



COLLEGE OF SOUTHERN IDAHO HEAD START/EARLY HEAD START

998 Washington St. N.
PO Box 1238
Twin Falls, Idaho 83303-1238
APPLICATION



Nombre de Aplicante Fecha de Nacimiento Edad en/antes de Spet 1, 20

Dirección Teléfono

Centro Completado por Nombre del Personal

Aplicando para: DS (dispuestos a auto-transporte) PD/PY SD EHS

Si es EHS, esta es una aplicación prenatal? Si No Fecha de Parto

Lenguaje Hablado Principalmente en el hogar: Ingles Español Bilingüe Otre

El niño tiene: IEP IFSP

Head Start/ Early Head Start Application

- ERSEA: Verificación y Aceptación (Ser completada por Coordinador ERSEA, copia debe ser puesto en archivo de niño)
Sección 1: Formulario Demográfico de Miembro de Familia
Sección 2: Formulario Demográfico de Miembros de Familia Adicional (completar uno para cada miembro de la familia de más de 5 años de edad)
Sección 3: Información de Familia
Sección 4: Ingresos de la Familia
Sección 5: Formulario de Niño Elegible
Sección 6: Formulario de Niño Elegible Adicional (completar una para cada niño de 4 o menos años de edad)
Sección 7: Consentimientos
Salud: Seguridad Medica/Forma de Proveedor de Salud (completar una para cada niño de 4 años de edad o menos)
Salud (lo que resta de las formas de salud solo tienen que ser completadas en el niño que está aplicando para el año escolar)
Salud Nutricional
USDA: Forma de Inscripción (Debe ser entregada al Oficial de Conformidad de Facilidades)

Formas Adicionales Necesitadas

- Tarjeta de Emergencia
Vacunas: Copia de records, si no hay records: debe de tener uno de los siguientes:
Forma de Certificado de Exención de Idaho (rosita)
Forma de asistencia condicional a la asistencia de Cuidado Infantil (amarilla)
Permiso para divulgar información
Forma OMB debe ser imprimido y firmado (mantener con aplicación, Coordinador ERSEA lo pedirá al aceptar al niño)

Paquete Prenatal (Aplicante de EHS solamente)

- Salud Adulta General
Historia de Embarazo (Complete solo si está embarazada al tiempo de la aplicación)
Verificación de Embarazo (firmado por un doctor)
Resultados del Embarazo (complete en bebés 0-6 meses solamente)

Formas Adicionales de Salud

- Certificado médico para la sustitución de los alimentos de Programa de comida de cuidado de Niños y Adultos
Petición de Preferencia de Comida
Ordenes Médicas para Administración de Medicamentos en la Escuela

Record of Contacts made to family to complete application

Date _____ Staff signature _____

Comments _____

Date _____ Staff signature _____

Comments _____

Date _____ Staff signature _____

Comments _____

Date _____ Staff signature _____

Comments _____

Date _____ Staff signature _____

Comments _____

Date _____ Staff signature _____

Comments _____

Sección 1 **Forma Demográfica del Miembro Principal de la Familia**

1. Nombre de la Familia: _____

Primer Nombre *Inicial* *Apellido #1* *Apellido #2*

2. Fecha de nacimiento* _____ 3. Sexo (género) Masculino Femenino

4. Correo Electronico _____

5. Función de la persona en el hogar* Madre/figura materna Padre/figura patema Familiar que vive en el hogar Vive fuera del hogar

6. Raza (marque solo una):*
 Indio Americano/Nativo de Alaska Blanco No respuesta
 Nativo de Hawaii u otro Isleño del Pacifico Asiático Desconocido
 Negro o Americano Africano Otro
 Bi-racial/Multi-racial Especifique _____

7. Origen étnico: PIR A21 a.i.
 Origen étnico de la persona es Latino o Hispano*
 Si No

8. Idioma que se habla en el hogar: Primer idioma* Inglés Español Otro _____
 Segundo idioma Inglés Español Otro _____

9. ¿Qué tan bien habla inglés? Muy bien Bien No Muy bien No lo habla

10. Estado civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

11. Preguntas sobre la capacitación para adultos:
 Asistió a una capacitación vocacional, escuela técnica o de negocios: Si No N/A
 Recibió certificado o licencia: Si No N/A
 Participó en programas de capacitación Si No N/A
 JOBS Job Corps
 JTPA Otra Especifique _____
 Está dispuesto a participar en capacitación educacional/laboral adicional: Si No N/A

