

HHWP CAC Head Start  
Solicitud 2024-2025

Nombre del niño \_\_\_\_\_ sexo M o F Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
(Primero, Medio, Último)

Dirección \_\_\_\_\_ apartado postal \_\_\_\_\_ ciudad \_\_\_\_\_ código postal \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_ Idioma que el niño habla en casa \_\_\_\_\_

**Sitio preferido: Marcar 1ª/2ª/3ª opción**

Findlay: \_\_\_\_\_ Día Completo \_\_\_\_\_ AM Día Parcial \_\_\_\_\_ PM Día Parcial

Kenton: \_\_\_\_\_ Día Completo \_\_\_\_\_ AM Día Parcial \_\_\_\_\_ PM Día Parcial

Upper Sandusky: \_\_\_\_\_ Día completo

Angeline: \_\_\_\_\_ Día completo

Forest: \_\_\_\_\_ Día Completo

Ottawa: \_\_\_\_\_ Día Completo

¿Quién tiene la custodia legal de este niño? \_\_\_\_\_

¿Hay órdenes judiciales de custodia, visitación o cuidado de crianza para este niño?  Sí  No

¿Estaban los padres legalmente casados cuando nació este niño?  Sí  No

Los padres/tutores del niño ahora son: \_\_ Casados \_\_ Divorciados \_\_ Separados \_\_ Widowed \_\_ Viviendo juntos \_\_ Padres solteros

**Haz una lista de todas las personas en tu casa:**

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el padre/tutor con custodia
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Contacto alternativo o de emergencia:**

Nombre	Dirección	Teléfono	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

¿Cómo se enteró de Head Start? \_\_\_\_\_

¿Ha asistido este niño alguna vez a un programa Head Start diferente o a otro preescolar? \_\_\_\_\_

El archivo existe

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Biological \_\_\_\_ Adoptado \_\_\_\_ tutor de crianza \_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_ Female

Dirección \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Aceptar texto: \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

¿Qué idiomas puedes: Hablar \_\_\_\_\_ Entender \_\_\_\_\_ Leer \_\_\_\_\_

Lengua materna hablada en casa \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_  Tiempo Completo  Tiempo Parcial Teléfono \_\_\_\_\_

Grado más alto completado: (marque uno) 9º/10º/11º Grado \_\_\_\_ HS diploma/GED \_\_\_\_ Alguna universidad

Grado de \_\_\_\_ Associate \_\_\_\_ Bachelor Grado \_\_\_\_ Maestría

¿Estás actualmente en la escuela o en formación?  Sí  No

Nombre del padre/tutor \_\_\_\_\_ Dob \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Biological \_\_\_\_ Adoptado \_\_\_\_ guardián \_\_\_\_ tutor \_\_\_\_ otros \_\_\_\_\_ Male \_\_\_\_ Female

Dirección \_\_\_\_\_ teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_ Aceptar texto: \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

¿Qué idiomas puedes: Hablar \_\_\_\_\_ Entender \_\_\_\_\_ Leer \_\_\_\_\_

Lengua materna hablada en casa \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_  Tiempo Completo  Tiempo Parcial Teléfono \_\_\_\_\_

Grado más alto completado: (marque uno) 9º/10º/11º Grado \_\_\_\_ HS diploma/GED \_\_\_\_ Alguna universidad

Grado de \_\_\_\_ Associate \_\_\_\_ Bachelor Grado \_\_\_\_ Maestría

¿Estás actualmente en la escuela o en formación?  Sí  No

Nombre legal del padrastro o madrastra \_\_\_\_\_ fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Male \_\_\_\_ Female

Teléfono celular: \_\_\_\_\_ Aceptar texto: \_\_\_\_ Yes \_\_\_\_ No

Empleador \_\_\_\_\_  Tiempo Completo  Tiempo Parcial Teléfono \_\_\_\_\_

Idioma hablado \_\_\_\_\_ entendido \_\_\_\_\_ leído \_\_\_\_\_ ¿En la escuela/formación?  Sí  No

