**ADAMS COUNTY HEAD START**

**CHILD’S INFORMATION** (Información del niño)

CHILD’S NAME (Nombre del niño): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DATE OF BIRTH (Fecha de nacimiento):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ AGE (Edad): \_\_\_\_\_\_\_\_ SEX (Sexo): \_\_ M \_\_F ADDRESS (Dirección): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ P.O. Box: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Street (Calle) City (Ciudad) Zip (Código) County (Condado) # (Número) City (Ciudad)

PHONE # (Teléfono) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ SOC SEC # (# Seguro Social): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PRIMARY HOME LANGUAGE (Idioma Principal del hogar):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

EMAIL ADDRESS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**LIST ALL MEMBERS OF THE HOUSEHOLD** (Nombre todos los miembros de la familia):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NAME /**Nombre | **DOB**Fecha de Nacimiento | **RELATIONSHIP TO CHILD** Relación con el niño | **RECEIVE TANF/SSI/WELFARE?** ¿Recibe beneficios de TANF/SSI/WELFARE? | **PREVIOUS HEAD START STUDENT?**¿Fue estudiante de Head Start? |
|  |  |  | **YES ☐ NO ☐** | **YES ☐ NO ☐** |
|  |  |  | **YES ☐ NO ☐** | **YES ☐ NO ☐** |
|  |  |  | **YES ☐ NO ☐** | **YES ☐ NO ☐** |
|  |  |  | **YES ☐ NO ☐** | **YES ☐ NO ☐** |
|  |  |  | **YES ☐ NO ☐** | **YES ☐ NO ☐** |
|  |  |  | **YES ☐ NO ☐** | **YES ☐ NO ☐** |
|  |  |  | **YES ☐ NO ☐** | **YES ☐ NO ☐** |

Is child a foster child? (¿Es el niño adoptado?): \_\_\_YES \_\_\_NO **(You must provide proof if child is a foster child) (Usted debe presentar prueba si el niño es adoptivo)**

**INFORMATION OF PARENT/GUARDIAN ENROLLING THE CHILD** (Información del Padre o Tutor que está matriculando al niño)**:**

NAME (Nombre) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RELATIONSHIP TO CHILD (Parentezco con el niño)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SOC SEC # (# Seguro Social) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EMPLOYER (Lugar de Trabajo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # of HOURS/WEEK (# horas por semana) \_\_\_\_\_\_\_\_

BEFORE TAX-INCOME (fill in only one space): $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ weekly $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ every 2 weeks $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ monthly $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ yearly

Ingresos antes de pagar taxes (*Llene solo un espacio*): (*semanal*) (*cada 2 semanas*) (*mensual*) (*annual*)

WAS THERE A TIME IN THE PAST YEAR WHEN YOU DID NOT RECEIVE ANY INCOME?\_\_\_\_Yes \_\_\_\_ No If yes, for how long? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hubo alguna vez en el año pasado cuando usted no recibió ningun tipo de ingresos? \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_ No (*Si sí, ¿Por cuánto tiempo?*)

DO YOU HAVE A HIGH SCHOOL DIPLOMA OR GED? \_\_\_YES \_\_\_NO IF NOT, ARE YOU CURRENTLY TAKING CLASSES TO GET YOUR GED? \_\_\_\_YES\_\_\_\_NO

¿Tiene usted su diploma de preparatoria o GED? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No Si no, ¿Está usted en el presente asistiendo a clases para obtener su GED o diploma? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

**OTHER PARENT/GUARDIAN/ADULT IN HOUSEHOLD WHO FINANCIALLY SUPPORTS CHILD** (Información del otro Padre o Tutor que matiene al niño)**:**

NAME (Nombre)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ RELATIONSHIP TO CHILD (Parentezco con el niño)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ DOB (Fecha de Nacimiento): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SOC SEC # (# Seguro Social) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ EMPLOYER (Lugar de Trabajo) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ # of HOURS/WEEK (# horas por semana) \_\_\_\_\_\_\_\_

BEFORE TAX-INCOME (fill in only one space): $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ weekly $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ every 2 weeks $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ monthly $\_\_\_\_\_\_\_\_\_ yearly

Ingresos antes de pagar taxes (*Llene solo un espacio*): (*semanal*) (*cada 2 semanas*) (*mensual*) (*annual*)

WAS THERE A TIME IN THE PAST YEAR WHEN YOU DID NOT RECEIVE ANY INCOME?\_\_\_\_Yes \_\_\_\_ No If yes, for how long? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hubo alguna vez en el año pasado cuando no recibió ningun tipo de ingresos? \_\_\_\_\_Sí \_\_\_\_\_ No (*Si sí, ¿Por cuánto tiempo?*)

DO YOU HAVE A HIGH SCHOOL DIPLOMA OR GED? \_\_\_YES \_\_\_NO IF NOT, ARE YOU CURRENTLY TAKING CLASSES TO GET YOUR GED? \_\_\_\_YES\_\_\_\_NO

¿Tiene usted su diploma de preparatoria o GED? \_\_\_\_Sí \_\_\_\_No Si no, ¿Está usted en el presente asistiendo a clases para obtener su GED o diploma? \_\_\_\_ Sí \_\_\_\_ No