12. Principal estado ocupacional de la persona (marque solo uno)* Primer día* _____
 Trabajo pagado: En la escuela:
 Trabaja y asiste a la escuela Trabaja y asiste a la escuela
 Jornada completa (> 34 hrs/ week) Otra
 Miembro Militar US Para obtener un título universitario
 Jornada parcial Para obtener el diploma de secundaria/GED
 Por temporada - Agrícola Para obtener un título de postgrado
 Por temporada - Agrícola Para obtener carrera técnica/negocios

 Empleado tiempo completo l en la escuela tiempo parcial In job training program:
 Trabaja y asiste a la escuela Training program with salary
 Miembro Militar US Training program without salary
 Otra Unemployed:
 Para obtener un título universitario With no previous employment experience
 Para obtener el diploma de secundaria/GED With past employment experience
 Para obtener un título de postgrado
 Para obtener carrera a técnica/negocios

 Otro: Escuela tiempo completo
 Ama de casa Trabaja y asiste a la escuela Para obtener el diploma de secundaria/GED
 Retirado Other Para obtener un título de postgrado
 No puede trabajar debido a una discapacidad Para obtener un título universitario Para obtener carrera técnica/negocios

13. El nivel educativo más alto (seleccione uno)* Fecha de vigencia* _____
 No completó la escuela 10mo grado Algo de universidad (pero no graduado)
 Menos que o igual que el 4to grado 11avo grado Grado de título de asociado
 del 5to al 8avo grado 12avo grado (sin diploma) Grado de bachillerato (licenciatura)
 9no grado Graduado de secundaria/GED Grado de doctorado Otra
 CDA

Sección 2 **Forma Demográfica del Miembro Adulto de Apoyo de la Familia**

1. Nombre de la Familia: _____

Primer Nombre *Inicial* *Apellido #1* *Apellido #2*

2. Fecha de nacimiento* _____ 3. Sexo (género) Masculino Femenino

4. Correo Electronico _____

5. Función de la persona en el hogar* Madre/figura materna Padre/figura patema Familiar que vive en el hogar Vive fuera del hogar

6. Raza (marque solo una):*
 Indio Americano/Nativo de Alaska Blanco No respuesta
 Nativo de Hawaii u otro Isleño del Pacifico Asiático Desconocido
 Negro o Americano Africano Otro
 Bi-racial/Multi-racial Especifique _____

7. Origen étnico: PIR A21 a.i.
 Origen étnico de la persona es Latino o Hispano*
 Si No

8. Idioma que se habla en el hogar: Primer idioma* Inglés Español Otra _____
 Segundo idioma Inglés Español Otra _____

9. ¿Qué tan bien habla inglés? Muy bien Bien No Muy bien No lo habla

10. Estado civil: Soltero/a Casado/a Separado/a Divorciado/a Viudo/a

11. Preguntas sobre la capacitación para adultos:
 Asistió a una capacitación vocacional, escuela técnica o de negocios: Si No N/A
 Recibió certificado o licencia: Si No N/A
 Participó en programas de capacitación Si No N/A
 JOBS Job Corps
 JTPA Otra Especifique _____
 Está dispuesto a participar en capacitación educacional/laboral adicional: Si No N/A

12. Principal estado ocupacional de la persona (marque solo uno)* Primer día* _____
 Trabajo pagado: En la escuela:
 Trabaja y asiste a la escuela Trabaja y asiste a la escuela
 Jornada completa (> 34 hrs/ week) Otra
 Miembro Militar US Para obtener un título universitario
 Jornada parcial Para obtener el diploma de secundaria/GED
 Por temporada - Agrícola Para obtener un título de postgrado
 Por temporada - Agrícola Para obtener carrera técnica/negocios
 Empleado tiempo completo l en la escuela tiempo parcial In job training program:
 Trabaja y asiste a la escuela Training program with salary
 Miembro Militar US Training program without salary
 Otra Unemployed:
 Para obtener un título universitario With no previous employment experience
 Para obtener el diploma de secundaria/GED With past employment experience
 Para obtener un título de postgrado
 Para obtener carrera a técnica/negocios
 Otro: Escuela tiempo completo
 Ama de casa Trabaja y asiste a la escuela Para obtener el diploma de secundaria/GED
 Retirado Other Para obtener un título de postgrado
 No puede trabajar debido a una discapacidad Para obtener un título universitario Para obtener carrera técnica/negocios

