City of Lakewood – Early Childhood Education Programs Application

12100 W. Alameda Pkwy., Lakewood, CO 80228 – Phone: 303-987-2490 Fax: 303-987-4863

Salon: 1er Opción: _____ **2da Opción:** _____

Información del Niño o Embarazada Solicitante

Nombre del Niño	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nac.	Sexo	Idioma hablado en casa:
				■ **F** □ **M**	Primero: Segundo:

Raza: (Marque lo que aplique)	**Seguro Médico:**	**Doctor/Nombre de la Clínica:**	**Dentista/Nombre de la Clínica:**
□ Nativo Americano o de Alaska □ Asiático □ Negro o Africano Americano □ Multi racial/Bi racial □ Nativo de Hawaii/ Islas del Pacifico □ Blanco □ Otro: _____	□ Medicaid □ CHP+ □ Ninguno □ Privado/Otro:	Teléfono:	Teléfono:

Hispano/Latino:	□ **Sí** □ **No**	**Medicaid/# de Seguro Médico:**	**WIC:**	□ **Sí** □ **No**	**# de Identificación de WIC:**

Información Adicional del Niño: (por favor conteste cada pregunta)

Preocupación acerca del desarrollo de su hijo	❑ Sí	❑ No	IEP o IFSP (Discapacidad Diagnosticada)	❑ Sí	❑ No
Otros tiene preocupación acerca del desarrollo de mi hijo	❑ Sí	❑ No	Tiene una condición médica crónica	❑ Sí	❑ No
Audición	❑ Sí	❑ No	Toma medicamento regularmente o tiene una prescripción médica	❑ Sí	❑ No
Visión/Usa Lentes	❑ Sí	❑ No	Tiene alguna alergia (incluyendo algún alimento)	❑ Sí	❑ No
Preocupación del Habla/ Lenguaje	❑ Sí	❑ No	Carece de habilidades sociales	❑ Sí	❑ No
Preocupación en el Area del Comportamiento Emocional	❑ Sí	❑ No	Avisa para ir al baño	❑ Sí	❑ No

Si sí, por favor explique: _____

_____

¿Existen algun tipo de cuestiones de custodia u ordenes de restricción legal de las que necesitamos estar informados? ❑ Sí ❑ No
Si sí, por favor explique y provea una copia de las ordenes legales:

_____

_____

¿Con quién vive el niño? ❑ Madre ❑ Padre ❑ Ambos padres ❑ Otro

¿Ha su niño asistido a otro preescolar? ❑ Sí ❑ No

Si sí, ¿cuál es el nombre de la escuela de preescolar?:

Por favor escriba otros comentarios, preocupaciones o algo más que usted piense sería de ayuda para su solicitud.

_____

_____

The City of Lakewood does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, religion, age or disability in the provision of services. For persons needing reasonable accommodations to participate in a city program call 303-987-2490.

City of Lakewood – Early Childhood Education Programs Application

12100 W. Alameda Pkwy., Lakewood, CO 80228 – Phone: 303-987-2490 Fax: 303-987-4863

Información de Adulto Primario

Nombre	Inicial Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nac	Sexo	Idioma:
				☐M F☐	Primario: Secundario:

Dirección de Vivienda:		**Código Postal:**	
Correo Electrónico:		**Vive con la familia**	□ **Sí** □ **No**
Número Telefónico:		□ **Celular** □ **Casa** □ **Trabajo**	
¿Cómo prefiere que se le contacte?	☐ Texto ☐ Correo Electrónico	☐ Teléfono	

Raza: (Marque todo lo que aplique)	**Nivel Escolar:** (marque uno)	**Situación de Empleo:**
□ Nativo Americano o de Alaska □ Asiático □ Negro o Africano Americano □ Multi racial/Bi racial □ Nativo Hawaiano/Otro Islas del Pacifico □ Blanco □ Otro: _____	□ Grado 9 o menos □ Grado 10 □ Grado 11 □ GED □ Graduado de High School □ Técnico o Entrenamiento Avanzado □ 2 años o más de universidad **Relación con el Niño**: □ Madre □ Padre □ Abuelo/Familiar □ Tutor □ Otro	□ Tiempo completo □ Medio tiempo (menos de 30 hrs por semana □ Entrenamiento o Escuela □ Desempleado (buscando empleo) □ Jubilado o Discapacitado

Hispano/Latino:	□ **Sí** □ **No**	**¿Provee apoyo financiero a la familia?** □ **Sí** □ **No**

Información del Empleo del Padre de Familia/Tutor:

Nombre del Empleador _____ Dirección _____
Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono de Empleo _____

❑No Aplica

Información de Adulto Secundario

Nombre	Inicial Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nac	Sexo	Idioma:
				☐M F☐	Primero: Segundo:

Dirección de Vivienda:		**Código Postal:**	
Correo Electrónico:		**Vive con la familia**	□ **Sí** □ **No**
Número Telefónico:		□ **Celular** □ **Casa** □ **Trabajo**	
¿Cómo prefiere ser contactado?	☐ Texto ☐ Correo Electrónico	☐ Teléfono	

