City of Lakewood – Head Start & Early Childhood Programs Application

12100 W. Alameda Parkway, Lakewood, CO 80228 – Phone: 303-987-2490 Fax: 303-987-4863

Salón: _____

Información del Niño

Nombre del Niño Segundo Nombre Apellido	Fecha de Nac.	Sexo	Idioma que se habla en casa
		M F	Primero: Segundo:

Raza: (Marque todo lo que aplique)	**Seguro Médico:**	**Doctor:**	**Dentista:**
□ Nativo Americano o de Alaska □ Asiático □ Negro or Africano Americano □ Multiracial/Biracial □ Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico □ Blanco □ Otro: _____ **Hispano: □ Sí □ No**	□ Medicaid □ CHP+ □ Ninguno □ Privado/Otro: _____ Seguro Médico #: _____	Nombre : _____ # de Teléfono: _____	Nombre: _____ # de Teléfono: _____

Información de Padre/Madre/Tutor

Nombre Segundo Nombre Apellido	Fecha de Nac.	Sexo	Idioma:
		M F	Primario Secundario:

Raza: (Marque todo lo que aplique)	**Nivel Escolar:** (marcar uno)	**Situación de Empleo:**
□ Nativo Americano o de Alaska □Asiático □ Negro or Africano Americano □ Multiracial/Biracial □ Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico □ Blanco □ Otro: _____ **Hispano: □ Sí □ No**	□ Grado 9 o menos □ Grado 10 □ Grado 11 □ Grado 12 □ GED □ High School/Preparatoria □ Certificado de Entrenamiento □ Universidad o Entrenamiento Avanzado □ Licenciatura Universidad □ Maestría (o más) **Relación con el niño:** □ Natural/Adoptado/Hijastro □ Nieto □ Tutor de Crianza □ Otro	□ Tiempo Completo □ Jubilado o Discapacitado □ Empleado Temporal □ Estudiante □ Medio Tiempo (Menos de 35 horas/semana) □ Desempleado (buscando enpleo) □ No trabajo (estoy en casa)

Información de Empleo del Padre/Madre/Tutor

Nombre del Empleador _____ Dirección _____
Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono de Trabajo_____

❑No Aplica

Información de Padre/Madre/Tutor

Nombre Segundo Nombre Apellido	Fecha de Nac.	Sexo	Idioma:
		M F	Primario: Secundario:

Raza: (Marque todo lo que aplique)	**Nivel Escolar:** (marcar uno)	**Situación de Empleo:**
□ Nativo Americano o de Alaska □Asiático □ Negro or Africano Americano □ Multiracial/Biracial □ Nativo de Hawaii/Islas del Pacífico □ Blanco □ Otro: _____ **Hispano: □ Sí □ No**	□ Grado 9 o menos □ Grado 10 □ Grado 11 □ Grado 12 □ GED □ High School/Preparatoria □ Certificado de Entrenamiento □ Universidad o Entrenamiento Avanzado □ Licenciatura Universidad □ Maestría (o más) **Relación con el niño:** □ Natural/Adoptado/Hijastro □ Nieto □ Tutor de Crianza □ Otro	□ Tiempo Completo □ Jubilado o Discapacitado □ Empleado Temporal □ Estudiante □ Medio Tiempo (Menos de 35 horas/semana) □ Desempleado (buscando enpleo) □ No trabajo (estoy en casa)

Información de Empleo del Padre/Madre/Tutor

Nombre del Empleador _____ Dirección _____
Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono de Trabajo_____

❑No Aplica

The City of Lakewood does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, religion, age or disability in the provision of services. For persons needing reasonable accommodations to participate in a city program call 303-987-2490. For TDD call 303-987-4862.

City of Lakewood – Head Start & Early Childhood Programs Application

12100 W. Alameda Parkway, Lakewood, CO 80228 – Phone: 303-987-2490 Fax: 303-987-4863

Información de la Familia

Por favor mencione todas las personas viviendo en su hogar que no fueron mencionadas en la página anterior. ***NO INCLUYA EL NOMBRE DEL APLICANTE***.