Grado más alto completado: (marque con un círculo uno) 9º/10º/11º Grado \_\_\_\_ HS diploma/GED \_\_\_\_ Alguna universidad

\_\_\_\_ Associate Grado \_\_\_\_ Bachelor Grado \_\_\_\_ Maestría

### Historial laboral del padre/padrastro/tutor

Nombre de los padres	Enumere todos los empleadores en 2023	Fecha de inicio	Fechado Terminó	Salario bruto (antes de impuestos)

Si en algún momento del año 2023, uno de los padres en el hogar no tuvo ingresos, complete esta casilla.

Nombre de los padres	Fechas (mes/día/año) a (mes/día/año)	Explique la falta de ingresos (desempleado, no trabajó, baja médica, etc.)
	Para	
	Para	
	Para	

N/A

Si en algún momento del año 2023, uno de los padres en el hogar trabajaba por cuenta propia o no hay registro de ingresos, complete esta casilla.

Nombre de los padres	Importe bruto	Fechas (mes/día/año) a (mes/día/año)	Fuente de ingresos/Motivo: no hay registro de ingresos
		Para	
		Para	
		Para	

N/A

### Otros ingresos familiares

Marque *sí* o *no* si alguien en el hogar recibió alguno de los ingresos enumerados en 2023.

\_\_\_ Yes \_\_\_ No **Manutención de los hijos:** Quién recibe: \_\_\_\_\_  
 Condado: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Yes \_\_\_ No **Desempleo:** Quién recibe: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Yes \_\_\_ No **SSI:** (Seguro Social Suplementario): Quién recibe: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Yes \_\_\_ No **Seguro Social: (SSDI, Beneficios para Sobrevivientes, Jubilación de la SS)** Quién recibe: \_\_\_\_\_  
 Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Yes \_\_\_ No **TANF/OWF (Asistencia en Efectivo):** Quién recibe: \_\_\_\_\_  
 Condado: \_\_\_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Yes \_\_\_ No **Actualmente reciben SNAP/Cupones de Alimentos**

\_\_\_ Yes \_\_\_ No **WIC**

\_\_\_ Yes \_\_\_ No **Becas para estudiantes:** (Dinero que recibiste y que no se pagó directamente a la escuela)  
 Cantidad de efectivo recibida: \$ \_\_\_\_\_ Year recibida: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Yes \_\_\_ No **Préstamos estudiantiles:** (Los préstamos estudiantiles son dinero que debe devolver)  
 Cantidad de efectivo recibida: \$ \_\_\_\_\_ Año recibido: \_\_\_\_\_

\_\_\_ Yes \_\_\_ No **Otros ingresos:** Explique: \_\_\_\_\_

Si ha tenido muy pocos o ningún ingreso, explique cómo ha obtenido alimentos y vivienda durante el último año: (vivió con sus padres, separación reciente, ayuda con la familia, etc.) \_\_\_\_\_

## Situación de la vivienda

(Marque todo lo que corresponda):

Vivir en tu propia casa

Marque uno:  Own/Compra de  Rent  Metro o vivienda subsidiada

Vivir en casa de familiares o amigos

Marque todo lo que corresponda:

debido al desalojo o ejecución hipotecaria de su antigua vivienda

debido a la falta de dinero para conseguir o mantener su propia casa

debido a una ruptura matrimonial o familiar reciente

cuidar a un familiar que necesita ayuda

porque así lo elegimos, o es nuestra cultura

otro (explique a continuación)

Viviendas superpobladas o deficientes

El niño está al cuidado de amigos/familiares temporalmente

Situación de Vivienda Temporal

Refugio

Sin hogar

Otros (explique a continuación)

Por favor, explique su situación de vida:

---

## Circunstancias familiares

La siguiente información se utiliza para priorizar las solicitudes, pero no es un requisito. Por favor, marque todo lo que corresponda.

