna educación superior <input type="checkbox"/> Carrera Techica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo <input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrasto <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro Dirección de Email: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Adulto Secundario</b>								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Fecha de nacimiento	Sexo	¿Necesita intérprete?		
					<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Raza</b>		<b>Hispano</b>		<b>Habilidad del Inglés</b>	<b>Otra Lengua</b>	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>		
<input type="checkbox"/> Asiático* <input type="checkbox"/> Americano Native * <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico * <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial *		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente		<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente		
<b>*Especifique</b> _____								
<b>Nivel de Educación</b>		<b>Estado de Empleo</b>		<b>Relación al Niño(a)</b>	<b>Custodia</b>			
<input type="checkbox"/> < Graduado de Secundaria?Especifique _____  <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria		<input type="checkbox"/> alguna educación superior <input type="checkbox"/> Carrera Techica <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo <input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrasto <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro Dirección de Email: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *</b>								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	IEP/IFSP	
						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *</b>								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de nacimiento	Sexo	IEP/IFSP	
						<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

\* Si la familia tiene más de un niño(a) aplicando para servicios, por favor llene una copia de este formulario separado para cada solicitante.

# Información de Familia, Ingreso & Contactos

Para ser completada por empleados de la agencia:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Información General						
Dirección de Residencia		Línea 2 de la dirección		Código Postal	Ciudad	Estado Condado
Dirección Postal (si es diferente)		Línea 2 de la dirección		Código Postal	Ciudad	Estado Condado
Número de Teléfono		Tipo (Llene uno)		Notas		Optar por mensajes de texto
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado de Padre/Madre (Llene uno)	Lengua Principal en el Hogar	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<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

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN					
Total de personas en el hogar	Ingreso total de los últimos 12 meses	TANF		SSI	
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Algún miembro del hogar está embarazada?		Fecha de parto	OPCIONES DEL PROGRAMA		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			<input type="checkbox"/> Parte del día/ Parte del año de 3 años y 5 años	<input type="checkbox"/> Opción de cuidado extendido de 3 años y 5 años	<input type="checkbox"/> Base en el hogar/ Opción de cuidado extendido prenatal hasta 3 años
<b>Preferencias de localización:</b>					
<input type="checkbox"/> Port Orchard	<input type="checkbox"/> W Bremerton	<input type="checkbox"/> E Bremerton	<input type="checkbox"/> Silverdale	<input type="checkbox"/> Seabeck	<input type="checkbox"/> Poulsbo <input type="checkbox"/> Kingston
Notas de Ingresos					

**Avisor**

- Toda documentación presentada con propósitos de inscripción y para establecer elegibilidad pasa a ser propiedad de Recursos Comunitarios de Kitsap/Olympic ESD 114 y no será devuelta. Puede solicitar copias mediante un pedido por escrito.
- Toda la información en este formulario y otros registros individuales de Head Start/Early Head Start/ECEAP es confidencial. Se requiere el permiso por escrito del padre o la madre para enviar registros individuales a personas o agencias fuera de KCR o de los programas Early Head Start/Head Start/ECEA de Olympic ESD 114
- Estos programas se encuentran disponibles para los menores que califiquen, independientemente de su raza, color, discapacidad, sexo, género u origen nacional.
- Se cancelará la solicitud a cualquier persona que, intencionalmente, brinde información falsa y deberá solicitar nuevamente los servicios.
- Está disponible la traducción TTY 711 (para discapacitados del habla y el oído) en otros idiomas.

*Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto(a) a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será guardada en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible por mí durante las horas normales de negocio. Recursos Comunitarios de Kitsap/Olympic ESD 114 cuanta con mi permiso para acceder al Registro del Estado de Washington para obtener los registros de vacunación y a Washington CONnection para obtener información de elegibilidad del menor y el padre o madre detallados a continuación con el único propósito de determinar la elegibilidad e inscripción de dicho menor.*

Nombre del menor (impresión) \_\_\_\_\_

Firma del Padre/Madre/Guardián(a) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

<b>Recursos Comunitarios de Kitsap</b> <b>Educación Temprana y Servicios Familiares</b>  FAX (360) 479-0068 earlylearning@kcr.org	<b>Olympic ESD #114</b> <b>Programa Head Start/EHS/ECEAP</b>  FAX (360) 405-5808 earlylearning@oesd114.org
--	---