



Renewal Unlimited, Inc.
2900 Red Fox Run
Portage, WI 53901
Phone: 608/742-5329 or
800/344-7543
Fax: 608/742-5481

Aplicacion Para Early Head Start & Head Start Program

La información recogida en esta aplicación es necesaria para nuestros archivos y se mantendrán confidenciales.

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Sufijo	Nombre Preferido	Fecha de Nacimiento	Genero
					__/__/__	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Verificación de la Fecha de Nacimiento del Niño/Niña *	Raza de Niño/Niña
<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento <input type="checkbox"/> Tarjeta Cuna <input type="checkbox"/> Examen Medico <input type="checkbox"/> WIR <input type="checkbox"/> Documentos de Inmigración	<input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Otro Si "Otro", la lista de documentos vista: _____ <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Bi-/Pluricultural

Lengua Primaria el Niño/Niña	Habilidad del Inglés	Otra Lengua
<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Centroamericana/America de sur o Mexicano <input type="checkbox"/> Caribe <input type="checkbox"/> Orientemedio/Sur Asiático <input type="checkbox"/> Asiático Oriental	<input type="checkbox"/> Nativo de Indio Americano/Alaska <input type="checkbox"/> Isla Pacifico <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente

Cobertura de Salud Primaria	Medicaid	Doctor/ Hogar Medico	Cobertura Dental	Dentista/Hogar Dental
	<input type="checkbox"/> No es Elegible <input type="checkbox"/> En Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible			

Estado de Discapacidad	Explicación de necesidades especiales:
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Sospecha <input type="checkbox"/> Certificado IEP <input type="checkbox"/> Certificado IFSP	_____

*** Mande copia de IEP/IFSP con la aplica cion Padre/Guardian deben firmar la solicitud de liberacion al distrito de la escuela del niño para que Head Start adquiera la IEP/IFSP. Mande la solictud de liberacion firmada con la aplica cion.

Información del Proveedor de Cuidado Infantil

Nombre	Número de Teléfono	Teléfono Celular	Dirección	Ciudad / Estado	Código Postal

Información del Niño/Niña:

Información Padre Primario / del Guardián:

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero
			__/__/__	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

Dirección	Ciudad / Estado	Código Postal	Condado	Número de Teléfono	Teléfono Celular

Dirección	Ciudad / Estado	Código Postal	Condado	Vive con Niños
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Raza de Niño/Niña:	Hispanic	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Embarazada
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Bi-/Pluricultural	<input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otro Especificar: _____ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de Nacimiento: __/__/__ Actual Embarazo de Alto Riesgo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nivel de Educación	Estado de Empleo	Relación al Niño(a)	Estatus Paterno
<input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Titulo universitario/entrenamiento <input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> < Gradis 9 <input type="checkbox"/> Grados 10 <input type="checkbox"/> Grados 11 <input type="checkbox"/> Grados 12 <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria <input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo <input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Tiempo llo y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> incapacitado

Dirección de Email: _____	Soy veterano militar de los Estados Unidos. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---------------------------	---

Uso de Oficina Solamente: Center/Site _____ Program Year 20 ____-20 ____ DOE ____/____/____ Total Income \$ _____ Income Guideline \$ _____ CE IE OI SNS SND Homeless _____ Foster Care _____ Public Assistance/TANF: SSI _____ W-2 _____ CCS _____ 0-3 EHS _____ 3-5 HS _____ FF _____ Office Staff Signature for Eligibility Verification _____ Date ____/____/____	Eligibility Point Total _____ # of Yrs in Program _____
--	--

Información Padre Secundaria / del Guardián

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Genero
				<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Dirección	Ciudad / Estado	Código Postal	Condado	Número de Teléfono
				Teléfono Celular
Dirección	Ciudad / Estado	Código Postal	Condado	Vive con Niños
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Race	Hispanic	Habilidad del Inglés	Otra Lengua	Habilidad de la otra Lengua
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Bi-/Pluricultural	<input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Otro Unspecified: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente
Nivel de Educación	Estado de Empleo	Relación al Niño(a)		
<input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título universitario/entrenamiento <input type="checkbox"/> Uni o entrenamiento avanzado <input type="checkbox"/> Maestría	<input type="checkbox"/> < Grados 9 <input type="checkbox"/> Grados 10 <input type="checkbox"/> Grados 11 <input type="checkbox"/> Grados 12 <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria <input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Todo el Tiempo <input type="checkbox"/> Parte del Tiempo <input type="checkbox"/> Empleado Por Temporada <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Tiempo lleno y Entrenamiento	<input type="checkbox"/> Parte del Tiempo & Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> incapacitado	<input type="checkbox"/> Biologico/Adoptado/Padrasto <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro pariente <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro

Dirección de Email: _____ Soy veterano militar de los Estados Unidos. Sí No

Niño/Adultos Viviendo en el Hogar *

Nombre	Genero	Fecha de Nacimiento	Relación con el Niño
	<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 <input type="checkbox"/> Femenino	__/__/__	

Información Adicional Elegibilidad (Marque todo lo que Corresponda)

