



E.I. C., Inc Head Start
PO Box 549/712 Virginia Rd
Edenton, NC 27932
 Central Office: (252) 482-4495 Fax: (252) 482-7564

Contacto Del Centro Local:

Dare Co Head Start Center
723 Sir Walter Raleigh St
Manteo, NC 27954
252-473-5246



Información DEL Solicitante y la Familia

Participante (Niño(a) aplicando para los servicios)								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Sexo	SSN	Alt ID
Raza		Hispano	Nivel del Ingles		Otro Idioma	Nivel de Otro Idioma		
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Nada		
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Un Poco			<input type="checkbox"/> Un Poco		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Más o Menos			<input type="checkbox"/> Más o Menos		
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Bien			<input type="checkbox"/> Bien		
Cobertura de Salud Primaria	Otra Cobertura de Salud	# del Seguro Medico	Medicaid		# de Medicaid	Doctor		
				<input type="checkbox"/> No es Elegible <input type="checkbox"/> Tiene Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible				
Cobertura Dental	# de Cobertura Dental				Dentista			

Adulto Principal								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Sexo	SSN	Alt ID
Raza		Hispano	Nivel del Ingles		Otro Idioma	Nivel de Otro Idioma		
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Nada		
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Un Poco			<input type="checkbox"/> Un Poco		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Más o Menos			<input type="checkbox"/> Más o Menos		
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Bien			<input type="checkbox"/> Bien		
Nivel del Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)		Custodia	Escoja todos los que apliquen	
<input type="checkbox"/> Grado Asociado	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado		<input type="checkbox"/> Hijo(a) Biológico Adoptado / Hijastro(a)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia	
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo			<input type="checkbox"/> Nieto(a)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica	
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Por Temporada			<input type="checkbox"/> Otro Pariente		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente	
	<input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Desempleado					Sí, es Subvencionado?	
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Dirección de Correo Electrónico:

Adulto Secundario								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Sexo	SSN	Alt ID
Raza		Hispano	Nivel del Ingles		Otro Idioma	Nivel de Otro Idioma		
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Nada		
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Un Poco			<input type="checkbox"/> Un Poco		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Más o Menos			<input type="checkbox"/> Más o Menos		
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Bien			<input type="checkbox"/> Bien		
Nivel del Educación		Estado de Empleo		Relación al Niño(a)		Custodia	Escoja todos los que apliquen	
<input type="checkbox"/> Grado Asociado	<input type="checkbox"/> Primaria	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Retirado o Incapacitado		<input type="checkbox"/> Hijo(a) Biológico Adoptado / Hijastro(a)	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Vive con la Familia	
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Medio Tiempo			<input type="checkbox"/> Nieto(a)	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Provee Asistencia Económica	
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Por Temporada			<input type="checkbox"/> Otro Pariente		<input type="checkbox"/> Padre/Madre Adolescente	
	<input type="checkbox"/> Universidad	<input type="checkbox"/> Desempleado					Sí, es Subvencionado?	
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Dirección de Correo Electrónico:

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *								
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Sexo	SSN	
Raza		Hispano	Nivel del Ingles		Otro Idioma	Nivel de Otro Idioma		
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Nada		
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Un Poco			<input type="checkbox"/> Un Poco		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Más o Menos			<input type="checkbox"/> Más o Menos		
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Bien			<input type="checkbox"/> Bien		

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Sexo	SSN
Raza		Hispano	Nivel del Ingles		Otro Idioma	Nivel de Otro Idioma	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Nada	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Un Poco			<input type="checkbox"/> Un Poco	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Más o Menos			<input type="checkbox"/> Más o Menos	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Bien			<input type="checkbox"/> Bien	

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Sexo	SSN
Raza		Hispano	Nivel del Ingles		Otro Idioma	Nivel de Otro Idioma	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Nada	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Un Poco			<input type="checkbox"/> Un Poco	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Más o Menos			<input type="checkbox"/> Más o Menos	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Bien			<input type="checkbox"/> Bien	

Niño(a) Adicional (No-Solicitante) *							
Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido(s)	Sufijo	Apodo	Fecha de Nacimiento	Sexo	SSN
Raza		Hispano	Nivel del Ingles		Otro Idioma	Nivel de Otro Idioma	
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Nada			<input type="checkbox"/> Nada	
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Un Poco			<input type="checkbox"/> Un Poco	
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Más o Menos			<input type="checkbox"/> Más o Menos	
<input type="checkbox"/> Otro: _____			<input type="checkbox"/> Bien			<input type="checkbox"/> Bien	

* Si la familia tiene más de un niño(a) aplicando para servicios, por favor llene una copia de este formulario separado para cada solicitante.

