



WCCA Early Head Start/EHS-CCP/Head Start
Aplicación para Inscripción

Phone: 828-693-1711 Fax: 828-697-4277

Nombre del Niño(a): _____ **Apodo:** _____
Nombre Segundo Nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: _____ Lenguaje principal del niño (a): _____

Género: Masculino Femenino

Raza: Indio Americano Asiático Multi-racial Negro/Afro Americano Hispano Blanco Nativo de Hawái o de las Islas Pacificas

Correo Electrónico: _____ Número(s) de teléfono: _____

Podemos textear? Si No Enviar un correo electrónico? Si No *se aplican tarifas de mensajería estándar*

Dirección de Correo: _____

Dirección física (si es diferente): _____

Adulto(s) sostenedor de la familia: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Relación con el niño(a): _____

Está empleado(a)? Si No si su respuesta es "si," Tiempo completo Medio Tiempo

Lugar de trabajo: _____ Número de teléfono: _____

Los padres asisten a la escuela? Si No si su respuesta es "si," Tiempo completo Medio Tiempo Dónde?: _____

Cuál es su nivel de educación más alto?: No se graduó de preparatoria Graduado de preparatoria ó GED
 Algo de colegio, escuela vocacional, o Grado Asociado Licenciatura o Grado avanzado

Adulto(s) sostenedor de la familia: _____ **Fecha de Nacimiento:** _____

Relación con el niño(a): _____

Está empleado(a)? Si No si su respuesta es "si," Tiempo completo Medio Tiempo

Lugar de trabajo: _____ Número de teléfono: _____

Los padres asisten a la escuela? Si No si su respuesta es "si," Tiempo completo Medio Tiempo Dónde? _____

Cuál es su nivel de educación más alto?: No se graduó de preparatoria Graduado de preparatoria ó GED
 Algo de colegio, escuela vocacional, o Grado Asociado Licenciatura o Grado avanzado

Ingreso anual bruto de la familia: \$ _____

Otro(s) adulto(s) en la casa: _____ Relación con el niño(a): _____

Nombre de otros niños en casa: _____ Por favor indique el nombre, edad y relación con el niño(a) que está aplicando:

1. _____ 4. _____

2. _____ 5. _____

Tipo de Familia:

Familia adoptiva Madre/soltera Madre soltera viviendo con pareja Madre natural con padrastro Padre natural con madrastra
 Familia de padre y madre Familia multigeneracional Otro familiar: _____

Su hijo(a) ha estado en algún otro centro de cuidado de niños? Si No Donde? _____

Personas que pueden recoger a su hijo(a): _____

Su hijo(a) está al corriente con sus vacunas? Si No

Nombre del doctor/clínica del niño(a): _____ Fecha del examen físico más reciente: _____

Nombre del dentista del niño(a): _____ Fecha del examen dental más reciente: _____

Preferencia de hospital en caso de emergencia: _____

Preocupación sobre el desarrollo o salud general del niño(a): Si No No sé

Si usted respondió "sí" por favor indique su preocupación: Asma Problemas de alimentación ó reacciones alérgicas

Otra (indique preocupación): _____

Mencione cualquier alergia que su hijo(a) tenga, síntomas y que se debe hacer en caso de una reacción alérgica: _____

Mencione cualquier preocupación en cuanto a la salud de su hijo(a), síntomas y como se debe responder a estas necesidades de atención médica: _____

Mencione que tipo de medicina necesita tomar su hijo(a) para sus necesidades de salud médica: _____

Sospecha de que su hijo(a) esté experimentando retraso en su desarrollo: No sé No Si

Si su respuesta es "sí" ¿quién tiene la preocupación?: _____

El niño(a) ha sido evaluado debido a una preocupación acerca de su desarrollo en general/sospecha de retraso en su desarrollo:

No sé No Si

Si su respuesta es "sí" quien hizo la evaluación y cuándo? _____

Se ha sospechado ó identificado a su hijo(a) con alguno de los siguientes? No Si (por favor marque todos los que apliquen)

Trastorno emocional/Comportamiento Discapacidad Auditiva Problemas de Aprendizaje Impedimento ortopédico

Discapacidad del habla o lenguaje Lesión cerebral traumática Discapacidad visual Autismo

Deterioro de salud (incluyendo asma, alergias, diabetes) Otro: _____

Su hijo(a) actualmente tiene: IFSP IEP

Tipo de Servicios ó ayuda financiera recibida (indique todos los que apliquen):

Medicaid Health Choice Seguro privado Seguro de desempleo

Asistencia de Vivienda Pública

Food Stamps(estampillas) SSI Apoyo de manutención de niños

Programa de asistencia de energía

Subsidio de adopción WIC

No recibe ningún servicio

Coordinación de Servicios Infantiles a través de:

Servicios de Desarrollo del Niño CC4C a través del Departamento de Salud

Work First/Asistencia Pública (incluye WFFA): Fecha en que empezó a recibir los servicios: ____/____/____

Las opciones que el programa provee incluyen los centros y Home-Based (Visitadora en Casa). Indique su primera y segunda opción:

Centro Home-Based (La visitadora viene a su casa una vez a la semana)

Información adicional (confidencial) necesaria para el sistema de selección de puntos:

Alguno de los padres es adolescente Violencia doméstica actual de un miembro de la familia en el hogar

Abuso de substancias en el hogar Tiene un caso abierto con el Departamento de Servicios Sociales

Actualmente recibe subsidio de cuidado infantil (voucher) Alguno de los padres ha sido encarcelado durante el año

Problemas severos de salud, salud mental, emocional ó problemas de conducta de la familia inmediata.

Mencione si su hijo(a) tiene miedo a alguna cosa en particular y características de su conducta: _____

Como se enteró de nuestro programa? _____

Yo certifico que de acuerdo a mi conocimiento, la información que he provisto en esta aplicación es correcta y verdadera.

Firma: _____ Fecha: _____

**Estoy de acuerdo en que esta información es exacta. Yo doy permiso para que WCCA se ponga en contacto con las partes necesarias para obtener la verificación de ingresos.