<input type="checkbox"/> Abuelo / Pariente como Guardián <input type="checkbox"/> Padres Adolescentes <input type="checkbox"/> Violencia Doméstica <input type="checkbox"/> Padre / Cuidador Minusválidos <input type="checkbox"/> Padre Encarcelado <input type="checkbox"/> Padres Militar <input type="checkbox"/> Embarazo de Alto Riesgo / Mortinados Múltiples (Solamente Madres Embarazadas)	<input type="checkbox"/> Padres sin Diploma de Escuela Secundaria, HSED, GED <input type="checkbox"/> No Transporte <input type="checkbox"/> Muerte de un Familiar Directo en Ultimos 24 Meses <input type="checkbox"/> Recibir W2(TANF)* <input type="checkbox"/> Recibir Subsidios de Cuidado Infantil (TANF)* <input type="checkbox"/> Recibir SSI*	<input type="checkbox"/> Padres con Toxicomanía <input type="checkbox"/> Niño Inscrito Movido Dentro de Nuestra Área de Servicio <input type="checkbox"/> Niño/Padre/Guardian con salud mental <input type="checkbox"/> Niño enscrito en fundacion del programa familiar/programa de enfermeria familiar
---	---	---

Servicios de Protección Infantil

<input type="checkbox"/> No aplicable <input type="checkbox"/> La Corte Ordenó a Participar en el Programa de Head Start* <input type="checkbox"/> Padres de Crianza*	<input type="checkbox"/> Referido por Bienestar Lista Agencia <input type="checkbox"/> Refiriéndose Condado de _____
---	---

Estado de Vivienda de Padres Primaria/Guardián

<input type="checkbox"/> Aquilar <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Persona sin hogar*	Si personas sin hogar, por favor, describa el estado de su vivienda actual: <input type="checkbox"/> Situación de vivienda compartir vivienda con otros <input type="checkbox"/> Vivir en refugios temporales de emergencia <input type="checkbox"/> Esperando la colocación de cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Viviendo en moteles, hoteles, parques de casas rodantes, o motivos de campaña debido a la falta de alojamiento alternativo <input type="checkbox"/> Abandonados en hospitales <input type="checkbox"/> Residencia primaria nocturna es un lugar público o privado no diseñado para / utilizado ordinariamente como un sueño regular alojamiento para los seres humanos <input type="checkbox"/> Viviendo en carros, parques, espacios públicos, edificios abandonados, viviendas precarias, estaciones de autobús o tren, o lugares similares <input type="checkbox"/> Niños migratorios que están viviendo en circunstancias descritas anteriormente
--	--

"*" Indicates that Head Start Staff make all reasonable efforts to verify status.

Verificación de Ingresos

Familiares Miembros en los Hogares Count

Total de familiares directos en el hogar: Número de Adultos _____ Número de Niños _____ (Familia conteos incluyen el niño que aparece en esta aplicación y todas las personas en la casa habitación principal del niño que son apoyados por el ingreso del padre/guardián del niño Y relación con el padre/guardián por sangre, matrimonio, adopción O cuidador autorizado por el sistema judicial)

La Administración para Niños y Familias requiere que hemos escrito verificación de ingresos para las familias de los niños de Head Start.

Verificación de Ingresos:

Artículo(s) Visto por El Personal	Fuentes de Ingresos*	Ingreso Bruto Utilidad Neta de Trabajadores Autónomos Incluyendo La Agricultura (Lista en la columna correspondiente)				Número de Semanas o Meses de Ingresos Fue Recibido en los Últimos 12 Meses	
		Semanal	Quincenal	Mensual	Anual	# de Semanas	# de Meses
	Ocupación						
	Ocupación						
	Empresa/ Pensión del gobierno						
	Autoempleo						
	Banco Interés						
	Compensación por Desempleo						
	Compensación por Trabajador						
	Seguro Social						
	Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)						
	Manutención de Menores / Pensión Alimenticia						
	Otros Ingresos: Fuente de Ingresos:						
	Fuente de Otros Ingresos:						

Completo el siguiente si "No Ingresos" *: Periodo de tiempo de no hay ingresos: Desde ___/___/___ a ___/___/___ Explique las circunstancias familiares y esfuerzos realizados para verificar el ingreso:

Consentimiento para la 3ª Parte la Verificación de la Información:

Doy mi permiso para la Renewal Unlimited, Inc.- Head Start para verificar la información antes mencionada con las entidades necesarias y / u otros organismos. **No aplicable** _____ **No** _____ **Sí** _____ Si responde "Sí", por favor indique el nombre(s), títulos(s), afiliación(s), y números de teléfono(s) de la gente podemos comunicarnos parte.

Resumen de la declaración hecha por 3ª parte:

Contactos Adicionales

Nombre	Número de Teléfono	Teléfono Celular
Nombre	Número de Teléfono	Teléfono Celular

Aplicación Completa

En persona Entrevista Teléfono Explique la razón por la cual se completó la aplicación a través de entrevista telefónica: _____

Firmas

Declaro que la información que proporcioné es verdadera y correcta. También entiendo que llenar esta solicitud no garantiza que mi hijo va a estar inscrito en el Programa de Head Start.

Firma del Padre / Guardián: _____ **Fecha:** _____

Por la presente declaro que he hecho esfuerzos razonables para verificar que la información mencionada anteriormente es verdadera y correcta.

Firma del Empleado de Head Start: _____ **Fecha:** _____

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por: (1) Correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue – SW, Washington, D.C. 20250-9410; (2) Fax: (202) 690-7442; (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.