



Early Head Start
Solicitud Para Inscripción
Programa para mujeres embarazadas e infantes hasta 3 años

Estoy solicitando para:

Vista semanal al hogar
 Asistir al Centro
 Disponible primero (visita al hogar o asistir al centro)

Nombre del Adulto: _____
Nombre Inicial Apellido

Fecha de nacimiento: _____
Fecha de nacimiento Otro

Padre
 Madre
 Otro

Dirección: _____
Calle Apartamento # Apartado

_____ Ciudad Estado Código Postal País

Esta dirección es: Casa (apartamento) Casa de Amigo/Familia Motel/Albergue/Casa temporal

Lenguaje primario: Inglés Español Otro: _____

¿Tenía usted menos de 20 años cuando tuvo su primer niño/niña? Si No

¿Está usted embarazada? Si No Si está, posible fecha de nacimiento: _____

¿Fue usted referida por (CPS, DHHS, WIC)? Si No Referido por: _____

¿Recibe su familia asistencia nutricional suplementaria (SNAP)? Si No

Ingresos de la familia: Elegibilidad es basada en la edad del niño, ingreso familiar, necesidad del niño, espacios disponibles.

	Ingreso Total	Período de Ingreso	Fuente de Ingreso (chequear lo aplicable)
Padre 1	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Soporte niño <input type="checkbox"/> Soporte DHHS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> Otro: _____
Padre 2	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	<input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Soporte niño <input type="checkbox"/> Soporte DHHS <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SSD <input type="checkbox"/> Otro: _____

Niño 1: _____
Nombre Inicial Apellido Fecha Nacimiento: _____

Niño
 Niña

Niño 2: _____
Nombre Inicial Apellido Fecha Nacimiento: _____

Niño
 Niña

¿Alguno de los niños mencionados tiene una necesidad especial (IFSP) o visitador de hogar (Edad Temprana, visita de salud)? Si No Si la respuesta es Si: _____

Nombre del empleado/Agencia: _____

Otros miembros de la familia que viven en la casa:

Nombre	Fecha de Nacimiento	En Relación a los Niños
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Haga notas adicionales en el reverso de esta hoja con respecto cambios, tamaño de la familia o cualquier otro asunto.

Yo certifico que la información dada es correcta en lo mejor de mi conocimiento. Autorizo la divulgación de esta información así como los archivos educativos entre EightCAP, Inc. 0-5 Inicio Temprano y cualquier escuela del distrito escolar.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Inicio a temprana Edad: **Early Head Start** **5827 Orleans Rd, Orleans, MI 48865** **Aplicar en internet a: www.8cap.org**
Fax: 616-754-9310 **Email: deniseb@8cap.org** **Phone: 866-754-9315 prensa 2**