Información Familiar, Ingresos y Contactos

Información General							
Dirección de Residencia							
Fecha comenzó a vivir aquí	Dirección			Código Postal	Ciudad	Estado	Condado
Dirección Postal (si es diferente)							
Igual que donde vives?	La fecha que comenzó a usar	Dirección Postal			Código Postal	Ciudad	Estado
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Número de Teléfono(s)		Tipo (Marque uno)		Notas (mejor hora para llamar)		Recibir Mensajes de Texto	
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Estado Paternal (marque uno)	Lengua Principal en el Hogar	Familia sin Hogar	Familia Militar	Referido por Agencia del Bienestar Infantil	Reciben SNAP	WIC	WIC ID (si aplicable)
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Ingresos Familiares (Completado por la Agencia)						
			Fecha de verificación	Estado TANF		SSI
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Formalmente en TANF / no ahora	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Miembro de la Familia	Cantidad	Por (por ejemplo, Semana, Mes, Año)	Cantidad Anual	Descripción (por ejemplo: SSI, Job, Child Support)	Verificación (por ejemplo: W2, check stub)	Notas
	\$		\$			
	\$		\$			
	\$		\$			
Notas sobre los Ingresos:						

Contactos de Emergencia				
Contact 1	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia	Puede Llevarse al Niño(a)
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal	Ciudad	Estado
	Teléfono #1	Teléfono #2	Teléfono #3	
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Contact 2	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia	Puede Llevarse al Niño(a)
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal	Ciudad	Estado
	Teléfono #1	Teléfono #2	Teléfono #3	
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	
Contact 3	Nombre	Relación al Niño(a)	Contacto de Emergencia	Puede Llevarse al Niño(a)
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Dirección	Código Postal	Ciudad	Estado
	Teléfono #1	Teléfono #2	Teléfono #3	
	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo	

Criterios de la Elegibilidad

Preguntas de Elegibilidad	Respuestas Posibles (Marque Uno)		Explique
Vivir con un amigo o un pariente temporalmente	Sí	No	
Cualquiera de los padres en la casa un veterinario militar	Sí	No	
Tiene el niño un IEP?	Sí	No	
Tiene el niño preocupaciones de comportamiento?	Sí	No	
Tiene el niño preocupaciones médicas?	Sí	No	
Uno de los padres está encarcelado?	Sí	No	
¿Tiene el niño una figura masculina involucrada en su vida? (Padre, Tío, Abuelo)	Sí	No	

Por favor lea lo siguiente cuidadosamente:

Propósito de la inscripción: El propósito de la inscripción es ofrecer a los niños y familias la oportunidad de recibir una selección completa de servicios y experiencias educativas que apoyan la preparación escolar para preparar a los niños para el kindergarten y el aprendizaje de la vida futura. Nuestra meta de asistencia para los niños es que asistan a clase regularmente y diariamente con la excepción de una enfermedad justificada. Es importante que los niños asistan a clase para lograr un resultado exitoso de sus metas de preparación escolar planificadas.

_____ (iniciales de los padres) Entiendo que, de acuerdo con el Estatuto General de Carolina del Norte 110-91 (1), cada niño debe tener una evaluación de salud antes de ser admitido, o dentro de los 30 días posteriores a la admisión en un centro de cuidado infantil y anualmente, a partir de entonces. El incumplimiento de este estatuto puede interrumpir los servicios para mi hijo.

_____ (iniciales de los padres) Autorizo al programa a compartir información demográfica con el Sistema de Datos Integrados de Carolina del Norte (NCIDS). Esta es una asociación para analizar cómo los programas de servicios sociales pueden conectarse con los programas de educación y salud para brindar los mejores servicios.

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y precisa y que todos los ingresos han sido reportados y están sujetos a verificación por parte del programa. Entiendo que esta información se proporciona para los servicios proporcionados por fondos federales y / o estatales y que la declaración deliberada de cualquier información me descalificará de los servicios.

Firma del Padre/Tutor: _____ Fecha: _____

Elegibilidad del solicitante e información de inscripción

Elegibilidad				
Año del Programa	Agencia	Estado Inicial	Situación a la Fecha	
		<input type="checkbox"/> Nuevo <input type="checkbox"/> Aceptado <input type="checkbox"/> Lista de Espera		
Lanzamientos Firmados	Fecha Firmado	El Niño(a) transición a:		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Prioridad de preferencia de ubicación	Sitio	Salón	Fondos	
1st				
2nd				
3rd				
Notas de Inscripción				
Fecha de Aplicación	Estado de la Aplicación		Numero de Aplicación	Año de Participación
	<input type="checkbox"/> Completo y Verificado <input type="checkbox"/> Incompleto			
	<input type="checkbox"/> Incompleta, información no devuelta <input type="checkbox"/> Otro - Especificar en notas			
Fecha de Elegibilidad	# de Personas en Familia	Estado de los Ingresos		
Fecha de CACFP	Ingresos de CACFP	Por (por ejemplo, Semana, Mes, Año)	Estado de CACFP	
			<input type="checkbox"/> Gratis (Reembolso Completo) <input type="checkbox"/> Pagado (Reembolso Mínimos) <input type="checkbox"/> Precio Reducido (Descuentos Reducidos)	
Niño Elegible para participar en el Programa	Tipo de entrevista de elegibilidad	Estado de los Ingresos	Documentación utilizada para determinar la elegibilidad	
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> En Persona <input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Sobre Ingresos <input type="checkbox"/> Asistencia Publica <input type="checkbox"/> Elegible (Abajo 100%) <input type="checkbox"/> Niño Adoptivo <input type="checkbox"/> Sin Casa	<input type="checkbox"/> Formulario de Impuesto 1040 <input type="checkbox"/> W-2 <input type="checkbox"/> Documentos TANF <input type="checkbox"/> talón de pago o sobres de pago	<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Declaraciones escritas del empleador <input type="checkbox"/> Reembolso de cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Documentos SSI <input type="checkbox"/> Otro
Documentación de no Ingresos:				