

NORTHEAST SOUTH DAKOTA HEAD START PROGRAM, INC.
200 S Harrison St #1, Aberdeen, SD 57401 (605-229-4506)
SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO Y LA FAMILIA 2018-2019

Partícipe 1		Nombre		Inicial	Apellido	
Fecha de nacimiento: (requerido)				Género: Femenino____ Masculino____		
Raza: (tache todos los que apliquen)		Etnicidad:	Habilidad para hablar el inglés:			☐ Primario
☐ Asiático ☐ Nativo Americano ☐ Negra ☐ Isleño del Pacífico ☐ Blanca ☐ Otro		☐ Hispano ☐ No Hispano	☐ Ninguna ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Hábil Otro idioma hablado: _____ ☐ Ninguna ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Hábil			☐ Primario
Elegible para Medicaid: ☐ Sí ☐ No		Cobertura de Seguro Médico Particular: ☐ Sí ☐ No		Seguro dental ☐ Sí ☐ No		Nombre del Doctor:
Diagnosticado: la discapacidad ____ Sí ____ No		IEP: ____ Sí ____ No		Número de teléfono:		Nombre del dentista:
Alergia a la comida ____ Sí ____ No		Por favor explique alergia _____		Ciudad / Estado:		Número de teléfono:
				Ciudad / Estado:		

Partícipe 2		Nombre		Inicial	Apellido	
Fecha de nacimiento: (requerido)				Género: Femenino____ Masculino____		
Raza: (tache todos los que apliquen)		Etnicidad:	Habilidad para hablar el inglés:			☐ Primario
☐ Asiático ☐ Nativo Americano ☐ Negra ☐ Isleño del Pacífico ☐ Blanca ☐ Otro		☐ Hispano ☐ No Hispano	☐ Ninguna ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Hábil Otro idioma hablado: _____ ☐ Ninguna ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Hábil			☐ Primario
Elegible para Medicaid: ☐ Sí ☐ No		Cobertura de Seguro Médico Particular: ☐ Sí ☐ No		Seguro dental ☐ Sí ☐ No		Nombre del Doctor:
Diagnosticado: la discapacidad ____ Sí ____ No		IEP: ____ Sí ____ No		Número de teléfono:		Nombre del dentista:
Alergia a la comida ____ Sí ____ No		Por favor explique alergia _____		Ciudad / Estado:		Número de teléfono:
				Ciudad / Estado:		

Adulto Primario		Nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento: (requerido)		Género: Femenino____ Masculino____			
Último grado que completó	Estado de Empleo:		____ Vive con la familia ____ Proporciona apoyo financiero ____ Subvencionado		
	☐ Tiempo completo ☐ En escuela ☐ Medio tiempo ☐ Retirado ☐ Desempleados ☐ Discapacitado		Dirección de correo electrónico:		
Relacion hacía el niño:	Custodia del niño		Habilidad para hablar el inglés: ☐ Ninguna ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Hábil		
	☐ Sí ☐ No		Otro idioma hablado: _____ ☐ None ☐ Little ☐ Moderate ☐ Proficient		

Adulto secundario		Nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento: (requerido)		Género: Femenino____ Masculino____			
Último grado que completó	Estado de Empleo:		____ Vive con la familia ____ Proporciona apoyo financiero ____ Subvencionado		
	☐ tiempo completo ☐ En escuela ☐ Medio tiempo ☐ Retirado ☐ Desempleados ☐ Discapacitado		Dirección de correo electrónico:		
Relacion hacía el niño:	Custodia del niño		Habilidad para hablar el inglés: ☐ Ninguna ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Hábil		
	☐ Sí ☐ No		Otro idioma hablado: _____ ☐ Ninguna ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Hábil		

Otros miembros de la familia						
Adulto / Niño	Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Género	
Información general						
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Condado	
Direcciones para llegar a la casa si se encuentra en un lugar rural:						
Dirección Postal (si es otra)		Ciudad	Estado	Código postal		
Números de teléfono			Primario	Secundario	Notas:	
Casa - ()			☐	☐		
Teléfono móvil - ()			☐	☐		
Teléfono móvil - ()			☐	☐		
Trabajo - ()			☐	☐	Lugar de trabajo:	
Cantidad de personas en el hogar: _____ Cantidad de personas apoyadas por los ingresos de los padres: _____						
Estado Parental ☐ Uno ☐ Dos		Familia Militar Activa ☐ Sí ☐ No		Idioma principal en el hogar:		Nombre del Centro Central para el cual se solicita la inscripción:
Nombre de cuidado infantil:		Dirección:		Número de teléfono:		
En caso de que no se pueda contactar a los padres por teléfono con respecto a la salud / seguridad de un niño, la persona de contacto de emergencia será notificada para ayudar con la salud / seguridad del niño.E						
Contactos de emergencia						
Contacto 1	Nombre:		Relacion hacía el niño:	☐ Contacto de emergencia ☐ Libera al niño a		
	Teléfono de casa:		Teléfono móvil:			
Contacto 2	Nombre:		Relacion hacía el niño:	☐ Contacto de emergencia ☐ Libera al niño a		
	Teléfono de casa:		Teléfono móvil:			
Información familiar						
TANF ☐ Sí ☐ No	SNAP ☐ Sí ☐ No	SSI ☐ Sí ☐ No	WIC ☐ Sí ☐ No	Hijo Adoptive ☐ Sí ☐ No	Sin Hogar ☐ Sí ☐ No	Referido ☐ Sí ☐ No

Esta sección se completará con un padre y personal de Head Start				
Member of the Family	Annual Amount	Type ¹	Desc. ²	Verif. ³

1. Type Codes ERN –Earned SUB –Subsidized	2. Description Codes PEN –Pension SSI –SSI SS –Social Security	3. Verification Codes CS –Check Stub W2 –W-2 EL –Employer Letter TAN –TANF TAX –1040 Tax Form CPA – Letter from Accountant
Income Check List: ___ W-2 ___ 1040 Income Tax ___ Recent Pay Stubs ___ Unemployment Statement ___ Court Ordered Child Support ___ Financial Aid Grant/Scholarships ___ Disability Documentation ___ SSI Documentation ___ Social Security Benefits ___ TANF Documentation ___ Foster Care Documentation ___ Written Statement/Third Party Statement	Income Notes:	
<u>If family has ZERO income, please explain how family is meeting their basic needs.</u> 		

El Programa Head Start de NESD, Inc. no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad o discapacidad en la admisión, el acceso o el tratamiento del empleo en sus programas y actividades. El Coordinador de la Sección 504 es el Gerente de Recursos Humanos / Tecnología.

Certifico que toda la información que he proporcionado es verdadera y correcta, y que se informan todos los ingresos. Entiendo que esta información se proporciona para determinar la elegibilidad y se verificará su exactitud. Si alguna parte es falsa, mi participación con el programa Northeast South Dakota Head Start puede ser cancelada. Entiendo que la información que proporcioné en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad.

***Entiendo que completar esta solicitud no garantiza la inscripción de mi hijo en el programa**

Firma de los padres _____ **Fecha** _____

In-Person Interview _____ Telephone Interview _____

Please state the reason an in-person interview was not possible _____

Staff Signature _____ **Date** _____