

OPCIONES Y CENTROS Por favor marque todos los Centros y Opciones	Medio Día (9:00am-1:00pm) Lunes-Viernes • Parte del Año (Setiembre-Mayo) Preescolar		
	<input type="checkbox"/> East Center 3710 E. 20 th Ave, Ste. 2	<input type="checkbox"/> Mt. View Center 3350 Commercial Dr. # 106	<input type="checkbox"/> Muldoon Center 1251 Muldoon Rd Ste. 112
	Medio parcial (5hr) de 9:00am-2:00pm Lunes-Viernes Septiembre-Julio	Día Completo (Más de 10 horas/día) Preescolar todo el año	Día Completo (9 am-3:30pm) Lunes-Viernes Parte del Año (Septiembre-Mayo)
	<input type="checkbox"/> East Center (solamente) 3710 E. 20 th Ave, Suite 2	<input type="checkbox"/> East Center (solamente) 3710 E. 20 th Ave, Suite 2 Costo • Requiere la Asistencia cuida de niños	<input type="checkbox"/> Ridgeline Center 185 Ridgeline Loop

INFORMACION DEL NIÑO(A)	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 niño(a): _____ Idioma secundario del 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 respuesta 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: _____
--------------------------------	---

INFORMACION ACERCA DE LA FAMILIA	Madre/Guardian: _____ Fecha de nacimiento: _____ M F Estatus del Empleo: _____ Dirección Postal: _____ Dirección Física: _____ Tel: _____ Casa: _____ Trabajo Tel: _____ Celular ¿Le podemos enviar un mensaje de texto? Si No Correo Electrónico _____ Idioma Primario: _____ Idioma Secundario: _____ Recibió usted el último pago de Alaska PFD? Si No No	Padre/Guardian: _____ Fecha de nacimiento: _____ M F Estatus del Empleo: _____ Dirección Postal: _____ Dirección Física: _____ Tel: _____ Casa: _____ Trabajo Tel: _____ Celular ¿Le podemos enviar un mensaje de texto? Si No Correo Electrónico _____ Idioma Primario: _____ Idioma Secundario: _____ Recibió usted el último pago de Alaska PFD? Si No No												
	<table border="1"> <tr> <th>Tipo de Familia (Marque)</th> <th>Padres (Marque)</th> <th># en la familia</th> <th># de niños de edades 0-35 meses</th> <th># de niños de edades de 3-5</th> <th>Total de personas viviendo en la casa</th> </tr> <tr> <td>Padres Abuelos Padres Adoptivos Otros</td> <td>Uno Dos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Tipo de Familia (Marque)	Padres (Marque)	# 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					
Tipo de Familia (Marque)	Padres (Marque)	# 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 está 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 Start 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? (Marque una opción): Amigo ó vecino Head Start autobus KCI catálogo Radio Anuncio en su puerta Evento in la comunidad recomendación de alguna agencia Otro: _____													

TRANSPORTE	Transporte disponible en una área limitada
	¿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) _____

DOCUMENTACION REQUERIDA	Por favor adjunte la siguiente documentación: <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 veraz. Si alguna información fuese falsa, mi participación en el programa con esta agencia terminara, 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/guardian: _____ Fecha: _____