

**Aplicación para Matricula**

**Por favor proveer los siguientes:**

- Documentos de sueldo
- Record de inmunización
- Acta de nacimiento

**Información del niño:**

1. Nombre del Niño: Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_
2. Fecha de Nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ 3. Sexo:  F  M
4. Dirección de residencia: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
a. Cuanto tiempo residiendo en esta dirección \_\_\_\_\_
5. Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_
6. Condado: \_\_\_\_\_ 7. Distrito Escolar (*si se sabe*): \_\_\_\_\_
8. Raza (*opcional*):  Blanco  Indio Americano o Nativo de Alaska  Negro o Afro Americano  
 Asiático  Nativo Hawaiano/Isleño Pacifico  Otro: \_\_\_\_\_
9. Origen étnico del niño es Español/Hispano/Latino (*opcional*):  Sí  No *Esta pregunta es sobre la étnica, no de raza. Por favor responda la pregunta #8 por marcar una o mas de las cajas para indicar que es lo que usted considera la raza de su niño.*
10. Idioma(s) que se habla en casa: Principal: \_\_\_\_\_ Secundario: \_\_\_\_\_
11. Niño tiene un Plan Educativo Individual (IEP):  Sí  No *Distrito Escolar de IEP:* \_\_\_\_\_  
a. Familia tiene un Plan Individual de Servicios de Familia (IFSP):  Sí  No  
b. Tiene algunas preocupaciones sobre su hijo:  Sí  No  Habla  Lenguaje  Social/Emocional  
*(si es que "sí," cheque las cajas que apliquen y explique.)*  Conducta  Aprendizaje  Salud  Movimiento  
Por favor explique: \_\_\_\_\_
12. Su hijo fue previamente matriculado en Head Start u otro programa de desarrollo infantil?  No  Sí  
a. Cuantos años? \_\_\_\_\_
13. Cual es su fuente de cuidado infantil?  
 Recibe cuidado en un centro de guardería infantil.  Recibe cuidado infantil en una guardería de hogar domiciliario.  
 Recibe cuidado en el hogar o en el hogar de un pariente o adulto no relacionado.  No esta arreglado todavía  
 Otro Por favor explique: \_\_\_\_\_
14. Familia recibe subsidios de cuidado infantil de DSHS para este niño:  Sí  No  
a. Estaría interesado en cuidados infantiles si se ofrecieran?  Sí  No
15. El niño esta sin hogar según el Acto de McKinney-Vento:  Sí  No *El Acto de asistencia sin hogar de McKenney-Vento se define a "niños y jóvenes sin hogar" como "individuos que les falta una residencia fija, normal y adecuada durante la noche..." e "incluye a niños que comparten el hogar de otras personal debido a la perdida del hogar, dificultad económica, o una razón similar; estar viviendo en moteles/hoteles, o en áreas de campamentos; estar viviendo en refugios de emergencia o de transición; o abandonados en hospitales; o estar esperando colocación en cuidado adoptivo....."*
16. El niño reside con:  
 Padre/guardián soltero con la responsabilidad legal sobre el niño  
*(en casos de custodia conjunta, se usa el padre quien recibe manutención del niño)*  
 Dos padres/guardianes con la responsabilidad legal sobre el niño  
*Padre(s)/Guardián(es) incluyen: Padres biológicos e adoptivos, padrastrros o madrastras legales, guardines legales, padres sustitutos, guardines siendo parientes sanguíneos con responsabilidad legal sobre el niño.*

**Información sobre los Padre(s)/guradian(es) legales**

17. Nombre (Apellido, Nombre, segundo nombre)	_____	_____
18. Sexo:	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
19. Relación con el niño:	<input type="checkbox"/> Padre (biológico/adoptivo) <input type="checkbox"/> Padre (padrastrro/madrastra legal) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre sustituto <input type="checkbox"/> Otro pariente guardián: _____ <input type="checkbox"/> Otro guardián legal	<input type="checkbox"/> Padre (biológico/adoptivo) <input type="checkbox"/> Padre (padrastrro/madrastra legal) <input type="checkbox"/> Abuelo(a) <input type="checkbox"/> Padre sustituto <input type="checkbox"/> Otro pariente guardián: _____ <input type="checkbox"/> Otro guardián legal
20. Fecha de nacimiento	____/____/____	____/____/____
21. Esta persona es el apoyo adulto en la vida del niño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, brinque a la pregunta #23	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, brinque a la pregunta #23
22. Esta persona es la cabeza del hogar para esta familia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, brinque a la pregunta #24	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no, brinque a la pregunta #24
23. Esta persona reside bajo el mismo techo con la cabeza del hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### Aplicación para Matricula (continua)