13. El nivel educativo más alto (seleccione uno)* Fecha de vigencia* _____
 No completó la escuela 10mo grado Algo de universidad (pero no graduado)
 Menos que o igual que el 4to grado 11avo grado Grado de título de asociado
 del 5to al 8avo grado 12avo grado (sin diploma) Grado de bachillerato (licenciatura)
 9no grado Graduado de secundaria/GED Grado de doctorado Otra
 CDA

Sección 3**Información Familiar**

1. Jefe de Familia para esta familia: _____

2. Tipo de Familia:*

- Biologica
 Familia adoptiva
 Otro tipo de familiar
 Otro Pariente(s)

3. Tipo de Padres

- Familia con un solo padre (padre solo)
 Familia con un solo padre (padre solo) viviendo con un compañero/a
 Familia con un solo padre (madre sola)
 Familia con un solo padre (madre sola) viviendo con un compañero/a
 Familia con dos padres

4. Tipo de servicios o asistencia financiera recibida:

- No se recibieron servicios
 Asistencia médica-financiera
 Cupones para alimentos (SNAP)*
 Asistencia Pública/Bienestar TANF/AFDC*
- WIC*
 SSI*
 Cuidado adoptivo/adopción
 Seguro de Desempleo
- Asistencia de Vivienda Pública
 Asistencia Programa Energía
 EPSDT
 Ayuda al Niño/Pensión
 Otro _____

5. SSI Aplicado? Si No

6. Tipo de vivienda (marque sólo uno):

- Apartamento
 Refugio comunitario
 Desamparado/ Sin vivienda
- Cuarto de hotel/motel
 Casa
 Vivienda para migrantes
- Casa rodante/trailer
 Otro: _____

7. Arreglo de pago por vivienda (marque sólo uno):

- Intercambio de servicios por vivienda
 No hace ningún pago por la vivienda
- Otro
 Vivienda propia
- Recibe subsidio para la vivienda
 Vivienda de renta

8. Perido de tiempo sin vivienda:

- 1-2 años
 6-12 meses
- Menos de 6 meses
 Más de 2 años

9. Número de mudanzas en los pasados 12 meses _____

10. Sin vivienda en los pasados 12 meses

(Marque solamente si es al tiempo de la aplicacion)

- Si No

11. La familia tiene actualmente medios de transporte:

- Si No

12. Familia esta dispuesta a auto transportar:

- Si No

Modo principal de transportacion

- Vehiculo Propio
 Transporte del Padre/Madre
 Vehiculo de un Amigo/Pariente
 Transporte Público
- Autobus Escolar
 Otro
 Autobus Público
 Taxi

Segundo modo de transportacion

- Vehiculo Propio
 Transporte de Padre/Madre
 Vehiculo de un Amigo/Pariente
 Transporte Público
- Autobus Escolar
 Otro
 Autobus Público
 Taxi

13. La familia fue referida por: _____

Sección 4 **Family Income**

Use estos ingresos para determinar USDA/CACFP Si No

Número de adultos: _____ Número de niños: _____ Número de adultos que contribuyen al ingreso económico: _____

