



## Culpeper Human Services

CHS-KC-EHS

Aplicación

A todos los candidatos:

Culpeper Human Services/ Kid central / Early Head Start es un programa federal que sirve a bebés y niños menores de 3 años, y las mujeres embarazadas.

Early Head Start provee servicios de desarrollo infantil y de apoyo familiar continuos, intensivos e integrales a los niños de bajos ingresos, los niños pequeños sus familias, y las mujeres embarazadas y sus familias

Para más información puede llamar: 540-829-2330

Por favor complete y regrese la siguiente aplicación.

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Sexo: M F Madre embarazada: Sí No

Dirección: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Distrito escolar: \_\_\_\_\_

El niño/niña vive con: Mamá Papá Abuelos Custodios  
(marque los que aplicán)

Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_

### Información de Padres/Custodios:

Nombre de madre: \_\_\_\_\_ Nombre de padre: \_\_\_\_\_  
(Padres/custodios) (Padres/custodios)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

Celular: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Trabajo: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Nivel más alto educación: \_\_\_\_\_ Nivel más alto educación : \_\_\_\_\_

Aplicación continuada

Tiene su hijo/hija un IEP (Plan de educación individual) or IFSP? **Sí No**

Tiene su hijo/hija alguna condición medica ó impedimento físico? **Sí No**  
 Sí, por favor explique \_\_\_\_\_

Habla su hijo/hija Ingles? **Sí No Un Poco**

Tiene el padre ó madre algún problema serio de salud? **Sí No**

Usted tiene una trabajadora social ó enfermera de salud pública? **Sí No**

Ha tenido otro niño/niña matriculado en preschool/cuido? **Sí No**  
 Sí, Nombre de escuela \_\_\_\_\_

Recibe usted: (por favor marque los que recibe):

**TANF Desempleo Medicaid FAMIS VIEW**

**SSI WIC SNAP Section 8 Child Care Assistance**

**Residencia: Por favor indique lo que aplica**

- Temporeramente con otra familia porque no podemos pagar ó encontrar residencia
- Rento/Soy dueño de mi casa
- Otro: \_\_\_\_\_

**Perfil del Hogar:**

Por favor liste todas las personas que viven en la casa incluyendo al niño/niña, padres/ custodios, hermanos/hermanas y otras personas. La relación con el niño/niña y su ingreso.

Nombre	Fecha Nacimiento	Relación con niño/a	Cantidad de Ingreso (frecuencia)
_____	_____	_____	\$_____ bi-wk/wk/Mo/Yr
_____	_____	_____	\$_____ bi-wk/wk/Mo/Yr
_____	_____	_____	\$_____ bi-wk/wk/Mo/Yr
_____	_____	_____	\$_____ bi-wk/wk/Mo/Yr
_____	_____	_____	\$_____ bi-wk/wk/Mo/Yr

El programa puede comunicarse con los padres a través de las redes sociales en caso de que nuestra información de contacto no esté actualizada.

Firma

Fecha

Mail to: CHS-KC-EHS  
 1401 Old Frederickburg Rd  
 Culpeper, Virginia 22701