

FORMULARIO DE APLICACION PRE- ESCOLAR

Early Childhood Preschool Partnership Classrooms **ESCUELA:** _____

Iniciativa Pre Escolar de Virginia , Titulo I, Head Start & Educaci3n Especial de Temprana Infancia

Informaci3n del ni1o/a—

Primer Nombre: _____ Segundo Nombre _____ Apellido/s: _____

Nombre que el ni1o/ usa: _____

Direcci3n (911) Calle : _____

Direcci3n de Correspondencia (si es diferente de la de arriba): _____

Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Masculino: ___ Femenino: ___ Primer Idioma _____

Es este estudiante Hispano o Latino?

___ No, no Hispano o Latino

___ Si, Hispano o Latino (una persona Cubana, Mexicana, Puerto Rique1a, Sur Americana, Centro Americana, o otra cultura Hispana o origen, sin tener en cuenta la rasa)

¿Cual es la rasa del estudiante? (Escoja uno m1s)

___ Indio Americano o Nativo de Alaska (una persona que tiene origen en cual quiera de las personas de origen de Norte y Sur America (incluyendo Centro America), y quienes mantienen afiliaci3n con tribus o anexos con las comunidades)

___ Asiatico (una persona origque tenga cualquier origen con personas del Lejano Este, Sureste de Asia o de India subcontinente incluyendo por ejemplo, Cambodia, China, India, Japon, Korea, Malaysia, Pakistan, La Isla de La Filipina , Tailandia, y Vietnam)

___ Negro o Afro Americano- (Una persona que tiene origen en cualquiera de los grupos raciales de Africa)

___ Nativo Hawaiiano/ Otro Pacifico Islandes (Una persona con cualquier origen original de Hawaii, Guam, Samoa, o otra Isla del Pacifico)

___ Blanco (Una persona que tenga origen de Europa, al Medio Este, o Norte America)

Actual escuela Pre escolar o Centro de Cuidado de la Ni1ez (si esta matriculado): _____

Tiene el ni1o/a alguna discapacidad fisica o nesecidad especial? Si: ___ No: ___ IEP: _____

Si es haci, Donde recibe su hijo/a los servicios? _____

Tiene usted alguna preocupaci3n sobre el desarrollo de su hijo/a o conportamiento? Si: ___ No: ___

Si es haci, Porfavor describa su preocupacion : _____

Esta su hijo/a entrenado para ir al ba1o solo o sola ? Si: _____(marque todas las que aplican) Dia _____ Noche ___ / No: _____

Si la respuesta es No, su hijo/a usa calsonsitos para la noche- pull-ups _____

Informaci3n del Hogar—

El ni1o/a vive con?: Uno de los Padres ___ Dos Padres ___ Padres de Crianza ___ Otros/Guardianes (Porfavor especifique: _____)

Apellido de la Madre: _____ Primer Nombre: _____

Numero telefonico de la Madre: _____ Celular: _____

Correo electronico de la Madre: _____

Lugar de trabajo de la Madre: _____ Ultimo grado completado: _____

Apellido del Padre: _____ Primer Nombre: _____

Numero telefonico del Padre: _____ Celular: _____

Correo electronico del Padre: _____

Lugar de empleo del Padre: _____ Ultimo grado completado: _____

Hermanos y Hermanas en el hogar menores de 18 años de edad:

Nombre completo:	Edad:	Escuela/Escuela Pre escolar/Centro de cuidado :
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Información del Programa-

Los salones de clase Pre escolar son fundados pormedio de la Iniciativa Pre escolar de Virginia, Titulo I, Head Start & Educación Especial de Educación de Temprana Infancia. Para calificar para algunos de estos programas, requerimos información de sus. Ingresos: _____

Direcciones hacia su hogar desde _____ Escuela: _____

Firma del Padre/Madre/Guardian _____ Fecha _____



STEP, INC. HEAD START PROGRAM



PRE-APPLICATION/INTAKE FORM

PREOCUPACION FAMILIAR – PORFAVOR MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUE.

(Esta Información es confidencial y sera usada solamente en el proceso de examinación.)

<input type="checkbox"/> Sin Hogar	<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> SSI	<input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza
<input type="checkbox"/> Niño/a dependiente - Drogas	<input type="checkbox"/> Historia de Violencia Domestica	<input type="checkbox"/> Abuso de Substancias	
<input type="checkbox"/> Deprecion despues del Parto	<input type="checkbox"/> Perdida de Trabajo	<input type="checkbox"/> Madre adolescente (13-19)	
<input type="checkbox"/> Falta de GED o Diploma de Preparatoria	<input type="checkbox"/> Hermanos/as matriculados en HS o EHS	<input type="checkbox"/> Ingles como 2 nd Language	
<input type="checkbox"/> Madre Soltera/Nieto-a/ o otro miembro de la familia como Guardian	<input type="checkbox"/> Muerte de un miembro de la familia en el hogar	<input type="checkbox"/> Encarcelamiento de un familiar cercano	
<input type="checkbox"/> Falta de cuidados de niñera abajo costo	<input type="checkbox"/> Entrenamiento durante trabaja/Colegio	<input type="checkbox"/> Abrumada por la crianza de los niños	
<input type="checkbox"/> Aislado Socialmente/ Fisicamente	<input type="checkbox"/> Historia familiar de salud mental	<input type="checkbox"/> Enbarazo de alto riesgo	
	<input type="checkbox"/> Transicion de EHS 3 años de edad	<input type="checkbox"/> Activo en las Fuerzas Militar	
<input type="checkbox"/> Alguna Preocupación: (Ejemplo: medico, corta atención, dificultad en aprender a usar el baño), o , preocupacion emocinal/conportamiento del niño/a en la aplicación. (Ejemplo: mordeduras, rabieta, llorar, colicos, retraso en el desarrollo, o bajo peso al nacer.) Porfavor explique:			
<input type="checkbox"/> Verifique la Desabilidad del niño/a en la aplicación. (Ejemplos: Hablar, desarrollo mental) Porfavor explique:			
PORFAVOR ANOTE: Es ofensa federal dar falsa información en este reporte y tendra como resultado en despido inmediato de este niño/a del Programa de STEP Head Start .			
Do Not Write Below This Line! Office Use Only!			
# of Family Members: _____	Income Guidelines \$ _____	Verified Annual Income \$ _____	
<input type="checkbox"/> Income verification included	<input type="checkbox"/> Birth verification included		
Income Eligible <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> 100% - 130%	<input type="checkbox"/> Over-Income	<input type="checkbox"/> USDA Forms included	

Updated: 1/26/2012

Date of Application: ___/___/___

Screening Score: _____

Requested Center Location: _____

Date of Screening: ___/___/___

Enrollment Date: ___/___/___

County: _____

Classroom Assignment: _____

Termination Date: ___/___/___

Program Year: ___ / ___