Ingresos brutos (taxes, 1040, o W-2, talones de cheques, carta del patron)	\$ _____
Ingresos netos de auto empleo (incluyendo ambos ingresos netos de trabajo de granja o no trabajo de granja)	\$ _____
Pagos regulares del Seguro o Jubilación ferroviaria	\$ _____
Pagos de compensacion de desempleo, beneficios de huelga, fondos de union, compensacion de trabajadores	\$ _____
Asistencia Publica incluyendo pagos de Asistencia de Emergencia, y fondos no federales	\$ _____
Asistencia General o pagos de dinero de Alivio General	\$ _____
Pagos de entrenamiento	\$ _____
Pensión alimenticia, y/o manutención de los hijos	\$ _____
Asignaciones de familias Militares o apoyo regular de un miembro ausente de la familia que no esta en el hogar	\$ _____
Pensiones privadas, pensiones para trabajadores de gobierno (incluyendo pagos de jubilacion militar)	\$ _____
Pagos regular de seguridad o anualidades	\$ _____
Becas del Colegio o Universidad, subvenciones, y/o ayudantias	\$ _____
Dividendos, intereses, ingresos netos de rentas, ingresos netos de derechos	\$ _____
Recibos periodicos de propiedad o fideicomisos	\$ _____
Ganancias netos de juegos o ganancias de la loteria	\$ _____
Beneficios de veterano exepcto pagos de discapacidades hechos a hijos discapacitados de veteranos de Vietnam	\$ _____
Veteranos según lo prescrito por el secretario de Asuntos de los Veteranos	\$ _____
Total del ingreso económico familiar:	\$ _____

Estampillas de Comida (FDIR#)- DEBE TENER EL NUMERO DE 6 DIGITOS DEL CASO DE LAS ESTAMPILLAS _____

Asistencia AFDC/TANF- DEBE TENER EL NUMERO DE CASO TAFI _____
 Cuidado de Crianza SSI

Yo certifico que la información provista es correcta hasta lo mejor que conozco y está sujeta a verificación. También sé que puedo estar sujeto a terminación del programa si la información verificada me descalifica de la elegibilidad.

Firma del Apicante _____
Fecha

Declaración de Determinación de Elegibilidad: Por la presente yo certifico que la familia es elegible para participar en el Programa H.S. Aún más, yo testifico que he examinado los documentos (marcados) abajo y certifico que la familia es elegible de acuerdo con las regulaciones de HS y las pólizas de Elegibilidad-Reclutamiento-Selección-Inscripción-

- Documentos Revisados (marque todo lo que se aplique):
- Formulario 1040 Declaracion de W-2 Comprobantes de Pago Declaración de Ingreso
 - Desempleo Suplemento de IC Asistencia Pub (TANF) Asistencia de cuidado de Niños
 - SSI Seguro Social Subvenciones/Bcas Cuidado de Crianza Empleo Compensacion por Desempleo
 - Manutencion de los Hijos/ Pension Alimenticia Ayuda Financiera Documentacion de ningun ingreso
 - Declaracion escrita del empleador Otra

Firma de Personal que Verifico la Elegibilidad _____
Fecha

Situación familiar (marque todos los que se aplique)

- Abuso Infantil/Negligencia Educación de Padres menos de diploma/GED Problemas de Custodia Barrera de Lenguaje
- Caso Abierto del Departamento de Salud y Bienestar Divorcio Reciente (6 meses o menos) Militar Refugiado
- Padres Adolescentes (no solteros) Padre/Madre Deportado(a)/ Riesgo de Deportación Soltero(s) Padre/Madre Adolescente (Soltero(a))
- Padre/Madre Encarcelado(a) Enfermedad Crónica/Terminal en la Familia Padre/Madre Ausente Udesempleado
- Muerte Reciente en la Familia Padre(s) son delincuentes sexuales registrados Violencia Domestica
- Referencia de Agencia/Enfermera Abuelos o Parientes tienen su Custodia Dependencia al Alcohol/Drogas
- Otra _____

