



**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 Fecha de Parto: \_\_\_\_\_

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

El niño/niña vive con: (marque los que aplican)

Mamá

Papá

Abuelos

Custodios

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

**Información de Padres/Custodios:**

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

Nombre de padre: \_\_\_\_\_  
(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:** \_\_\_\_\_

Trabaja usted para Culpeper Human Services Head Start ó Early Head Start? **Si No**

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):**

<b>TANF</b>	<b>Desempleo</b>	<b>Medicaid</b>	<b>FAMIS</b>	<b>VIEW</b>
<b>SSI</b>	<b>WIC</b>	<b>SNAP</b>	<b>Section 8</b>	<b>Child Care Assistance</b>

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

- Temporamente 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

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

*\*El programa puede ajustar los ingresos de una familia para tener en cuenta los costos de vivienda excesivos al determinar la elegibilidad.*

*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 Fredericksburg Rd  
Culpeper, Virginia