

Aplicación Familiar

COPA ID _____

INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA LEGALMENTE RESPONSABLE DEL NIÑO
EN EL PROGRAMA HEAD START

APELLIDO _____ NOMBRE _____ SEXO _____
FECHA DE NACIMIENTO _____

GRUPO ÉTNICO LATINO NO LATINO
RAZA
ASIÁTICO BIRACIAL/MULTIRACIAL NEGRO
NATIVO AMERICANO ISLEÑO DEL PACÍFICO OTRO
NO ESPECIFICADO BLANCO

IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA _____ SEGUNDO IDIOMA _____

DIRECCIÓN _____
CIUDAD _____ ESTADO _____
CÓDIGO POSTAL _____
TELÉFONO () _____ (casa) () _____ (móvil)
CORREO ELECTRÓNICO _____

INFORMACION FAMILIAR:

¿CUÁL ES SU RELACIÓN CON EL NIÑO? (Circule todas las respuestas posibles).

Madre Padre Tutor legal Padre de Crianza
Familiar (describa) _____ Familia de Adopción Temporal

¿CON QUIÉN VIVE EL NIÑO? (Circule todas las respuestas posibles).

Madre Padre Abuelo/a Pariente/Familiar (describa) _____
Familia de Adopción Temporal Padre de Crianza Tutor legal

Discapacitado? Si No Tiene la familia seguro de salud? Si No Explique: _____

NOMBRE de otra persona a cargo del niño: _____

Sexo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

GRUPO ÉTNICO LATINO NO-LATINO
RAZA
ASIÁTICO BIRACIAL/MULTIRACIAL NEGRO
NATIVO AMERICANO ISLEÑO DEL PACÍFICO OTRO
NO ESPECIFICADO BLANCO

IDIOMA QUE SE HABLA EN CASA _____ SEGUNDO IDIOMA _____

DIRECCIÓN _____
CIUDAD _____ ESTADO _____ CÓDIGO POSTAL _____
TELÉFONO () _____ (casa) () _____ (móvil)
CORREO ELECTRÓNICO: _____

Educación	
Padre 1	Padre 2
	Licenciatura o Postgrados (Maestrías, Doctorado)
	Título universitario o certificado de escuela de capacitación
	Certificación de Idioma Inglés como segunda lengua
	Certificación de Bachillerato (Preparatoria)
	10° Grado
	11° Grado
	12° Grado
	9° Grado o menos
	Certificación de la escuela secundaria
	No graduado de la escuela secundaria
	Colegio/Escuela vocacional/Escuela Técnica
	Parte de la escuela secundaria
	Desconocido

¿Está recibiendo TCA Sí No Si es así, # de TCA _____

¿Está participando en una experiencia de trabajo? Sí No Si es así, ¿dónde? _____

¿Está participando en un servicio comunitario? Sí No Si es así, ¿dónde? _____

¿Está participando en una capacitación en el trabajo o en la escuela? Sí No Si es así, ¿dónde? _____

¿Está usted en el programa WIC (por sus siglas en Inglés)? Sí No Anteriormente

¿Recibe cupones para alimentos (SNAP)? Sí No Si es así, # de cupón para alimentos: _____

¿Alguno de los padres del niño ha muerto? Sí No

¿Alguno de los padres del niño ha sido encarcelado? Sí No

Alguno de los padres del niño es miembro militar activo en los Estados Unidos? Yes No

SITUACIÓN LABORAL	
Padre 1	Padre 2
	Trabajo fijo y capacitación
	Empleado a tiempo fijo
	Ama de casa
	Capacitación en el trabajo/escuela (contrata a tiempo parcial)
	Contratado a tiempo parcial y capacitación
	Empleado por contrata a tiempo parcial
	Jubilado o discapacitado
	Capacitación en el trabajo o en la escuela
	Empleado de temporada
	Autoempleado
	Desempleado
	Desconocido

Empleador/ nombre de la escuela _____

Teléfono (trabajo) () _____



Program Year _____

Aplicación Familiar

COPA ID _____

INFORMACIÓN SOBRE LA VIVIENDA

Usted:

- Es dueño de su casa
- Renta (Circule la respuesta correcta) Departamento o Casa
- Vive en una vivienda subsidiada (Section 8)
- Vive en una vivienda pública
- Vive con familiares o amigos
- Usted está desamparado: Si _____ No _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE DEPENDEN DE SU INGRESO