24. numero de teléfono	Hogar: ( ) _____ Trabajo: ( ) _____ Mensaje/Celular: ( ) _____	Hogar: ( ) _____ Trabajo: ( ) _____ Mensaje/Celular: ( ) _____
25. Idioma(s) que habla:	Principal: _____ Secundario: _____	Principal: _____ Secundario: _____
26. Estatus de empleo:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> En la escuela <input type="checkbox"/> Empleado y en la escuela <input type="checkbox"/> Programa de entrenamiento dentro del trabajo <input type="checkbox"/> desempleado, ama de casa, jubilado, deshabilitado	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> En la escuela <input type="checkbox"/> Empleado y en la escuela <input type="checkbox"/> Programa de entrenamiento dentro del trabajo <input type="checkbox"/> desempleado, ama de casa, jubilado, deshabilitado
27. Trabajador campesino emigrante/temporal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
28. Nivel de educación:	<input type="checkbox"/> Menos de graduación de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Algo de colegio, título vocacional o de asociados <input type="checkbox"/> licenciatura o título avanzado	<input type="checkbox"/> Menos de graduación de preparatoria <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Algo de colegio, título vocacional o de asociados <input type="checkbox"/> licenciatura o título avanzado

**Información del hogar**

29. Total de ingresos del hogar: Ingresos totales de los últimos 12 meses: \$ \_\_\_\_\_ y total de ingresos mensuales actuales: \$ \_\_\_\_\_

Cuales ingresos reflejan las circunstancias actuales de la familia?     Ingresos totales de los últimos 12 meses  
 Totales de ingresos mensuales actuales

*Ingresos del hogar incluye todas las personas que viven en el mismo hogar quienes son: (a) mantenidos por los ingresos del los Padre(s) o guardián(es) del niño(s) matriculado(s) en Head Start/ECEAP, y (b) estén relacionados con los papás o guardianes por sangre, matrimonio, adopción, u obligación legal para proveer manutención. Ingresos para niños en hogares sustitutos siempre se asumen como cero y familia de una persona.*

30. El numero de personas en el hogar mantenidos por estos ingresos: \_\_\_\_\_ # de hermano(s) en el hogar: \_\_\_\_\_

31. Fuente de ingresos (cheque todo lo que aplica):

- Sueldo/salario                       Manutención del niño                       Pensión, Jubilación, y/o seguro social  
 Seguro de ingreso suplementaria     beneficios de desempleo                       Pensión alimenticia/manutención conyugal  
 TANF (asistencia temporal para familias necesitadas)     Cuidado sustituto/subsidio de adopción     Otro: \_\_\_\_\_

32. Familia tiene acceso a los siguientes servicios sociales (cheque todo lo que aplica):

- Estampillas de comida     WIC     Asistencia de energía     Servicios para personas sin hogar     Bancos de comida  
 Subsidios de vivienda     Otros programas locales (por favor especifique): \_\_\_\_\_

33. La familia tiene actualmente medios de transporte:     Sí     No

**Información Medica/Dental/Salud del niño:**

34. El niño esta matriculado en el siguiente seguro medico y/o programas de la salud de niño (cheque todo lo que aplica):

- Medicaid     Basic Health Plan de Washington     Seguro medico privado     No tiene seguro medico  
 Programa de seguro medico para niños (CHIP)     Washington Basic Health Plan Plus     servicios de salud para indios     Otro: \_\_\_\_\_

35. El niño esta matriculado en el siguiente seguro dental y/o programas de la salud dental (cheque todo lo que aplica):

- Medicaid, Washington Basic Health Plan Plus, o programa de seguro medico para niños (CHIP) *estos programas incluyen cobertura dental.*  
 Seguro privado dental                       No tiene seguro dental     Otro: \_\_\_\_\_

36. Este niño tiene un proveedor/hogar medico principal:     Sí     No    Nombre del doctor: \_\_\_\_\_

Centro medico migratorio     Servicios de salud para Indios

37. Fecha del ultimo examen medico (previo a la primera fecha de servicio): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

38. Fecha del ultimo examen dental (previo a la primera fecha de servicio): \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre del dentista: \_\_\_\_\_

39. El niño esta inmunizado completamente con vacunas para su edad apropiada (según el programa de inmunización DOH):     Sí     No

*RCW 28A.210.160 requiere un certificado completo de el estatus de vacunas en el registro de la escuela, preescolar, o facilite de guardería infantil en el cual se atiende*

Yo certifico que lo susodicho es verdadero y correcto. Head Start/ECEAP esta financiado con los fondos del estado; por consiguiente, alguna o toda la información proveída debe informarse a otras agencias del estado. En adición, la información puede ser proveída a empresas de investigación no gubernamentales bajo el contrato con el Departamento de Desarrollo Comunitario, Comercial, y Económico. La información se mantendrá confidencial en la medida que lo exige o autoriza la ley estatal y federal.

40. \_\_\_\_\_  
Firma de padre o guardián

\_\_\_\_\_  
fecha