Sección 5			Niño Elegible
1. Nombre del niño elegible: _____			
<i>Primer Nombre</i> _____	<i>Inicial</i> _____	<i>Apellido #1</i> _____	<i>Apellido #2</i> _____
2. Fecha de nacimiento* _____		3. Sexo (género) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
4. Papel del niño en la casa* <input type="checkbox"/> Niño Elegible			
5. Raza (marque solo una):* <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro o Americano Africano <input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-racial <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____			6. Origen étnico: PIR A21 a.i. Origen étnico de la persona es Latino o Hispano* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7. Idioma que se habla en el hogar: <input type="checkbox"/> Primer idioma* <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra _____ <input type="checkbox"/> Segundo idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otra _____			
8. ¿Qué tan bien habla inglés? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No Muy bien <input type="checkbox"/> No lo habla			
9. Preocupaciones sobre la salud y desarrollo general del niño <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
10. Describa las preocupaciones: _____			
11. La preocupación fue expresada por: <input type="checkbox"/> miembro de la familia <input type="checkbox"/> Proveedor medico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Proveedor principal de cuidado médico <input type="checkbox"/> Agencia de servicio social			
12. ¿Es el niño cuidado por otra persona que no sean sus padres? <input type="checkbox"/> Adulto que lo cuida en su propia casa y no es familiar <input type="checkbox"/> Adulto sin parentesco en casa del niño <input type="checkbox"/> En casa de un adulto que no es de la familia <input type="checkbox"/> Adulto sin parentesco en casa que no es del niño <input type="checkbox"/> Hermanos menores los 12 años de edad <input type="checkbox"/> Guardería infantil <input type="checkbox"/> Hermanos mayores de 12 años de edad <input type="checkbox"/> Hogar familiar de cuidado de niños <input type="checkbox"/> Relative <input type="checkbox"/> Escuela Publica/Programa Pre-Kinder			

Direcciones

Dirección (1) Física:			
Calle _____	# Apt (si es aplicable) _____	Phone _____	
Ciudad _____	Estado _____	Condado _____	Codigo Postal _____
Marque todos los que aplican: <input type="checkbox"/> dirección de Vivienda <input type="checkbox"/> Levantar <input type="checkbox"/> Dejar			
Seleccione todos o todos los nombres de miembros de la familia aplicables			
Dirección (2) Correo:			
Calle _____		# Apt (si es aplicable) _____	
Ciudad _____	Estado _____	Condado _____	Codigo Postal _____
Marque: <input type="checkbox"/> Correo			

Inscribir en Programa (Unir a nuevo programa)

1. Programa <input type="checkbox"/> EHS <input type="checkbox"/> HS
2. Tipo de Programa <input type="checkbox"/> Basado en el Hogar (EHS) <input type="checkbox"/> No Especificado HS
3. Estado (al tiempo de aplicar) <input type="checkbox"/> Waitlist
4. Locación (al tiempo de aplicar) <input type="checkbox"/> East End <input type="checkbox"/> Cassia
<input type="checkbox"/> Hailey <input type="checkbox"/> Hagerman <input type="checkbox"/> Little Wood <input type="checkbox"/> Minidoka <input type="checkbox"/> North Side
<input type="checkbox"/> Orchard Valley <input type="checkbox"/> Power <input type="checkbox"/> Twin Falls <input type="checkbox"/> West End

Sección 6	Miembro de la Familia Adicional
1. Nombre de Miembro de la Familia: _____	
<i>Primer Nombre</i> _____	<i>Inicial</i> _____
<i>Apellido #1</i> _____	<i>Apellido #2</i> _____
2. Fecha de nacimiento* _____	
3. Sexo (género) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
4. Papel del Niño en al casa* <input type="checkbox"/> Niño Elegible	
5. Raza (marque solo una):* <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro o Americano Africano <input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-racial	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____ <input type="checkbox"/> No respuesta <input type="checkbox"/> Desconocido
6. Origen étnico: PIR A21 a.i. Origen étnico de la persona es Latino o Hispano* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
7. Idioma que se habla en el hogar: <input type="checkbox"/> Primer idioma* <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Segundo idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
8. ¿Qué tan bien habla inglés? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No Muy bien <input type="checkbox"/> No lo habla	
9. Preocupaciones sobre la salud y desarrollo general del niño <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
10. Describa las preocupaciones: _____	
11. La preocupación fue expresada por: <input type="checkbox"/> miembro de la familia <input type="checkbox"/> Proveedor medico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Proveedor principal de cuidado médico <input checked="" type="checkbox"/> Agencia de servicio social	

