

Año escolar

Distrito escolar
 Mapleton 1
 Adams 12 Adams
 14 Westminster 50
 28J 27J

Head Start del Condado de Adams

Solicitud preliminar

**PARA USO
EXCLUSIVO DE
LA OFICINA**

PUNTAJE: _____

Fecha:		Información del niño			
Nombre del niño:		Fecha de nacimiento:		Género del niño:	
Nº1 Nombre del padre/madre o tutor:		Nº2 Nombre del padre/madre o tutor:			
Información del contacto					
Dirección:		Ciudad, estado Código postal			
Número de teléfono		Número de teléfono alternativo y/o correo electrónico			
Idioma oral preferido por la familia:		Idioma escrito preferido por la familia:		Tamaño de la familia	
Información de elegibilidad categórica					
¿Está recibiendo actualmente alguno de los siguientes servicios?		<input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Manutención de los hijos <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> ACTUALMENTE UTILIZAN BANCOS DE ALIMENTOS O LOS UTILIZARON EN EL ÚLTIMO MES		Si seleccionó TANF, SSI o SNAP, ¿cuánto le otorgan mensualmente?	
¿Su familia no tiene hogar, vive en un vehículo, en un refugio o se muda con frecuencia de un lugar a otro sin tener una residencia estable propia?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<i>Si usted es una familia sin hogar o si usted recibe TANF, SSI, o SNAP por favor salte y vaya a las preguntas sobre las necesidades del niño.</i>					
Información sobre los ingresos familiares					
Ingresos anuales brutos del padre/madre/tutor nº 1		Ingresos anuales brutos del padre/madre/tutor nº 2		Ingresos brutos mensuales:	
				¿Cuánto paga de alquiler al mes?	
Necesidades del Niño					
¿Tiene su niño alguna preocupación de salud, salud mental, o discapacidad?		<input type="checkbox"/> Sí: _____ <input type="checkbox"/> No ¿Puede proporcionar documentación médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene su hijo un IEP o IFSP? <input type="checkbox"/> Sí, tiene un <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> No	
¿Tiene alguna inquietud sobre el comportamiento de su hijo?		<input type="checkbox"/> Sí: _____ <input type="checkbox"/> No ¿Se ha evaluado al niño o se le ha realizado un diagnóstico de salud conductual?		<input type="checkbox"/> Sí: _____ <input type="checkbox"/> No	
¿Ha participado en Adams County Head Start en el pasado?		<input type="checkbox"/> Sí: _____ <input type="checkbox"/> No ¿Tiene su niño seguro médico?		<input type="checkbox"/> Sí: _____ <input type="checkbox"/> No	
¿Cómo se enteró de Adams County Head Start?					
<input type="checkbox"/> Familia/Amigo <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Referencia de socio comunitario: _____ <input type="checkbox"/> Banner afuera del Centro de Adams County Head Start <input type="checkbox"/> Evento comunitario: _____ <input type="checkbox"/> en línea <input type="checkbox"/> Empleado de Head Start del condado de Adams: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____					

Ubicación preferida de Head Start (tenga en cuenta la primera y la segunda opción)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Brighton Center (18 th & Egbert) | <input type="checkbox"/> Rainbow Center (84 th & Lowell Blvd.) | <input type="checkbox"/> Little Star (74 th & Lowell Blvd.) |
| <input type="checkbox"/> Creekside Center (92 nd & Huron) | <input type="checkbox"/> Sunshine Center (56 th & Quebec) | <input type="checkbox"/> Northglenn Center (104 th & Washington) |

Este documento ha sido completado por:	_____	Fecha: _____/_____/_____
	(Firma)	

Su familia califica para el programa Head Start si el ingreso de su hogar está en el nivel de pobreza o por debajo de él. Las pautas de pobreza se pueden encontrar en <https://aspe.hhs.gov/topics/poverty-economic-mobility/poverty-guidelines>. Si su familia recibe asistencia pública (TANF, SSI o SNAP), y aquellos con niños en cuidado de crianza o niños sin hogar, también califican independientemente de sus ingresos.

(PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA) PUNTAJE: _____