

	<b>Full day (7:30 am-5:30 pm)</b> <b>*Requiere La Asistencia cuidado de niños*</b> <b>Se aplican cargos de copago</b>	<b>Medio Día Preescolar</b> <b>(edades 3-5 años) No Costo</b>	<b>Programa Medio Parcial</b> <b>No Costo</b>
<b>OPTIONS &amp; LOCATIONS</b> Please Check All Interested Centers & Options	<input type="checkbox"/> East Center Preescolar (edades 3-5) Todo el año  <input type="checkbox"/> East Center infantes/párvulos (edades 4-36 meses) Todo el año  <input type="checkbox"/> Mt. View Center infantes/párvulos (edades 4-36 meses) Todo el año	<input type="checkbox"/> East Center (finales Agt-Mayo) 8:30 am-1:30 pm  <input type="checkbox"/> Tudor Elemental (fin Agt-May) 8:30 am-1:30 pm  <input type="checkbox"/> Baxter Elemental (fin Agt-Mayo) 8:30 am-1:30 pm  <input type="checkbox"/> Muldoon Center (find Agt-Julio) 9:00 am-2:00 pm	<input type="checkbox"/> Mt. View Center infantes/párvulos (edades 4-36 meses) 8:15 am- 3:00 pm Todo el año  <input type="checkbox"/> Ridgeline Center Preescolar (edades 3-5 años) 8:30 am- 3:00 pm Finales de Agosto -Mayo

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

<b>CHILD INFORMATION</b>	Apellido del(a) niño(a): _____ Nombre del(a) niño(a): _____ Fecha de Nacimiento: _____ Género: M F Idioma Primario del niño(a): _____ Idioma Secundario del niño(a): _____ Tiene su niño(a) algun 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 Ud. ha tenido un niño matriculado en el programa? Si No
--------------------------	---

<b>FAMILY INFORMATION</b>	Madre/Guardian: _____ Fecha de Nacimiento: _____ M F Status del empleo: _____ Dirección Física: _____ Dirección Postal: _____ Tel: _____ Casa _____ Trabajo Tel: _____ Celular Le Podemos enviar un mensaje de texto? Si No Correo Electrónico _____ Idioma Primario: _____ Idioma Secundario: _____ Recibió ud. el último pago de Alaska PFD? Si No	Padre/Guardian: _____ Fecha de Nacimiento: _____ M F Status del empleo: _____ Dirección Física: _____ Dirección Postal: _____ Tel: _____ Casa _____ Trabajo Tel: _____ Celular Le Podemos enviar un mensaje de texto? Si No Correo Electrónico _____ Idioma Primario: _____ Idioma Secundario: _____ Recibió ud. el último pago de Alaska PFD? Si No												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Tipo de Familia (Marque)</th> <th style="width: 15%;">Padres (Marque)</th> <th style="width: 15%;"># en la Familia</th> <th style="width: 15%;"># de niños de edades 0-35 meses</th> <th style="width: 15%;"># de niños de edades de 3-5</th> <th style="width: 20%;">Total de personas viviendo en la casa</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Padres Abuelos Padres Adoptivos Otro</td> <td>Uno Dos</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </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 Otro	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 Otro	Uno Dos													
	Necesita un centro de cuidado para sus niños mientras está trabajando o estudiando? Si No Si es afirmativo. Quién le provee cuidado a su niño? _____ Ha estado su niño previamente en otro Preescolar de Head Start u otro programa de intervencion temprana? Si Status de su Vivienda: (marque) Rent Casa Propia Sin Casa Otro: _____ Ha estado sin vivienda alguna vez en los ultimos 6 meses? Si No Recibe ud. asistencia publica (ATAP)? : Si No Si es afirmativo, # del caso _____ Existe algun tipo de crisis o necesidad en la familia? Si No Si existe por favor explique: _____ Fué ud. recomendado por alguna otra agencia o proveedor? Si No Si contest si: Quién? _____ Cómo supo ud. acerca de Head Start(marque): Amigo ó Vecino Head Start Autobus KCI Catálogo Radio Anuncio en su puerta Evento en la Comunidad: _____ Recomendación de alguna agencia Otro _____													

<b>TRANSPORTATION</b>	<p style="text-align: center;"><b>Transporte Disponible en una area limitada Para el centro de Muldoon Solamente</b></p> Podría ud. 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 _____
-----------------------	--

<b>DOCUMENTATION</b>	<p><b>Por favor adjunte la siguiente documentacion:</b></p> <input type="checkbox"/> Verificación de Ingreso <b>12 meses</b> (puede usar talones de cheques, W2, 1040 declaración de impuestos sobre la renta IRSs, Beneficios de Desempleo, ATAP, SSI, LES, etc.) 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 fué falsa, mi participación en el programa con esta agencia terminara, ademas estare sujeto a acciones legales en mi contra. Tambien comprendo que la información provista en esta aplicación se mantendra en forma confidencial dentro de la agencia y tendre acceso a ella durante las horas normales de oficina.

**Firma del Padre/Guardian** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_