



PACE EARLY HEAD START PROGRAM

32 MADISON ST.
NEW BEDFORD, MA 02740
(508) 999-1286
www.paceheadstart.org

APLICACIÓN

INFORMACIÓN DE APLICANTE

MADRES EN ESPERA
(1^{er}; 2^o; 3^o trimestre)

INFANTIL
(0-15 meses)

NIÑO PEQUEÑO
(15 meses to 2.9 años)

NOMBRE DE APLICANTE _____
Apellido
Nombre
2do Nombre

FECHA DE NACIMIENTO _____ VARON HEMBRA # DE SEGURO SOCIAL _____

IDIOMA PRINCIPAL _____ OTRO LENGUAJES HABLADA _____

CUAL DE LOS SIGIENTES MEJOR DESCRIBE LA ETHNICIDAD/ORIGEN Y RAZA DE SU NINO/A?

ETHNICIDAD/ORIGEN:

Origen hispano o latino
Origen no hispano o no latino

RAZA:

Indio americano o native de Alaska Asiático Blanco
 Nativo hawaiano o otro isleño del Pacifico
 Negro o afroamericano Birracial / multirracia Sin especificar
 Otro Por favor explique: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR:

NOMBRE DE EL/LA ENCARGADO/A DE LA FAMILIA: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ VARON HEMBRA # DE SEGURO SOCIAL _____

IDIOMA PRINCIPAL _____ OTROS LENGUAJES QUE HABLA _____

DIRECCIÓN: _____

PISO DE APARTAMENTO: _____ NÚMERO DE APARTAMENTO/CASA: _____

CIUDAD: _____ CODIGO POSTAL: _____ TELÉFONO: _____

CELULAR: _____ E-MAIL _____

NOMBRE Y TELÉFONO DE ALGUN FAMILIAR O AMIGO PARA DEJAR MENSAJE: _____

NOMBRES DE OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

ADULTOS _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ # DE SEGURO SOCIAL _____

NIÑOS _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ # SEGURO SOCIAL _____

NUMERO DE MIEMBROS EN TOTAL _____

INFORMACIÓN REFERENCIAL

COMO ESCUCHO ACERCA DE EARLY HEAD START? _____

CON CUALES OTRAS AGENCIAS ESTA SU FAMILIA ENVUELTA? _____

PARA MADRES QUE ESPERA SU BEBÉ

TIENE ALGUNA PREOCUPACIÓN SOBRE SU EMBARAZO? _____

SU MÉDICO O OTRO PROFESIONAL LE HA DIAGNOSTICADO QUE TIENE UNA PREOCUPACIÓN PROBLEMA MÉDICO DURANTE EL EMBARAZO? Sí _____ No _____ (Embarazo de alto riesgo; Presión arterial alta; Enfermedad cardíaca; Diabetes; La Enfermedad de Transmisión Sexual (ETS); Historial de uso de sustancias; Fumador: Otros riesgos...) Explique: _____

PARA BEBÉS / NIÑOS PEQUEÑOS

HA TENIDO ALGUNA PREOCUPACIÓN SOBRE EL DESARROLLO DEL NIÑO (Visión, Audición, Habla, Caminar, Otro)? _____

ALGUNA VEZ UN MÉDICO O OTRO PROFESIONAL DIAGNOSTICÓ QUE EL NIÑO TIENE UNA NECESIDAD ESPECIAL O ALGUN DISCAPACIDAD? SÍ ____ NO ____ EXPLIQUE: _____

TIENE EL NIÑO SERVICIOS DE INTERVENCIÓN TEMPRANA EN ESTE MOMENTO? SÍ __ NO __ EN QUÉ PROGRAMA ESTÁ PARTICIPADO EL NIÑO? _____

SITUACION DE VIVIENDA

CASA PROPIA _____ VIVIENDA PUBLICA _____ APARTAMENTO RENTADO _____
RENTA SECCION 8 _____ REFUGIO _____ VIVE CON FAMILIARES _____
OTRO: _____

A ESTADO USTED O SU FAMILIA SIN VIVIENDA EN LOS ULTIMOS 6 MESES? SI _____ NO _____

EXPLIQUE POR FAVOR: _____

INGRESO FAMILIAR

TANF \$ _____ SSI \$ _____ MANUTENCIÓN INFANTIL \$ _____
PAGO DE NIÑOS FOSTER \$ _____ UNEMPLOYMENT \$ _____
INGRESO SEMANAL DE TRABAJO (antes de pagar impuestos) \$ _____
OTRO \$ _____ CANTIDAD MENSUAL \$ _____
QUIEN RECIBE EL INGRESO? _____

USTED O SU FAMILIA HAN RECIBIDO ASISTENCIA PUBLICA O BENEFICIOS DE TANF/SSI EN ESTE ULTIMO AÑO? SI ____ NO ____

HAN HABIDO (o habrán) ALGUNOS CAMBIOS EN SU INGRESO EN LOS ULTIMOS (o los próximos) 6 MESES? SI ____ NO ____ EXPLIQUE: _____