Nombre(s)	Apellidos	Fecha de Nac.	Sexo	Raza	Idioma	Relación con el Aplicante
			M F			
			M F			
			M F			
			M F			
			M F			
			M F			

Estatus de los Padres en el Hogar:	❑ Un Padre ❑Dos Padres ❑ Abuelos/Familiares ❑ Tutor de Crianza (Foster) ❑ Otro

Dirección y Números de Teléfono del Hogar

Domicilio (Incluir número de apartamento si aplica)	Código Postal	Ciudad	Estado

Número de Teléfono	Tipo (marque uno)	Por favor especifique de quien es el teléfono
	❑ Celular ❑ Casa ❑ Trabajo ❑ Otro	
	❑ Celular ❑ Casa ❑ Trabajo ❑ Otro	

Información Adicional: (por favor marque todo lo que aplique a su familia)

TANF ❑ Sí ❑ No	Familia Militar ❑ Sí ❑ No	Cuidado Temporal (Foster) ❑ Sí ❑ No
SSI ❑ Sí ❑ No	Vivienda de Ayuda Pública ❑ Sí ❑ No	¿Referido por una agencia de servicio social? ❑ Sí ❑ No
WIC ❑ Sí ❑ No	Padre tiene discapacidad ❑ Sí ❑ No	Servicios de Violencia Doméstica ❑ Sí ❑ No
SNAP ❑ Sí ❑ No	Padre Adolecente ❑ Sí ❑ No	Abuso de Alcohol u otras Sustancias ❑ Sí ❑ No
Familia sin Vivienda (viviendo en albergue, carro, hotel o con otros familiares o amigos por falta de recursos económicos) ❑ Sí ❑ No ¿Número de veces que se ha mudado de casa en los últimos 12 meses?		

Información Adicional del Niño: (por favor marque todo lo que aplique)

Preocupación acerca del desarrollo de su hijo ❑ Sí ❑ No	IEP o IFSP (Discapacidad Diagnosticada) ❑ Sí ❑ No
Otros tienen preocupaciones acerca del desarrollo de mi hijo ❑ Sí ❑ No	Tiene una condición crónica médica ❑ Sí ❑ No
Audición ❑ Sí ❑ No	Toma medicamento regular o tiene prescripción médica ❑ Sí ❑ No
Visión/Usa lentes ❑ Sí ❑ No	Tiene alguna alergia (incluyendo algun alimento) ❑ Sí ❑ No
Del Habla/Lenguaje ❑ Sí ❑ No	Carece de Habilidades Sociales ❑ Sí ❑ No
Preocupación en el Area del Comportamiento/Emocional ❑ Sí ❑ No	No va al baño ❑ Sí ❑ No

Por favor explique todas las respuestas que marcó sí: _____

The City of Lakewood does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, religion, age or disability in the provision of services. For persons needing reasonable accommodations to participate in a city program call 303-987-2490. For TDD call 303-987-4862.

_____

Algún otro comentario o preocupación: _____

_____

****Debido a Regulaciones del Programa de Head Start de la Ciudad de Lakewood no podremos proveer servicios a familias que no vivan dentro de los límites de la Ciudad de Lakewood. Si usted se muda durante el año escolar, por favor contacte a su Trabajador de Familia para crear un plan de transición. Iniciales_____**

El Head Start de la Ciudad de Lakewood no provee transporte. Contacte a un Trabajador de Familia para asistencia para encontrar transporte alternativo si es necesario. Iniciales_____

Yo declaro, y es mi mejor conocimiento, que la información proporcionada es correcta y verdadera.

_____ _____
Firma del padre o tutor legal Fecha

_____ _____
Firma del Personal Fecha

The City of Lakewood does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, religion, age or disability in the provision of services. For persons needing reasonable accommodations to participate in a city program call 303-987-2490. For TDD call 303-987-4862.