(*RC (por sus siglas en Inglés) significa Parentesco con el niño del programa)

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____ *RC _____
 Nombre _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____ *RC _____
 Nombre _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____ *RC _____
 Nombre _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____ *RC _____
 Nombre _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____ *RC _____
 Nombre _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____ *RC _____

INFORMACIÓN SOBRE LOS MIEMBROS DEL HOGAR QUE NO DEPENDEN DEL INGRESO

*RC significa Parentesco con el niño del programa Head Start

Nombre _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____ *RC _____
 Nombre _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____ *RC _____
 Nombre _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____ *RC _____
 Nombre _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____ *RC _____
 Nombre _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____ *RC _____

INFORMACION DEL NIÑO/A

Nombre del niño _____ Sexo ____ Fecha de nacimiento _____

GRUPO ÉTNICO: Latino No latino Raza: _____

Niño/a estuvo en un programa de adopción temporal (Foster care)? Si No

Composición Familiar: niño/a vive con....

Ambos Padres Madre Soltera Padre Soltero Otra situación

COBERTURA MÉDICA PARA EL NIÑO (Circule la opción correcta)

Privada Asistencia médica Sin cobertura

MCO/NOMBRE DEL PLAN _____ Dirección De La Oficina _____

NO. DE PLAN _____

NOMBRE DEL MÉDICO _____ TELÉFONO _____



Program Year _____

Aplicación Familiar
COBERTURA DENTAL: Si No

COPA ID _____

NOMBRE DEL PLAN _____ NO. DE PLAN _____

NOMBRE DEL DENTISTA _____ TELÉFONO _____

INFORMACIÓN Sobre DISCAPACIDADES

¿Le han diagnosticado al niño, o se sospecha que el niño pudiera tener una discapacidad (una condición que pudiera requerir de una educación especial o de servicios colaterales)? Circule la opción correcta:

Se sospecha Diagnosticado Ninguno

Si ha sido diagnosticado, ¿tiene información escrita (Plan Educativo Individualizado/documentación)? Circule la opción correcta: Sí No

Si tiene alguna sospecha, por favor descríbala:

Esta su niño recibiendo algún servicio por discapacidad en alguna agencia? Circule la opción correcta:

SI No Si su respuesta es positiva, por favor nombre la agencia: _____

SELECCIÓN DE ESCUELA:

¿Qué sitios prefiere?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

¿Qué opción de salones de clase prefiere?

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____

* Intentaremos respetar su sitio(s) solicitado(s). Tenga en cuenta que los niños serán asignados a una clase según las necesidades tanto de las familias como del programa.

OTRA INFORMACIÓN

Necesario todo el año Necesario todo el día Subsidio para el cuidado de menores

Quien cuida de su niño?

Casa familiar de cuidados con licencia Centro de cuidados En su casa con familiar o amigo o en casa
de un familiar o amigo Escuela pública o pre-kindergarten Otra opción

¿Recibió servicios la familia antes del comienzo del programa ? _____

**FIRMA DEL PADRE/MADRE
FECHA**

FIRMA DEL FUNCIONARIO

PRIMER AÑO _____

SEGUNDO AÑO _____

TERCER AÑO _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

ELEGIBILIDAD Y SELECCIÓN

Elegible por nivel de ingresos: Por favor marque una de las 4 opciones:

Categoricamente elegible (Foster Care, Recibiendo TANF/SSI): 30 puntos

Elegible por nivel de ingresos (menos del 100% del límite de pobreza) : 10 puntos

Ingreso entre 100-130% del nivel de pobreza : 0 puntos

Ingreso de más del 130% del nivel de pobreza (over income) : 0 puntos

Criterios adicionales:

Desamparado (Homeless) 60 puntos

Discapacidad documentada (IEP/IFSP) : 10 puntos

Sospecha de Discapacidad: : 2 puntos
(Recibiendo servicios de otra agencia, preocupación del Padre/Madre/Tutor, IEP/IFSP en desarrollo)

El niño tiene 4 años : 4 puntos

El niño tiene 3 años : 3 puntos

El niño viene del Programa Early Head Start : 5 puntos

Padre/Madre/Tutor Fallecido : 3 puntos

Padre/Madre/Tutor/Niño/a que no habla Inglés : 2 puntos

Criterios opcionales (2 puntos cada uno): _____

SELECCION/NUMERO TOTAL DE PUNTOS: _____