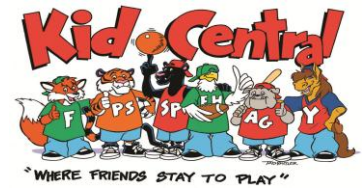




Culpeper Human Services
CHS-KC-EHS
Aplicación



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):

TANF	Desempleo	Medicaid	FAMIS	VIEW
SSI	WIC	SNAP	Section 8	Child Care Assistance

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

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
_____	_____	_____	\$ _____ 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