



# Kids' Corps, Inc. 2010-2011 Aplicación

CENTROS Y OPCIONES DEL PROGRAMA	<b>Centro Davis</b> 101 Davis St. Anchorage, AK 99508 <b>333-1441</b>	<b>Centro East</b> 3710 E. 20 <sup>th</sup> Ave, Suite 2 Anchorage, AK 99508 <b>272-0133</b>	<b>Centro Mt. View</b> 3350 Commercial Dr. Anchorage, AK 99501 <b>646-7884</b>	<b>Centro Muldoon</b> 1251 Muldoon Rd Anchorage, AK 99504 <b>333-5433</b>	<b>Centro Sur</b> 6927 Old Seward Hwy Anchorage, AK 99518 <b>344-3350</b>
	Día Parcial <input type="checkbox"/> Preescolar	Día Parcial <input type="checkbox"/> Preescolar	Día Completo <input type="checkbox"/> Preescolar	Día Completo <input type="checkbox"/> Preescolar	Día Completo <input type="checkbox"/> Preescolar
	SIN CARGO ALGUNO	SIN CARGO ALGUNO	SIN CARGO ALGUNO	Cuota Para Dia Completo	Cuota Para Dia Completo

<b>INFORMACION DEL NIÑO(A)</b>	Apellido del (a) niño (a): _____ Nombre del(a) niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: M F Seguro de Salud: DKC Medicaid Privado Militar Servicio Nativo Ninguno Médico: _____ Dentista: _____ Idioma Primario del(a) niño(a): _____ Idioma secundario del(a) niño(a): _____ ¿Tiene su niño(a) algún tipo de incapacidad o necesidad especial?(ya sea conocido o sospechado) Si No Por favor explique si la contestación es positiva: _____ ¿Tiene su niño IEP o IFSP? Si No ¿Usted ha tenido un niño matriculado en KCI, Head Start? Si No Nombre del niño: _____
--------------------------------	---

<b>INFORMACION ACERCA DE LA FAMILIA</b>	Madre/Guardian: _____ Padre/Guardian: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Fecha De Nacimiento: _____ Status del Empleo: _____ Status del Empleo: _____ Dirección Postal: _____ Dirección Postal: _____ Dirección Fisica: _____ Dirección Fisica: _____ Tel: _____ Casa: _____ Trabajo Tel: _____ Casa: _____ Trabajo Tel: _____ Celular _____ Mensaje Tel: _____ Celular: _____ Mensaje Idioma Primario: _____ Idioma Primario: _____ Idioma Secundario: _____ Idioma Secundario: _____ Padres: Uno Dos Padres Adoptivos Abuelos Otros Cantidad De Niños(as) Viviendo En Casa: _____ Edades De 0-3 _____ Edades De 3-5 _____ ¿Su niño ha estado en un programa de Head Start anteriormente? Si No Status de su Vivienda: Renta Casa Propia Sin casa otra: _____ Miembros En La Familia: _____ Personas Viviendo En El Hogar: _____ Recibe usted asistencia pública (ATAP): Si No Si es afirmativo, #Caso _____ Existe algún tipo de crisis o necesidad en la familia: Si No Si existe, por favor explique _____ Necesita un centro de cuidado para sus niños mientras esta trabajando o estudiando? Si No Si afirmativo, quien le provee cuidado a su niño: _____ Estuvo su niño en otro Preescolar: Si No
---	---

<b>TRANSPORTE</b>	Transporte disponible SOLO para el centro de East <p style="text-align: center;"><b>Para el centro de EAST</b></p> ¿Podría usted proveer transporte si Head Start no tuviese un autobus disponible? Si No Dirección para recoger al(a) niño(a) _____ Dirección para dejar al(a) niño(a) _____
-------------------	--

<b>DOCUMENTACION REQUERIDA</b>	<b>Por favor adjuntar la siguiente documentación:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Verificación de ingreso (puede usar talonarios de cheques, W2, 1040 declaración impuestos sobre la renta IRS, ATAP, SSI, LES, Beneficios de Desempleo, etc.)</li> <li><input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento</li> <li><input type="checkbox"/> Record de vacunas</li> <li><input type="checkbox"/> Examen Físico (vigente por un año)</li> </ul>
--------------------------------	--

Certifico que esta información es veráz. Si alguna información fuese falsa, mi participación en el programa con esta agencia cesará, además estare sujeto a acciones legales en mi contra. También comprendo que la información proveida en ésta aplicación se mantendrá en forma confidencial dentro de la agencia y tendré acceso a ella durante las horas normales de oficina.

Firma del padre de familia \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_