Asunto de familia	¿Se aplica esto?	En caso afirmativo, cuando
Padre ausente (debido al trabajo, militar, enfermedad, etc.)		
Antecedentes de abuso o negligencia infantil		
Caso o investigación abierta en curso con Servicios para Niños		
Padre en la cárcel/prisión		
Cuestiones legales		
Bancarrota/Problemas financieros		
Discapacidad del desarrollo (cualquier persona en el hogar)		
Abuso de sustancias o alcohol (actual o pasado)		
Violencia doméstica		
Padre adolescente		

Asunto de familia	¿Se aplica esto?	En caso afirmativo, cuando
Serias preocupaciones familiares		
Asesoramiento		
Problemas de salud mental (depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, etc.)		
Enfermedad grave en la familia		
Padre fallecido		
Muerte en la familia		
Sus padres sirvieron en el ejército		
El padre/tutor tiene licencia de conducir	Sí	No
El padre/tutor tiene transporte confiable	Sí	No
Otro:		

## Información de salud

Esta información se utiliza para garantizar la seguridad y el bienestar de su hijo.

Información de salud	SÍ	NO	Explicar
Conocer o sospechar de una discapacidad			
IEP actual o anterior			
Problemas de salud mental			
Problemas de comportamiento (huir, golpear, tirar, morder)			
Entrenado para ir al baño			
¿Su hijo tiene un médico?			Nombre:
¿Su hijo tiene un dentista?			Nombre:
Seguro de enfermedad			<input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> privado
Alergias alimentarias			Alimentos:
Alergias a medicamentos			Nombre del medicamento:
Alergias estacionales			Tipo de alergia:
Condición médica o de salud especial (asma)			Lista:
Estar tomando medicamentos en la actualidad			Nombre del medicamento:
Dieta especial por razones médicas, religiosas o culturales			
Cualquier otro problema de salud			

**Comparta cualquier información adicional que pueda ser útil para  
El personal de Head Start debe saber acerca de su hijo.**

---

---

---

---

---

# Firmas & Divulgación de información

\_\_\_\_\_  
Nombre del niño

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

Doy permiso para que HHWP CAC Head Start intercambie información con cualquier distrito escolar, con respecto a los servicios del IEP si mi hijo tiene una discapacidad/sospecha de discapacidad.

Doy permiso para que HHWP CAC Head Start intercambie información con proveedores médicos/dentales/hospitales, según sea necesario para dar seguimiento a cualquier información proporcionada en el examen físico y/o dental de Head Start, u otros formularios de Head Start con respecto a exámenes médicos, visión/audición, niveles de hierro/plomo, alergias y cualquier inquietud dietética especial. Esta información podría usarse para garantizar la seguridad y el bienestar de mi hijo, y para determinar la mejor manera de brindar servicios de calidad y cumplir con los requisitos de financiamiento.

Doy permiso al CAC Head Start de HHWP para verificar cualquier información contenida o necesaria para completar esta solicitud de Head Start.

Los proveedores médicos, los hospitales, los empleadores, el DJFS, el Seguro Social, la CSEA, otras agencias y otras entidades pueden divulgar información a HHWP CAC Head Start con el propósito de verificar los ingresos familiares, los registros de vacunación, la información de salud, la fecha de nacimiento, la custodia y con el propósito de inscribir a mi hijo en el Programa Head Start.

Toda la información se mantendrá confidencial y se seguirán las reglas de HIPAA.

Doy fe de que toda la información de esta solicitud es verdadera y todas las fuentes de ingresos recibidas en 2023 se enumeran en la solicitud. Al firmar a continuación, afirmo que soy el padre o tutor legal del niño.

Firma de los padres \_\_\_\_\_ fecha \_\_\_\_\_

Nombre impreso \_\_\_\_\_

Fecha de Signature \_\_\_\_\_ para padres \_\_\_\_\_

Nombre impreso \_\_\_\_\_

Esta liberación vence dos años después de la fecha de esta firma, a menos que se revoque por escrito.