|  |  |
| --- | --- |
|  **PRE SOLICITUD FORMA LARGA**  | **USO OFICIAL** |
|  | **FID:** |       |
| **\*Favor de cumplimentar pre solicitud en su totalidad en letra de molde.** | **USI:** |       |
|  | **EDAD EN AGOSTO:** |       |
| **Nombre del Niño[a]:** |       | **Fecha de Nacimiento:** |       |
|  | Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial |  | MM/DD/AAAA |
| **Programa solicitado:** | [ ]  | Head Start |[ ]  Early Head Start | **Centro:** |  |
| **Seguro Social:** XXX/XX/ |       | **Idioma Primario:** |       | **Secundario:** |       |
| **Género:** |[ ]  M |[ ]  F | **Raza:** |[ ]  Negro |[ ]  Blanco |[ ]  Hispano |[ ]  Otro: |       |
| **Información de la Familia**  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Padre Guardián # 1:** |       | **Fecha de Nacimiento:** |       |
|  | Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial |  | MM/DD/AAAA |

 |
| **Dirección Física:** |       |
|  | Calle Ciudad Estado Zip Code |
| **Dirección Postal:** |       |
|  | Calle Ciudad Estado Zip Code |
| **Teléfonos:**  |       |       |       | Proveedor: |       |
| **Seguro Social:** XXX/XX/ |       | **Idioma:** |       | **Nivel Educativo:** |       |
| **Estatus de Empleo:**  | [ ]  | Empleado |[ ]  Desempleado | **Ocupación:**  |       |
| **Estatus Parental:**  | [ ]  | Uno |[ ]  Dos |[ ]  Foster Home |[ ]  Homeless |  |
|  | # Miembros de fam. |       | # Jefes de Familia |       |  |
| **Correo electrónico:** |  |  |  |
|  |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Padre Guardián # 2:** |       | **Fecha de Nacimiento:** |       |
|  | Apellido paterno Apellido materno Nombre Inicial |  | MM/DD/AAAA |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Teléfonos:**  |       |       |       | Proveedor: |       |
| **Seguro Social:** XXX/XX/ |       | **Idioma:** |       | **Nivel Educativo:** |       |
| **Estatus de Empleo:**  | [ ]  | Empleado |[ ]  Desempleado | **Ocupación:**  |       |

 |
|  |
| **Información Sobre Estudios**  |  |  |
| Estudiante ¿Quién? |[ ]  Madre |[ ]  Padre |[ ]  Encargado |  |  |
|  |
| **Recibió algún adiestramiento:**  |  |[ ]  Si |[ ]  No |  |  |
| ¿Quién? |[ ]  Madre |[ ]  Padre |[ ]  Encargado |  |
| ¿Está dispuesto a recibir adiestramiento? |[ ]  Si |[ ]  No | ¿Quién? |       |
|  |
| **Ayudas que recibe la familia:** |
|[ ]  PAN |[ ]  TANF |[ ]  WIC |[ ]  Vivienda pública |[ ]  Vivienda subsidiada |
|[ ]  Subvención Foster Family |[ ]  Plan de salud |[ ]  Subsidio energía |
|[ ]  Pensión alimentaria  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| **Tipo de Vivienda:** |[ ]  Propia |[ ]  Rentada |[ ]  Vive con familiar | Tiempo en el hogar: |       |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |
| **Información Miembros de la Familia:** |
| Nombre de otros niños en el hogarAPELLIDOS NOMBRE INICIAL | Fecha de nacimiento | Seguro social | Género | Nivel educativo | Relación con el niño |
|  | MM/ | DD/ | AAAA | XXX | XX | XXXX | M | F |  |  |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|       |       | XXX | XX |       |[ ] [ ]        |       |
|  |
| **¿El niño[a] candidato tiene alguna discapacidad?** |[ ]  Si |[ ]  No |[ ]  Sospecha |  |
| **¿Cuál es la discapacidad?**  |       |
|  |
| **¿El niño[a] candidato tiene alguna condición de salud, dieta especial o alergia a alimento?** |[ ]  Si |[ ]  No |
| **¿Cuál es la condición, dieta especial o alergia a alimento?** |       |
|  |
| **¿Existe alguna situación social o crisis en la familia?** |[ ]  Si |[ ]  No |
| **Describa:** |  |
|  |
| **¿Cómo se enteró sobre los servicios del Programa Head Start & Early?** |
|[ ]  Redes sociales |[ ]  Referencias de conocidos |[ ]  Promoción en la comunidad |  |
|[ ]  Me lo recomendaron | ¿Quién? |       | ¿Por qué? |       |
|  |
| **CERTIFICACIÓN** |
| Yo      , certifico que toda la información suministrada es verdad. Si alguna parte de la información es falsa, mi participación en el Programa se vería afectada o de ser necesario se tomará acción legal sobre la situación. Entiendo que la información suministrada en esta aplicación será salvaguardada por la agencia en estricta confidencialidad y estará accesible para mí, en las horas normales de servicio. |
|  |
|  |
| Click here to enter text. |  | Click here to enter text. |  |  |  |
| **Nombre Padre o Encargado** |  | **Firma Padre o Encargado** |  | **Fecha:** | Click here to enter a date. |
|  |  |  |  |  |  |
| Click here to enter text. |  |  |  |  |  |
| **Firma Oficial de Reclutamiento** |  |  |  | **Fecha:** | Click here to enter a date. |