



SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

MENOR		Información sobre el menor solicitante (deje en BLANCO si es una solicitud de madre embarazada)			
Nombre		Inicial del segundo nombre	Apellido		Fecha de nacimiento
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano	Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroamerica <input type="checkbox"/> no	<input type="checkbox"/> Otro/no especificado	<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico	<input type="checkbox"/>
Idioma principal	Idioma secundario	Dominio del inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido		Idioma principal que se habla en casa	

PADRE PRINCIPAL (A)		Información sobre el padre/tutor principal del niño o de la madre embarazada que solicita			
Nombre		Inicial del segundo nombre	Apellido		Fecha de nacimiento
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano	Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroestadounidense <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Idioma principal	Idioma secundario	Dominio del inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido			
Estatus de empleo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Escolaridad <input type="checkbox"/> Jubilado o discapacitado	Grado más alto completado <input type="checkbox"/> Menos de preparatoria <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria/Desempeño general educativo (GED) <input type="checkbox"/> Alguna educación universitaria <input type="checkbox"/> Licenciatura/superior	Relación con el menor: <input type="checkbox"/> Hijo biológico/adoptado/padrastro <input type="checkbox"/> Padre de acogida <input type="checkbox"/> Abuelo/tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: _____		Estatus parental <input type="checkbox"/> Hogar de un solo padre <input type="checkbox"/> Hogar de dos padres	

PADRE/CUIDADOR (B)		Información sobre el padre secundario/tutor del menor			
Nombre		Inicial del segundo nombre	Apellido		Fecha de nacimiento
Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Origen étnico <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano	Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/afroestadounidense <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Blanco/caucásico	<input type="checkbox"/> Otro: _____
Idioma principal	Idioma secundario	Dominio del inglés <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido		¿Vive en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estatus de empleo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Escolaridad <input type="checkbox"/> Jubilado o discapacitado	Grado más alto completado <input type="checkbox"/> Menos de preparatoria <input type="checkbox"/> Diploma de preparatoria/Desempeño general educativo (GED) <input type="checkbox"/> Alguna educación universitaria <input type="checkbox"/> Licenciatura/superior	Relación con el menor: <input type="checkbox"/> Hijo biológico/adoptado/padrastro <input type="checkbox"/> Padre de acogida <input type="checkbox"/> Abuelo/tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: _____		Si el padre (B) no vive en el hogar, ¿este proporciona ayuda financiera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR		Anote una lista de OTROS miembros de la familia que reciban ayuda con los ingresos del (de los) padre(s)/tutor(es) del menor			
Nombre, inicial del segundo nombre, apellido		Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	Relación con el menor	
			<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		
			<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		

		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	

Nombre del menor/madre embarazada (solicitante): _____

Fecha de nacimiento: _____

HOGAR DEL MENOR		Información sobre la situación de vivienda de la familia/información de contacto	
Domicilio		Ciudad	Código postal
Domicilio postal (si es diferente)		Ciudad	Código postal
Teléfono en casa: () _____		¿Podemos enviarle mensajes de texto?	Dirección de correo electrónico
Teléfono celular (padre principal): () _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Teléfono celular (padre secundario): () _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estatus de vivienda <input type="checkbox"/> Casa/departamento propio <input type="checkbox"/> Vivienda transitoria <input type="checkbox"/> Casa/departamento en renta <input type="checkbox"/> Vive con familiares/amigos <input type="checkbox"/> Refugio para personas sin hogar <input type="checkbox"/> Vehículo <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hotel/motel <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿La situación de vivienda de su familia es temporal o inadecuada? <input type="checkbox"/> No (la familia cuenta con vivienda fija/regular/adecuada) <input type="checkbox"/> Sí Si respondió que sí, un miembro del personal le ayudará a completar una encuesta de vivienda	

SALUD DEL MENOR		Información sobre la salud del menor, seguro médico y otras inquietudes	
¿El menor tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿El menor tiene problemas de salud o de alguna otra clase? <input type="checkbox"/> El menor tiene un plan individualizado de educación (IEP)/plan de servicios familiares individualizado (IFSP) (menor con discapacidad diagnosticada) <input type="checkbox"/> Nutrición <input type="checkbox"/> Problemas de la vista <input type="checkbox"/> El menor tiene alergias <input type="checkbox"/> Aparatos auditivos <input type="checkbox"/> El menor tiene asma <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> El menor necesita tomar medicamentos	
Tipo de seguro (marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Me di-CAL: n.º _____ <input type="checkbox"/> Alameda Alliance <input type="checkbox"/> Blue Shield <input type="checkbox"/> Kaiser <input type="checkbox"/> Otro			

SERVICIOS FAMILIARES		Información sobre beneficios/servicios recibidos por la familia y otras situaciones	
¿Tiene un caso abierto de servicios de protección al menor (Active Child Protective Services, CPS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Ayuda/beneficios de entrega de efectivo <input type="checkbox"/> Ingreso suplementario (Supplemental Security Income, SSI) <input type="checkbox"/> CalWORKS (Ayuda temporal para familias necesitadas [Temporary Assistance for Needy Families, TANF])/ayuda en efectivo)	
		Nutrición <input type="checkbox"/> La familia recibe cupones de alimentos <input type="checkbox"/> La familia recibe beneficios del programa nutricional para mujeres, niños y bebés (Women, Infants, and Children, WIC)	

OPCIONES DEL PROGRAMA		Por favor seleccione las opciones del programa que solicita para el menor	
Programa Early Head Start (0 a 2 años) <input type="checkbox"/> Mi solicitud es para el programa en un centro infantil (salones de clase tradicionales) <input type="checkbox"/> Mi solicitud es para el programa en el hogar (El maestro hace visitas educativas a domicilio cada semana) <input type="checkbox"/> Consideraré las opciones disponibles		Programa Head Start (3 a 5 años) <input type="checkbox"/> Mi solicitud es para opciones de tiempo parcial (de 8:30 a. m. a 12:00 p. m. o de 1:00 p. m. a 4:30 p. m.) <input type="checkbox"/> Mi solicitud es para opciones de tiempo completo (de 8:30 a. m. a 3:30 p. m. o de 8:30 a. m. a 4:30 p. m.) <input type="checkbox"/> Consideraré las opciones disponibles	
Nombre del centro (1.ª opción)	Nombre del centro (2.ª opción)	Nombre del centro (3.ª opción)	

¿Cómo se enteró del programa? Amigo/familiar Volante/folleto En línea Agencia comunitaria Otro: _____

¿El solicitante es un familiar directo de un empleado del Programa HS/EHS en la ciudad de Oakland? No Sí

RECONOCIMIENTO DE PADRE/TUTOR

Certifico bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta según mi leal saber. Entiendo que, si proporciono información falsa o distorsionada sobre mis ingresos, puede causar mi eliminación del programa. Entiendo que esta solicitud no estará completa hasta presentar toda la información requerida y que esta sea revisada y verificada.

Firma: _____ Fecha: _____

FOR STAFF USE ONLY

Receipt Date: _____ **Staff Name:** _____ **Staff Initials:** _____

Received /Method: In-Person: Central Office HS/EHS Site: _____ Email Fax Mail

Application Type: First Year Third Year (HS) Transition Application