



P.A.C.E. HEAD START

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

247 SMITH ST.
NEW BEDFORD, MA 02740
(508) 984-3557

APLICACIÓN

INFORMACIÓN DEL NIÑO

NOMBRE DEL NIÑO _____

Apellido

Nombre

2do Nombre

FECHA DE NACIMIENTO _____ VARON _____ HEMBRA _____ # DE SEGURO SOCIAL _____

IDIOMA PRINCIPAL _____ OTROS LENGUAJES QUE HABLA _____

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

ETHNICIDAD/ORIGEN:

Hispanic or Latino Origin _____

Non-Hispanic or Non-Latino Origin _____

RAZA:

American Indian or Alaska Native _____ Asian _____ White _____

Native Hawaiian or other Pacific Islander _____

Black or African American _____ Biracial/Multi-racial _____

Other _____ Please explain: _____

Unspecified _____ Please explain: _____

COMO ESCUCHO ACERCA DE HEAD START? _____

CON CUALES OTRAS AGENCIAS ESTA SU FAMILIA ENVUELTA? _____

TIENE USTED ALGUNAS PREOCUPACIONES SOBRE EL DESAROLLO DE SU NIÑO? (VISION, OIR, HABLA, CAMINAR, OTRO)? _____

HA SIDO SU NIÑO ALGUNA VEZ DIAGNOSTICADO CON UNA NECESIDAD ESPECIAL? SI _____ NO _____
Explique: _____

TIENE SU NINO/A UN PLAN INDIVIDUAL DE EDUCACION EN ESTE TIEMPO? SI _____ NO _____
CON CUAR ESCUELA ESTA SU NINO/A ENVUELTO? _____

INFORMACIÓN FAMILIAR:

NOMBRE DE JEFE DE LA FAMILIA: _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ VARON _____ HEMBRA _____ # DE SEGURO SOCIAL _____

IDIOMA PRINCIPAL _____ OTROS LENGUAJES QUE HABLA _____

DIRECCIÓN _____ # DE APARTAMENTO _____

CIUDAD _____ CODIGO POSTAL _____ TELÉFONO: _____

CELULAR: _____ E-MAIL _____

TELÉFONO/ALGUN FAMILIAR O AMIGO PARA DEJAR MENSAJE: _____

NOMBRES DE OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

ADULTOS _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ # SEGURO SOCIAL _____

NIÑOS _____ FECHA DE NACIMIENTO _____ # SEGURO SOCIAL _____

NUMERO DE MIEMBROS EN TOTAL _____

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

LA ELEGIBILIDAD PARA SERVICIOS DE HEAD START ES DETERMINADA EN PARTE POR LOS INGRESOS ECOMONICOS DE LA FAMILIA. POR FAVOR COMPLETE LO SIGUIENTE:

TANF \$ _____ SSI \$ _____ CHILD SUPPORT \$ _____ 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 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

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

NOMBRE DEL PROGRAMA _____ FECHA DE ACEPTACIÓN _____

NECESIDADES FAMILIARES

P.A.C.E. 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 _____

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:

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

OPCIONES DEL PROGRAMA

HEAD START OFRECE UNA VARIEDAD DE OPCIONES. DIGANOS CUAL OPCION LE INTERESA PARA SU NIÑO.

MEDIO DIA _____ DIA COMPLETO _____
*Padres tienen que tener un vale de cuido de ninos

TRANSPORTACIÓN

PUEDE USTED PROVEER TRANSPORTACIÓN PARA SU NIÑO VENIR A LA ESCUELA? Si _____ No _____
SI QUIERES PROVEER TRANSPORTACION Y PUDIERA ESCOGER, A CUAL ESCUELA DE HEAD START PREFIERE USTED QUE ASISTIERA SU NINO? 32 Madison Street _____ 247 Smith Street _____*Colocacion es basada en espacio

SI NO TIENES TRANSPORTACIÓN Y REQUIERA NUESTROS SERVICIOS DE HEAD START SU NINO PUEDE SER TRANSPORTADO DE UNA ESQUINA CERCA DE SU HOGAR?

ESQUINA DE: _____ Y _____
Nombre de Calle, Avenida, Boulevard o Corte Nombre de Calle, Avenida, Boulevard o Corte

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

SU RELACIÓN AL NIÑO: _____

Saber usar el bano no es un requisito para ser elegible para matricula.

*** 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.

P.A.C.E. 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 Asociacion Nacional para la Educacion de Infantiles.