

E.I. C., Inc Head Start
PO Box 549/712 Virginia Rd
Edenton, NC 27932
 Central Office: (252) 482-4495 Fax: (252) 482-7564

Local Center Contact:



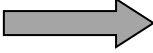
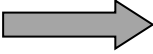
Esta aplicación no está completa sin una prueba adecuada de la renta por un período de un año y una copia del certificado de nacimiento del niño

Información del Niño		
Nombre del Niño:	Apellido :	Fecha de Nacimiento :
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Raza: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Pacific Islander/Hawaiian (Multi-Racial favor activar varias casillas)		
Idioma principal en el hogar:	Habla Inglés:	<input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Nada
Cobertura de Seguro (Copia de Seg. Tarjeta Requerido): <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> NC Health Choice <input type="checkbox"/> TriCare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Seguro #:	Fecha de publicación:	
Actual Médico:	Teléfono:	
Dentista Actual:	Teléfono:	
Cuidado de Adultos Primaria para Niños		
Adultos Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F Raza: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Pacific Islander/Hawaiian (Multi-Racial favor activar varias casillas)		
Idioma principal en el hogar:	Habla Inglés:	<input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Nada
Mayor Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Asociados <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Máster <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padres Biológica <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> De Crianza Temporal <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Estado Actual de Empleo: <input type="checkbox"/> Actual Militar Activo <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado - ¿Cuándo? _____		
Información de la Familia		
Dirección habitable:		
Dirección (si es diferente):		
Teléfono principal:	Teléfono Alterno:	Email:
Estado de los padres: <input type="checkbox"/> Monoparental Figura <input type="checkbox"/> Dos figura de Padres		
Estado de Vivienda: <input type="checkbox"/> Propia Casa <input type="checkbox"/> Alquiler Casa / apto / casa móvil <input type="checkbox"/> Vivir con relativa / amigo (a largo plazo) <input type="checkbox"/> Abrigo <input type="checkbox"/> Hotel / Motel <input type="checkbox"/> Otros (Explique): <input type="checkbox"/> Vivir con relativa / amigo (Temporalmente)		
Fue referido usted al Head Start del Departamento de Salud o Servicios Sociales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Recibe usted alguno de los siguientes? (marque todas las que apliquen) <input type="checkbox"/> Cupones de Alimentos <input type="checkbox"/> TANF /WorkFirst <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Child Support <input type="checkbox"/> WIC		
AGENCY USE ONLY		
Center	Status	Eligible Age
Disability Status	Acceptance Date	Data Entry Notes
Primary-		

Otro Padre / Tutor viven en el hogar

Adultos Nombre:	Apellido:	Fecha de Nacimiento:
Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Raza: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Black/African American <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Pacific Islander/Hawaiian (Multi-Racial favor activar varias casillas)	
Idioma principal en el hogar:	Habla Inglés: <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Nada	
Mayor Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> Escuela Secundaria <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Asociados <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Máster <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Relación con el niño: <input type="checkbox"/> Padres Biológica <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> de crianza temporal <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Estado Actual de Empleo: <input type="checkbox"/> Actual Militar Activo <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Desempleado - ¿Cuándo? _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> discapacitado		

Información de la Familia

 Personal de Head Start rellenará esta sección 		Annual Amount		Annual Amount
	Wages (Working Income)		Unemployment Insurance	
	Public Assistance		Contribution	
	Social Security/Pension		Supplemental Security Income	
	Child Support/Alimony			
	Foster Care/Adoption Subsidy			
Annual Household Total:				

¿Cuántos miembros de la familia vivir con los ingresos indicados anteriormente? Adultos: Niños:

Contacto de Emergencia

Nombre:	Relación con el niño:
Dirección:	
Teléfono principal:	Teléfono Alterno:

Preocupaciones

¿Tiene alguna preocupación médica o del comportamiento? Sí (por favor indique con cheque abajo) No

Convulsiones	Asma	Diabetes
Alergias	Visión	Audición
Anemia	Alto nivel de Plomo	Retraso en el Desarrollo
Autismo	Hiperactividad	Comportamiento / Emocional
Peso	Deterioro Ortopédico	Habla / Lenguaje Deterioro
Lesión Cerebral Traumática	Síndrome de Down	Impedimentos de Salud

Otra preocupación (por favor explique):

Le ha diagnosticado al niño con una discapacidad? Sí No Sospecha

En caso afirmativo, ¿el niño tiene un IEP? Sí No

Si sospecha que tiene el niño visto con respecto a su preocupación?

Está su familia en necesidad o experimentando una crisis? Sí No

En caso afirmativo, por favor explique:

Es uno de los padres biológicos encarcelado en este momento? Sí No

Participación Masculina

Hay un modelo masculino importante en la vida del niño para que podamos contactar con respecto a las actividades del centro? (padre, tío, abuelo, primo, etc.) Si No

En caso afirmativo, por favor indique: Nombre _____ Relación con el niño: _____

Dirección De Envío: _____

Telefono: _____

Por favor, lea atentamente lo siguiente:

Propósito de Inscripción: El propósito de la inscripción es ofrecer a los niños y las familias la oportunidad de recibir una amplia selección de servicios y experiencias educativas que apoyan la preparación escolar en la preparación de los niños para el jardín de infantes y el futuro aprendizaje de la vida. Nuestra meta de asistencia para los niños es que van a asistir a clase regularmente y sobre una base diaria, con la excepción de la enfermedad justificada. Es importante que los niños asistan a clase para lograr unos resultados exitosos de sus metas de preparación escolar planeados.

_____ (iniciales del padre) Yo entiendo que de acuerdo a NC Estatuto General 110-91 (1) que cada niño debe tener una evaluación de salud antes de ser admitido, o dentro de los 30 días siguientes a la admisión en un centro de cuidado infantil y anual, a partir de entonces. El incumplimiento de esta ley puede interrumpir servicios para mi hijo.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y exacta y todos los ingresos se ha informado y está sujeta a verificación por parte del programa. Entiendo que esta información es dada por los servicios prestados por los fondos federales y / o estatales y que la falsificación deliberada de la información me descalificará de servicios.

Las solicitudes presentadas durante el período de enero a marzo del próximo año escolar recibirán una carta indicando el estatus del niño el 15 de mayo. Las solicitudes completas presentarse en cualquier otro momento durante el año recibirán la notificación dentro de los 30 días.

Firma del padre / tutor: _____ Fecha: _____

Padre / Tutor Nombre Impreso: _____

Intake Staff Signature: _____ Date: _____

1/2015