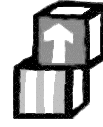




RELIABLE ENTERPRISES  
LEWIS COUNTY HEAD START  
**Solicitud De Niños**



**Nombre Legal de Niño/a:** *Apellido* *Nombre/Inicial* *Fecha de nacimiento:*

**Origen étnico:**  Indio Americano/Natál de Alaska  Asiático  Bi-racial/Multi-racial  Negro/Africano Americano  Hispano/Latino  Isleño Pacífico  Rechazar  Blanco  Otro **Sexo:**  M  F

¿Ha sido en niño diagnosticado o documentado con discapacidad?  No  Sí ¿Su hijo a tenido cualquiera  IEP  IFSP?

¿Tiene su niño un posible problema de comportamiento, o sospecha que pueda tenerlo, o le preocupa algo de su desarrollo?  No  Sí

¿Ha asistido su niño a programas de educación especial o de intervención temprana?  No  Sí

¿Fue su niño referido al Programa?  No  Si, por quien? *motivo?*

Niño/a vive con:  Un padre  Ambos padres  Padre(s) adoptivo(s)  Otro \_\_\_\_\_

Otros viviendo en el hogar : \_\_\_\_\_

Idioma(s) hablado en el hogar: \_\_\_\_\_ Necesita intérprete/para  Padres  Niño

Does child have any allergies?  No  Yes  Food  Seasonal  Other \_\_\_\_\_

Does take any medications?  No  Yes: If yes what does the child take and why \_\_\_\_\_

Does child have medical and dental insurance?  No  Yes \_\_\_\_\_

Carrier? \_\_\_\_\_

Is child current on Well Child Exam?  No  Yes Date of last exam \_\_\_\_\_

Where? \_\_\_\_\_

Is child current on Dental Exam?  No  Yes Date of last exam \_\_\_\_\_

Where? \_\_\_\_\_

Is child current on immunizations?  No  Yes Please provide copy of Certificate of immunizations with application.

Does child attend daycare?  No  Yes Where? \_\_\_\_\_

**Nombre(s)de Padre/Guardian legal:** *Adulto fecha de nacimiento:*

Dirección de Correo: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de calle/cuidad (*si difiere*): \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_ Teléfono de message: \_\_\_\_\_ Quien: \_\_\_\_\_

Otro núm. de teléfono \_\_\_\_\_ Quien: \_\_\_\_\_

(*celular, pager, trabajo*): \_\_\_\_\_

¿Ha estado algun niño de la familia matriculado en el programa antes de este año?  No  Si ¿Que año?

¿Cómo se entero de Head Start?

Favor de marcar todas las que apliquen

TANF (cash)  SSI  Adoptivo/a  Sin hogar  CPS

**Certificación:** Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de esta agencia puede ser terminada y yo puedo ser expuesto/a a una acción legal. Yo tambien entiendo que la información de esta solicitud se mantendrá en estricta confidencia dentro de la agencia y es accesible a mi durante horas de negocio normales. Si no hemos sido seleccionados por Lewis County Head Start yo  si/ no doy permiso para compartir mi nombre o número de teléfono con el programa del colegio de la Comunidad de Centralia ECEAP.

**Firma de Padre/Guárdian Legal:** \_\_\_\_\_ **Fecha** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Instrucciones de Solicitud:**

- ▶ Conteste todas las preguntas
- ▶ Use letra de imprenta
- ▶ **ADJUNTE prueba de la Fecha de Nacimiento de su Niño/a usando cualquiera de los siguientes:**
  - Certificado de nacimiento
  - Certificado de bautismo
  - Tarjeta de registracion de inmigración
  - Dos documentos firmados por personas **no** miembros de **familia**.
- ▶ **ADJUNTE prueba de todos los INGRESOS de su familia(antes de impuestos) de los reciente 12 meses pasados o el ultimo año. Los siguientes documentos puedes ser usados como prueba:**

<input type="checkbox"/> Regreso de Income Tax	<input type="checkbox"/> Soporte infantil
<input type="checkbox"/> Carta de patrón	<input type="checkbox"/> Compensación de Desempleo.
<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social/SSI	<input type="checkbox"/> Becas de Colegio/Universidad
<input type="checkbox"/> Talones de cheque más recientes	<input type="checkbox"/> Compesación de Labores e Industrias/rabajadores/
<input type="checkbox"/> DSHS/TANF - historia de beneficios	<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia
<input type="checkbox"/> Extracto de ganancias (W-2 forma)	

**SU NIÑO/A NO SERÁ ELIGIBLE PARA EL PROGRAMA  
HASTA QUE RECIBAMOS PRUEBA DE LA FECHA DE NACIMIENTO  
DE SU NIÑO/A Y PRUBA DE LOS INGRESOS DE SU FAMILIA.**

- ▶ ¿Firmó y puso la fecha en la solicitud? (cualquier documento original se le regresará)

**Solicitudes completas pueden ser mandadas o llevadas a:**

**LEWIS COUNTY HEAD START  
1703 N Pearl  
Centralia, WA 98531-5517  
(360)736-1696**

LCHS no discrimina a ninguna persona por su raza, color, origen étnico, invalidez o ingreso de tiempo, tratamiento, o participación en sus programas, servicios y actividades, o en empleo. Para mas información sobre esta poliza, contacte a la Directora, (360)736-1696, TDD/Relevó Estatal 1-800-833-6384.

Income Documentation:					Birth date verified? <b>Y</b> <b>N</b>		
Income amount:		# in family:					
Eligibility Status:							
Eligible <input type="checkbox"/> Income Eligible, <input type="checkbox"/> Categorically Eligible				<input type="checkbox"/> Ineligible (Over Income/Non-Categorically Eligible)		<input type="checkbox"/> Special Needs	
Age 3 yrs = 7    4yrs = 15	Income pts	Disability/Special Need L1 = 10    L2 = 5	Referral 8	Categorically Eligible 15	Transfer 100	<i>Total pts</i>	
Comments:							
Signature of verifying staff member					Date    /    /		