



## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

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

<b>PADRE PRINCIPAL (A)</b>		Información sobre el padre/tutor principal del niño o de la madre embarazada que solicita					
<b>Nombre</b>		<b>Inicial del segundo nombre</b>		<b>Apellido</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<b>Origen étnico</b> <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano		<b>Raza</b> <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: _____			
<b>Idioma principal</b>		<b>Idioma secundario</b>		<b>Dominio del inglés</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido			
<b>Estatus de empleo</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Escolaridad <input type="checkbox"/> Jubilado o discapacitado		<b>Grado más alto completado</b> <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		<b>Relación con el menor:</b> <input type="checkbox"/> Hijo biológico/adoptado/padrastro <input type="checkbox"/> Padre de acogida <input type="checkbox"/> Abuelo/tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Estatus parental</b> <input type="checkbox"/> Hogar de un solo padre <input type="checkbox"/> Hogar de dos padres	

<b>PADRE/CUIDADOR (B)</b>		Información sobre el padre secundario/tutor del menor					
<b>Nombre</b>		<b>Inicial del segundo nombre</b>		<b>Apellido</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>	
<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<b>Origen étnico</b> <input type="checkbox"/> Hispano/latino <input type="checkbox"/> No hispano		<b>Raza</b> <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: _____			
<b>Idioma principal</b>		<b>Idioma secundario</b>		<b>Dominio del inglés</b> <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Fluido		<b>¿Vive en el hogar?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Estatus de empleo</b> <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Escolaridad <input type="checkbox"/> Jubilado o discapacitado		<b>Grado más alto completado</b> <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		<b>Relación con el menor:</b> <input type="checkbox"/> Hijo biológico/adoptado/padrastro <input type="checkbox"/> Padre de acogida <input type="checkbox"/> Abuelo/tutor legal <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>Si el padre (B) no vive en el hogar, ¿este proporciona ayuda financiera?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

<b>OTROS MIEMBROS DEL HOGAR</b>		Anote una lista de OTROS miembros de la familia que reciban ayuda con los ingresos del (de los) padre(s)/tutor(es) del menor					
<b>Nombre, inicial del segundo nombre, apellido</b>		<b>Fecha de nacimiento</b>		<b>Sexo</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino		<b>Relación con el menor</b>	
				<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	
<b>Estatus de vivienda</b> <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: _____		<b>¿La situación de vivienda de su familia es temporal o inadecuada?</b> <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	
<b>¿El menor tiene seguro médico?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>¿El menor tiene problemas de salud o de alguna otra clase?</b> <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	
<b>Tipo de seguro (marque todas las opciones que correspondan)</b> <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	
<b>¿Tiene un caso abierto de servicios de protección al menor (Active Child Protective Services, CPS)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Ayuda/beneficios de entrega de efectivo</b> <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)	
		<b>Nutrición</b> <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	
<b>Programa Early Head Start (0 a 2 años)</b> <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		<b>Programa Head Start (3 a 5 años)</b> <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