



Solicitud de Head Start / Head Start Temprano (EHS) / Preescuela de Descubrimiento

"Wyoming Child and Family Development, Inc. es un proveedor de igualdad de oportunidades."

Completar esta solicitud no garantiza la aceptación en el programa

Fecha: _____

Nombre de niño/a: _____

Fecha de nacimiento de niño/a: _____

Madre embarazada (sólo EHS): _____

Fecha de vencimiento: _____

Favor de poner un círculo: niño o niña

Niño/a actual o previamente se matriculó en EHS o Head Start

Información de familia:

Dirección: _____
Ciudad Estado Código postal

Dirección postal: _____
Ciudad Estado Código postal

Teléfono: _____ Idioma principal que se habla en casa: _____

Otro/s número/s de contacto telefónico

Otro/s idioma/s hablado/s en casa: _____

Email: _____ Uno o dos padres en casa: _____

Adultos que viven en el hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con niño/a	Género masculino/femenino	Empleo Tiempo completo Medio tiempo Desempleado	Educación Grado más alto completado en la escuela	¿Actualmente asiste a escuela o está en programa de capacitación para el trabajo? Sí / No	Ingresos Últimos 12 meses

Padre/s que no vive/n en el hogar de niño/a:

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con niño/a	Género masculino/femenino	Custodia Sí / No	Dirección postal y teléfono	Empleo Tiempo completo, Medio tiempo o Desempleado	Educación Grado más alto completado	¿Asiste a escuela o está en programa de capacitación? Sí / No

Otros niños que viven en el hogar:

Nombre	Fecha de nacimiento	Parentesco con niño/a	Género: masculino o femenino

Marque si la vivienda **actual** incluye: Vivienda de Transición, *Safe House*, Refugio de sin hogar, Motel, Vehículo
 Sin hogar Vivir temporalmente con amigos/familia, pero buscar vivienda permanente

¿Cómo se enteró de nuestros programas?

Agencia: _____ Otro: _____

Marque todos los servicios que su hijo/a y/o familia recibe:

- WIC GED Enfermera visita casa para recién nacido
 SSI Cuidado temporal Servicios de violencia doméstica/abuso sexual
 TANF/POWER Preescuela financiada Contrato de DFS de subsidio de cuidado infantil para tiempo completo
 SNAP por estado

¿Es uno o son ambos padres/tutores un miembro activo del militar de EE.UU.? Sí No

<p>Niño/a necesita:</p> <input type="checkbox"/> Actualmente tiene un IFSP/IEP <input type="checkbox"/> Servicios que recibe: _____ <input type="checkbox"/> Preocupaciones sobre niño/a <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Capacidad de aprendizaje <input type="checkbox"/> Período de atención <input type="checkbox"/> Problemas de salud diagnosticados: alergias alimenticias, asma, diabetes, otro _____ <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental diagnosticados <input type="checkbox"/> Otro _____	<p>Necesidades familiares:</p> <input type="checkbox"/> Ningún transporte confiable <input type="checkbox"/> Vivir más de 10 millas de la ciudad <input type="checkbox"/> Cuidado infantil (Torrington) <input type="checkbox"/> Problemas de salud diagnosticados <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental <input type="checkbox"/> Embarazo actual <input type="checkbox"/> Embarazo planificado <input type="checkbox"/> Fecha de vencimiento _____ <input type="checkbox"/> Recibe cuidado prenatal <input type="checkbox"/> No recibe cuidado prenatal <input type="checkbox"/> Comenzó a recibir cuidado prenatal en segundo trimestre <input type="checkbox"/> Comenzó a recibir cuidado prenatal en tercer trimestre
--	--

Indique cualquier de los siguientes que se han ocurrido en los últimos 12 meses:

<input type="checkbox"/> Separación	<input type="checkbox"/> Desalojo	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica
<input type="checkbox"/> Divorcio	<input type="checkbox"/> Encarcelamiento	<input type="checkbox"/> Muerte de un pariente
<input type="checkbox"/> Matrimonio	<input type="checkbox"/> Servicios obligatorios de corte	<input type="checkbox"/> Cambio en número de niños en el hogar
<input type="checkbox"/> Cambio de empleo	<input type="checkbox"/> Problemas legales	<input type="checkbox"/> Problemas de salud mental _____
<input type="checkbox"/> Pérdida de empleo	<input type="checkbox"/> Plan de Servicios DFS	<input type="checkbox"/> Preocupaciones significativas de salud _____
<input type="checkbox"/> Mudarse	<input type="checkbox"/> Mal uso de opioides	<input type="checkbox"/> Mal uso de alcohol
<input type="checkbox"/> Otro _____		
<input type="checkbox"/> COVID-19 ha impactado a mi familia negativamente. Favor de explicar: _____		

Favor de indicar en cuál programa está interesado/a. El personal determinará la colocación ofrecida según disponibilidad.

<input type="checkbox"/> <i>Head Start Temprano</i> (niños 0-3 y madres embarazadas)	<input type="checkbox"/> <i>Head Start/Preescuela</i> (3 años para el 15 de septiembre)
<input type="checkbox"/> Día entero (<i>Casper, Cheyenne, Guernsey</i>)	<input type="checkbox"/> Medio día a (<i>Casper, Douglas, Gillette, Glenrock, Torrington, Wheatland</i>)
<input type="checkbox"/> Cuidado infantil de día entero (<i>Torrington -LITC</i>)	<input type="checkbox"/> Día entero (<i>Casper, Cheyenne, Douglas, Gillette, Guernsey, Lusk, Mills, Torrington, Wheatland</i>)
<input type="checkbox"/> *Basado en casa (<i>Condados: Converse, Crook, Goshen, Laramie, Platte, Natrona, Weston</i>)	
<input type="checkbox"/> *Madre embarazada (<i>Condados: Converse, Crook, Goshen, Laramie, Platte, Natrona, Weston</i>)	

*Gente especialmente cualificada trabajan con padres y niños en casa por ofrecer servicios familiares de apoyo y actividades significativas de aprendizaje.

Raza: Asiática Nativa americana/Nativa de Alaska Negra Hawaiana/de Islas Pacíficas Blanca Otra _____

Etnia: Hispana No hispana

Información de seguro (Indicar todos que aplican):

Niños	Adultos
<input type="checkbox"/> <i>Medicaid/Equality Care</i>	<input type="checkbox"/> <i>Medicaid/Equality Care</i>
<input type="checkbox"/> <i>Kid Care/Chip</i>	<input type="checkbox"/> Seguro privado
<input type="checkbox"/> Seguro privado	<input type="checkbox"/> Seguro militar
<input type="checkbox"/> Seguro militar	<input type="checkbox"/> Ningún seguro
<input type="checkbox"/> Ningún seguro	<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Otro _____	

¿Su hijo/a asiste a una guardería comunitaria aparte de <i>Head Start</i> o <i>Head Start Temprano</i>?	
<input type="checkbox"/> Sí	Si respuesta es sí, favor de anotar
<input type="checkbox"/> No	aquí: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____ CR: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____ CR: _____

Revisado por: _____ Fecha: _____ CR: _____