Sección 6	Miembro de la Familia Adicional
1. Nombre de Miembro de la Familia: _____	
<i>Primer Nombre</i> _____	<i>Inicial</i> _____
<i>Apellido #1</i> _____	<i>Apellido #2</i> _____
2. Fecha de nacimiento* _____	
3. Sexo (género) <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
4. Papel del Niño en al casa* <input type="checkbox"/> Niño Elegible	
5. Raza (marque solo una):* <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otro Isleño del Pacifico <input type="checkbox"/> Negro o Americano Africano <input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-racial	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Especifique _____ <input type="checkbox"/> No respuesta <input type="checkbox"/> Desconocido
6. Origen étnico: PIR A21 a.i. Origen étnico de la persona es Latino o Hispano* <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
7. Idioma que se habla en el hogar: <input type="checkbox"/> Primer idioma* <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Segundo idioma <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	
8. ¿Qué tan bien habla inglés? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No Muy bien <input type="checkbox"/> No lo habla	
9. Preocupaciones sobre la salud y desarrollo general del niño <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
10. Describa las preocupaciones: _____	
11. La preocupación fue expresada por: <input type="checkbox"/> miembro de la familia <input type="checkbox"/> Proveedor medico <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Proveedor principal de cuidado médico <input checked="" type="checkbox"/> Agencia de servicio social	

Sección 7 **Consentimientos**

Nombre del Niño(a): _____

Primer Nombre *Inicial* *Apellido #1* *Apellido #2*

Exámenes:

Vision Audicion Estatura y Peso Examen de Plomo
 Hematocrito/Hemoglobina Presion Arterial Dental Otros _____

Permisos:

Compartir los records de salud con el sistema escolar
 Uso de la fotografia del niño
 Acompañar a la clase en paseos

Verificaciones:

Necesidades Especiales Certificado de Fecha de Nacimiento Asistencia con Cuidado de Niños
 SSI Seguro Social Becas
 Cuidado de Crianza Trabajo Menutencion de Niños/ Pension Alimenticia
 Compensacion de Desempleo Ayuda Financiera Otros _____

Metodo preferido de contacto:

Correo Electronico _____
 Correo _____
 Teléfono _____ Teléfono Celular _____

Programa _____ Estado Actual _____ Fecha _____

Nombre del Personal _____ Fecha _____

Firma de Padres/Guardianes Signature _____ Fecha _____

Firma del Supervisor del Centro _____ Fecha _____

Bebes (Para Head Start a Temprana Edad Solamente)

Frecuencia de Comidas (# de Veces por día): _____ Cantidad Consumida en 24 horas: _____ oz.

Métodos de Comidas: Biberon Pecho Otro _____

Tipos de Comidas Consumidas: Leche de Pecho Formula Leche Otro _____

Niños Pequeños (Para Head Start a Temprana Edad Solamente)

Frecuencia de Comidas (# de Veces por día): _____

¿A qué edad (en meses) comenzó el niño a comer comida solida? _____

¿A qué edad (en meses) comenzó el niño a tomar de un vaso? _____

¿A qué edad (en meses) comenzó el niño a darse de comer el solo? _____

Head Start Child

Comidas Favoritas

Comidas Menos Favoritas

¿El niño tomo vitaminas/Suplementos minerales? Si No Desconocido N/A

¿Si toma, fueron recetadas? Si No Desconocido N/A

Vitaminas/Suplemntos cinerales contienen:

Hierro Si No Desconocido N/A

Fluoruro Si No Desconocido N/A

¿El niño está en dieta especial? Si No Desconocido N/A

¿Hay alimentos que no coman por razones médicas, religiosas, o personales? Si No N/A

Alergias a comidas (por favor haga lista)

¿El apetito del niño ha cambiado en el último mes? Si No Desconocido N/A

¿El niño toma biberón? Si No Desconocido N/A

¿El niño mastica o come cosas que no sean comida? Si No Desconocido N/A

¿El niño tiene problemas masticando y/o pasando? Si No Desconocido N/A

¿El niño tiene diarrea frecuentemente? Si No Desconocido N/A

¿El niño se estriñe frecuentemente? Si No Desconocido N/A

¿Usted está preocupado por lo que come su hijo? Si No Desconocido N/A

¿El niño necesita tratamiento médico? Si No Desconocido N/A

¿Recibió tratamiento médico? Si No Desconocido N/A

Frecuencia Actual de Comer del Niño de Cada Grupo de Comida (# De veces por semana):

