

**Phone: (907) 272-0133 Fax: (907) 272-0312**

<b>OPCIONES Y CENTROS</b> Por favor marque todos los Centros y Opciones	<b>Medio Día (9:30am-1:30pm) Lunes-Viernes • Parte del Año (Septiembre-Mayo) Preescolar</b>		
	<input type="checkbox"/> <b>East Center</b> 3710 E. 20 <sup>th</sup> Ave, Ste. 2	<input type="checkbox"/> <b>Mt. View Center</b> 3350 Commercial Dr. # 106	<input type="checkbox"/> <b>Muldoon Center</b> 1251 Muldoon Rd Ste. 112
	<b>Día Completo (8:30am-3:00pm) Lunes-Viernes</b> <b>Parte del Año(Septiembre-Mayo) Preescolar</b>		<b>Día Completo* (Arriba de 10 horas/día)</b> <b>Preescolar todo el año</b>
	<input type="checkbox"/> <b>Ridgeline Center</b> 185 Ridgeline Loop		<input type="checkbox"/> <b>East Center solo</b> 3710 E. 20 <sup>th</sup> Ave, Suite 2 <b>Costo • Requiere la Asistencia cuida de niños</b>

\* Los padres deben estar empleados, ó inscritos en la escuela, ó en un programa de entrenamiento para trabajar, para proporcionarles servicio de día 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 ó que sospeche) 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: _____ M F			Fecha de nacimiento: _____ M F		
	Estatus del Empleo: _____			Estatus del Empleo: _____		
	Dirección Postal: _____			Dirección Postal: _____		
	Dirección Física: _____			Dirección Física: _____		
	Tel: _____ Casa: _____ Trabajo			Tel: _____ Casa: _____ Trabajo		
	Tel: _____ Celular			Tel: _____ Celular		
	¿Le podemos enviar un mensaje de texto? Si No			¿Le podemos enviar un mensaje de texto? Si No		
	Correo Electronico _____			Correo Electronico _____		
	Idioma Primario: _____			Idioma Primario: _____		
	Idioma Secundario: _____			Idioma Secundario: _____		
	Recibió usted el último pago de Alaska PFD? Si No			Recibió usted el último pago de Alaska PFD? Si No		
	Typo Familia (Circule)	Padres (Circule)	# en la familia	#de niños de edades 0-35 meses	# de niños de edades de 3-5	Total de personas viviendo en la casa
	Padres Abuelos Padres Adoptivos Otros	Uno Dos				
	¿Necesita un centro de cuidado para sus niños mientras esta trabajando ó estudiando? Si No					
Si es afirmativo, ¿Quién le provee cuidado a su niño?: _____						
¿Ha estado su niño previamente en otro Preescolar de Head Star o otro Programa de Intervencion temprana? Si No						
Estatus de su vivienda: Renta Casa Propia Sin casa						
Otra: _____						
¿Ha estado sin vivienda alguna vez en los últimos 6 meses?: Si No						
¿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 _____						
¿Fue usted recomendado por alguna otra agencia ó proveedor? Si No Si contestó si:						
¿Quién? _____						
¿Cómo supo usted acerca de Head Start? (circule una): Amigo ó vecino Head Start autobus KCI catálogo						
Radio Anuncio en su puerta Evento in la comunidad recomendación de alguna agencia						
Otro: _____						

<b>TRANSPORT</b>	<b>Transportación disponible en una área limitada</b>	
	¿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 adjunte la siguiente documentación:</b>
	<input type="checkbox"/> Verificación de ingreso por 12 meses (puede usar talones de cheques, W2, 1040 declaración de impuestos sobre la renta IRS, ATAP, SSI, LES, Beneficios de Desempleo, etc.)
	<input type="checkbox"/> Certificado de Nacimiento
	<input type="checkbox"/> Record de vacunas
	<input type="checkbox"/> Exámen Físico (vigente por un año)

Certifico que esta información es veráz. Si alguna información fuese falsa, mi participación en el programa con esta agencia cesará, ademas estaré sujeto a acciones legales en mi contra. También comprendo que la información provista 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: \_\_\_\_\_