



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"/> Sí | <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"/> Sí | <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: | | | | |