____ Carne, Pollo, Pescado, Huevos, Frijoles/Chicharos Secos, Crema de Cacahuete

____ Pasteles, Galletas, Sodas, Bebidas de Frutas, Dulces

____ Verduras Verdes, Zanahorias, Brócoli, Calabazas, Camote

____ Naranjas, Toronja, Jitomates (fruta/jugo)

____ Otras frutas o vegetales

____ Aceites, Mantequilla, Margarina, Manteca

____ Leche, Queso, Yogurt

____ Arroz, Sémola, Pan, Cereal, Tortillas

Comentarios:

Nombre de Niño _____ Fecha de nacimiento _____

Las respuestas de las preguntas siguientes ayudaran a determinar los servicios y protecciones que este niño puede recibir bajo el Acta de Asistencia Educativa para "los Sin Hogar" de Mckinney-Vento 42 U.S.C. 11435

1. ¿Para este niño, el domicilio de residencia es temporaria?
2. ¿Esta residencia temporaria es a causa de recursos económicos?
3. ¿Este niño esta en el temporario cuidado del estado?
4. ¿ Como niño, estas viviendo con una persona que no es tu padre(s) ni guardián legal?

Si contestó no a todas de las preguntas por encima pueda para aquí.

Si contestó si a cualquiera de las preguntas por encima, completa el resto de esta forma.

¿Dónde está este niño?

En un motel

Casa de refugio para juvenes

En un refugio para familias sin hogar

Asistencia de vienda temporal

Comparatiendo una vivienda con otra familia o pariente

Viviendo de lugar a lugar

En una alojamiento inadecuado, como vehículo, parque para acampar, o al aire libre

Dirección de Residencia: _____

O

Nombre de Motel/Refugio de Residencia: _____

OR

Nombre de "area general" de Residencia: _____

Nombre de Contacto: _____ Teléfono de contacto: _____

Nombre de padre(s)/guardián legal(es): _____

Firma de padre(s)/guardián legal(es): _____ Fecha: _____

USDA CHILD AND ADULT CARE FOOD PROGRAM ENROLLMENT FORM
(To Be Filled Out by the Parent or Guardian ONLY) IMMEDIATE RETURN REQUIRED
 This form must be updated annually



Child Care Center or Provider Name

I wish to enroll my child/children whose names and enrollment information are given below, in the USDA Child and Adult Care Food Program, which reimburses Centers and Providers for serving nutritious, well-balanced Meals to children in their care.

NAME OF CHILD <small>Last, First PLEASE PRINT</small>	BIRTH DATE <small>(Mo/Day/Yr)</small>	USUAL HOURS IN CARE		USUAL MEALS NEEDED MARK X OR OCCASIONAL					
		From	To	BKFST	AM SNACK	LUNCH	PM SNACK	DINNER	LATE SNACK
	/ /	am/pm	am/pm						
	/ /	am/pm	am/pm						
	/ /	am/pm	am/pm						

Days in care on a normal week (circle): Sun. Mon. Tue. Wed. Thur. Fri. Sat.

Holidays child/children will be in attendance: _____

I understand my child/children will receive meals at no extra charge to me when they are in care during any of the scheduled meal services.

Parent Signature: _____ Date: _____

Parent(s) Name(s): _____

Parent Address _____

Home Phone Number: (____) _____ Work Phone Numbers: (____) _____ (____) _____

Race/Ethnic Identity: You are not required to answer these questions. (Please circle all that apply)

Hispanic or Latino
 Non Hispanic or Latino
 American Indian or Alaskan Native
 Asian
 Black or African American
 Native Hawaiian or other Pacific Islander
 White

For Institution/Facility Use Only:

Signature of Institution/Facility Representative: _____

Date enrolled: _____

Date signed: _____

Date the participant withdrew: _____

CONFIDENTIALITY: The information you provide will be treated confidentially and will be used only for eligibility determination and Verification of data for Child and Adult Care Food Program purposes.

“In accordance with Federal Law and U.S. Department of Agriculture policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. To file a complaint of discrimination, write USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 or call toll free (866) 632-9992 (Voice). Individuals who are hearing impaired or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). USDA is an equal opportunity provider and employer.”