**ADDITIONAL INFORMATION** (Información Adicional):

Has child been diagnosed with a disability? \_\_\_YES \_\_\_ NO BY WHOM? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_WHEN? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ IDENTIFY DISABILITY:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Ha sido el niño diagnosticado con una minusvalía? \_\_\_ Sí \_\_\_ No (*Por quién*) (*Cuándo*) (*Identifique la minusvalía*)

**(Documentation or proof of disability must accompany this application.) (Documentación como prueba de la minusvalía debe acompañar esta solicitud)**

**A COPY OF THE CHILD’S BIRTH CERTIFICATE AND PROOF OF INCOME MUST ACCOMPANY THIS APPLICATION IN ORDER FOR IT TO BE PROCESSED IN A TIMELY MANNER!**

***UNA COPIA DEL ACTA DE NACIMIENTO DEL NIÑO Y VERIFICACIÓN DE INGRESOS DEBE ACOMPAÑAR ESTA SOLICITUD PARA QUE PODAMOS PROCESARLA EN TIEMPO OPORTUNO!***

**Please answer the following questions** (Por favor responda a las siguientes preguntas)**:**

Are you currently homeless? \_\_\_\_YES \_\_\_NO

*¿Está usted en el presente sin casa o lugar donde vivir?* \_\_\_\_SÍ \_\_\_NO

If you are homeless, how long have you been homeless? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ months

*¿Si la respuesta es sí, por cuanto tiempo?* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ meses

Is either parent currently in prison? \_\_\_\_YES \_\_\_NO

*¿Se halla alguno de los padres en prisión ahora?* \_\_\_\_SÍ \_\_\_NO

Is either parent on house arrest or on probation? \_\_\_\_YES \_\_\_NO

*¿Se halla alguno de los padres bajo arresto domicilario o libertad condicional?* \_\_\_\_SÍ \_\_\_NO

Has either parent ever received treatment for drug or alcohol abuse? \_\_\_\_YES \_\_\_NO

*¿Ha alguno de los padres recibido tratamiento de adicción de drogas o alcohol?* \_\_\_\_SÍ \_\_\_NO

Have you or this child been a victim of abuse? \_\_\_\_YES \_\_\_NO

*¿Ha usted o su niño sido víctima de abuso?* \_\_\_\_SÍ \_\_\_NO

Does either parent have a documented disability? \_\_\_\_YES \_\_\_NO

*¿Tiene alguno de los padres una minusvalía diagnosticada?* \_\_\_\_SÍ \_\_\_NO

Were you referred by any of these agencies? (check all that referred):

*¿ Lo remitió alguna de estas agencias a Head Start?* *(marque las que applican):*

□ Physician (*Doctor*) □ Early Intervention (*Servicios de Intervención Infantil*) □ LIU

□ Adams County Children & Youth *(Servicios de Protección contra Abuso)*

□ Adams County Assistance Office *(Oficina de Asistencia)* □ Migrant Program *(Escuelita)*

Other (*Otro*): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Can you walk/drive your child to and from school?** \_\_\_YES \_\_\_NO

*¿Puede usted venir a dejar y a buscar a su niño a la escuela?*\_\_\_\_ Sí \_\_\_ No

If Head Start can provide transportation... (*Si Head Start puede darle transporte...*)

From what address would the child be picked up? (*¿A qué dirección hay que ir a buscarlo(a)?*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

At what address would the child be dropped off? (*¿A qué dirección hay que ir a dejarlo(a)?*) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**PROOF OF INCOME (Do Not Write in This Box.) *Verificación de Ingresos (No Escriba En Este Cuadro.)***

**Documentation of wages: (please provide one of the following) W2, 2 pay stubs, tax form 1040, signed and dated statement from employer.**

*Documentación de ingresos: (por favor presente uno de los siguientes) W2, 2 talones de cheques, formulario 1040 de taxes, declaración de su empleador, firmada y fechada***.**

**If you receive Food Stamps, Alimony/Child Support, Unemployment Compensation and/or Pension from the military or past employment you must provide documentation.** *Usted debe presentar prueba si recibe Cupones de Comida, Pensión Alimenticia, Asistencia de Menores, de Desempleo y/o Pensión m\ilitar o laboral.*

**The information I have given on this application and the supporting documentation are complete and accurate, to the best of my knowledge.**

*La información que he divulgado en esta solicitud y la ducumentación comprobante es completa y verdadera* *de acuerdo a mi concocimiento****.***

**Signature Required \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Signature of Parent/Guardian Print Name of Parent/Guardian Today’s Date

 (*Firma del Padre o Tutor*) (*Nombre del Padre o Tutor en letra imprenta*) (*Fecha de Hoy*)

DO NOT WRITE BELOW THIS LINE (*NO ESCRIBA DEBAJO DE ESTA LÍNEA*)

**I certify that I have examined the above checked documentation for income and age eligibility verification of the \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ family. I have found this family to be eligible\_\_\_\_ not eligible \_\_\_\_. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 Signature of Head Start Staff Date Print Name of Head Start Staff