SU FAMILIA RECIBE ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES SERVICIOS?
WIC _____ BENEFICAS SNAP/CUPONES DE ALIMENTOS \$ _____
MASS HEALTH _____

INFORMACIÓN DE EMPLEO

NOMBRE DE FAMILIAR	LUGAR DE EMPLEO	CUANTAS HORAS	SEMANAL HORARIO
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

EDUCACIÓN/ENTRENAMIENTO

NIVEL DE EDUCACIÓN ACTUAL: ALGUNA ESCUELA SECUNDARIA ____ DIPLOMA DE ESCUELA SECUNDARIA / GED ____ ALGUNA UNIVERSIDAD ____ TÍTULO DE ASOCIADO ____ GRADO DE BACHILLERATO ____ ESCUELA COMERCIAL ____ MILITAR / SERVICIO ____ OTRO ____

ESTA USTED ESTUDIANDO ACTUALMENTE O PLANEA ESTUDIAR EN EL FUTURO CERCANO? SI ____ NO ____

NOMBRE DEL PROGRAMA _____ FECHA DE ACEPTACIÓN _____

NECESIDADES FAMILIARES

PACE HEAD START PROVEE APOYO COMPRENSIVO PARA FAMILIARES. POR FAVOR INDIQUE QUE TEMAS LE AFECTAN A USTED Y A SU FAMILIA. (SUS CONTESTACIONES LE AYUDARAN A NUESTROS EMPLEADOS PROVEER ASISTENCIA INMEDIATA PARA USTED Y SU FAMILIA.

FALTA DE SERVICIOS:

Insuficiente ingreso y/o vivienda/ sin hogar, cuidado de sus niños, _____
Transportación, comida, y vestuario _____
EDUCACION/EMPLEO _____
Lectura/escritura, problemas de aprendizaje _____
Ingles como segunda idioma _____
Falta de entrenamiento _____
PROBLEMAS DE CUSTODIA _____
SEGURIDAD EN EL VECINDARIO _____
VIOLENCIA FAMILIAR _____
PROBLEMAS DE SALUD FISICA/DENTAL _____
PROBLEMAS DE SALUD MENTALES _____
SOPORTE FAMILIARES _____

Nuevos al área, sin familiares/amistades _____
Sin actividades sociales o religiosas _____

POR FAVOR DIGANOS DE CIRCUNSTANCIAS QUE USTED CONSIDERE IMPORTANTES EN LA DETERMINACIÓN DE LA ELEGIBILIDAD DE SU NIÑO PARA EL PROGRAMA (por ejemplo, cambio en el custodio del niño o necesidades especial del niño): _____

*Si a usted le gustaría hablar de alguna circunstancia especial por favor pide hablar con una Trabajadora Familiar que hable Español.

TRANSPORTACIÓN

PUEDE USTED PROVEER TRANSPORTACIÓN PARA SU NIÑO VENIR A LA ESCUELA? SI ___ NO ___

SI NO TIENE TRANSPORTE Y DEBE UTILIZAR LOS SERVICIOS DE HEAD START, SU NIÑO PUEDE SER TRANSPORTADO EN AUTOBÚS DESDE UNA ESQUINA CERCA DE SU CASA. PARA AYUDARNOS A PLANIFICAR, ¿CUÁL ES LA ESQUINA MÁS CERCANA?

_____ y _____
Nombre de la calle, avenida, bulevar o tribunal Nombre de la calle, avenida, bulevar o tribunal

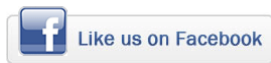
FIRMA DEL PADRE O ENCARGADO: _____ **FECHA:** _____

SU RELACIÓN AL NIÑO: _____

SABER USAR EL BANO NO ES UN REQUISITO PARA SER ELEGIBLE PARA EL PROGRAMA.

*** De acuerdo a la ley Publica #92-261 ningún niño será discriminado por su: RAZA, RELIGIÓN, HERENCIA CULTURAL, CREENCIAS POLITICAS, ESTADO CIVIL, IMPEDIMENTO FÍSICO, ORIENTACIÓN SEXUAL O PAÍS DE ORIGEN.

PACE Head Start es un programa fundado por la Administración de Familias y el Departamento de Educación de Massachusetts y opera de acuerdo con los Estándares de Head Start. El programa de Head Start opera también bajo la Licencia de el Departamento de Cuido y Educación Temprana de Massachusetts y es acreditado por la Asociación Nacional para la Educación de Infantes.



headstartapplicationspanish,secshafamilyservices papproved 4/16/20

Al hacer clic en el botón enviar, se genera un borrador de mensaje en su cuenta de correo electrónico. Abra el borrador y haga clic en enviar para completar su solicitud.