Raza: (Marque lo que aplique)	**Nivel escolar:** (marque uno)	**Situación de Empleo:**
□ Nativo Americano o de Alaska □ Asiático □ Negro o Africano Americano □ Multi racial/Bi racial □ Nativo Hawaiano/Islas del Pacífico □ Blanco □ Otro: _____	□ Grado 9 o menos □ Grado 10 □ Grado 11 □ GED □ Graduado de High School □ Tecnico o Entrenamiento Avanzado □ 2 años o mas de universidad **Relación con el Niño**: □ Madre □ Padre □ Abuelo(a)/ Familiar □ Tutor Legal □ Otro	□ Tiempo completo □ Medido Tiempo (menos de 30 hrs por semana) □ Entrenamiento o Escuela □ Desempleado (buscando empleo) □ Jubilado o Discapacitado

Hispano/Latino:	□ **Sí** □ **No**	**¿Provee apoyo financiero a la familia?** □ **Sí** □ **No**

Información de Empleo de Padre de Familia /Tutor:

Nombre del Empleador _____ Dirección _____
Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono del Empleo_____

❑No Aplica

The City of Lakewood does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, religion, age or disability in the provision of services. For persons needing reasonable accommodations to participate in a city program call 303-987-2490.

City of Lakewood – Early Childhood Education Programs Application

12100 W. Alameda Pkwy., Lakewood, CO 80228 – Phone: 303-987-2490 Fax: 303-987-4863

Información Familiar

Por favor mencione todas las personas viviendo en su hogar.
NO INCLUYA A NADIE DE LAS DOS PÁGINAS ANTERIORES

Nombre	Inicial	Apellido	Fecha de Nac	Sexo	Raza	Idioma	Relación con el Solicitante
				☐ M F ☐			
				☐ M F ☐			
				☐ M F ☐			
				☐ M F ☐			
				☐ M F ☐			
				☐ M F ☐			
				☐ M F ☐			
Número total de miembros de familia que se mantienen por medio de los Adultos Primario y Secundario:							

Información Adicional de la Familia: (por favor conteste cada pregunta)

TANF ❑ Sí ❑ No	Familia Militar ❑ Sí ❑ No	Hermanito(a) en Head Start ❑ Sí ❑ No
SSI ❑ Sí ❑ No	Vivienda de Ayuda Pública ❑ Sí ❑ No	Referido por agencia social ❑ Sí ❑ No
Cuidado Temporal (Foster) ❑ Sí ❑ No	Padre tiene discapacidad ❑ Sí ❑ No	Servicios de Violencia Domestica (pasados o presentes) ❑ Sí ❑ No
SNAP ❑ Sí ❑ No	Padre adolescente ❑ Sí ❑ No	Abuso de Substancias o Alcohol (pasado o presente) ❑ Sí ❑ No

Familia Sin Vivienda* (viviendo con familiares o amigos, en albergue, auto u hotel debido a situación financiera) ❑ Sí ❑ No

¿Número de veces que se ha mudado de casa en el último año? _____

**El término "sin hogar" significa individuos que carecen de residencia regular o adecuada de noche debido a la falta de vivienda, dificultad económica o una razón similar.*

¿Cómo escuchó acerca de los programas de la Ciudad de Lakewood?
❑ Familia o amigo ❑ Volante ❑ Niño previamente inscrito ❑ Página Web ❑ Otro _____

¿Estaría usted interesado en recibir información acerca del programa de Visitante al Hogar para niños desde recien nacidos hasta los tres años de edad?
❑ Sí ❑ No

The City of Lakewood does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, religion, age or disability in the provision of services. For persons needing reasonable accommodations to participate in a city program call 303-987-2490.

City of Lakewood – Early Childhood Education Programs Application

12100 W. Alameda Pkwy., Lakewood, CO 80228 – Phone: 303-987-2490 Fax: 303-987-4863

Padre/Tutor,

Por favor lea cada declaración en la parte posterior y escriba sus iniciales.

_____ Debido a Regulaciones del Programa, el Programa de Head Start de la Ciudad de Lakewood no puede proveer servicios a aquellas familias que no residen dentro de los límites de la Ciudad de Lakewood. Si usted se muda durante el año escolar, usted debe contactar a su Trabajador de Apoyo a la Familia (FSW) para desarrollar un plan de transición.

_____ El Head Start de la Ciudad de Lakewood no provee transporte. Comprendo que soy responsable del transporte de mi niño a/y de la escuela para mantener una asistencia regular. Yo contactaré al Trabajador de Apoyo a la Familia (FSW) para apoyo a en encotrar transporte alterno si es necesario.

_____ Yo certifico que toda la información proveida para la inscripción de mi niño en los programas de la Ciudad de Lakewood es verdadera. Si algo es falso, la partacipación de mi niño en el programa de esta agencia puede ser cancelada y ser objeto a acción legal. Comprendo que la información en esta aplicación se mantendrá estrictamente confidencial con esta agencia.

_____ _____

Firma de Padre o Tutor Fecha

_____ _____

Firma del Personal Fecha

Office Use Only:

Application entered by: Date:

The City of Lakewood does not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, religion, age or disability in the provision of services. For persons needing reasonable accommodations to participate in a city program call 303-987-2490.