

## LISTADO DE COMPROBACIÓN DE INSCRIPCIÓN PARA LAS FAMILIAS

---

**1. Documento que verifique Edad (REQUERIDO):**

- Acta de Nacimiento/Certificado
- Registro del Hospital
- Certificado del Hospital
- Certificado de Sangre India (si aplica)

**2. Prueba de Ingreso (REQUERIDO para todos los padres/tutores en el hogar):**

- Formulario 1040, 1040 EZ o 1040 A de Impuesto al Ingreso del último año
- Formulario W-2 del último año
- Recibos de Salario más recientes – El equivalente a 1 mes (2 = bisemanal, 4 = semanal)
- Declaración del Empleador – Incluyendo salario y frecuencia de pago, fechado dentro de los últimos 6 meses
- Si no tiene ingreso – Declaración propia por Escrito (solo para Head Start)
- Documentación de Manutención de Niños fechada dentro de los últimos 6 meses
- Carta Asignación de Beneficios de Seguridad Social Fechada dentro de los últimos 12 meses

**3. Comprobante de Elegibilidad Categórica (Si aplica – traer al menos uno):**

- Comprobante de Carta de Asignación de Seguro de Ingreso Suplementario fechada en los últimos 12 meses
- Prueba de TANF o Carta de Concesión de Asistencia de Dinero fechada en los últimos 12 meses
- Prueba de Cuidado Temporal / Crianza por Parentesco.

**4. Registros de Salud/Salud Mental (REQUERIDO para el aplicante):**

- Registros de vacunaciones – Más reciente
- Registros de Examen Físico: Chequeo de Rutina De Salud
- Registros de Exámenes Dentales
- IEP y/o Planes de Comportamiento/Tratamiento

**5. Comprobante de Domicilio (REQUERIDO):**

- Hipoteca
- Contrato de Renta
- Carta del Dueño/Propietario
- Factura de Servicios (electricidad, agua, etc.)
- Declaración de situación de vivienda actual

**6. Otros Documentos:**

- Órdenes de Custodia (si aplica)

**USTED DEBE PROPORCIONAR TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS ANTES DE QUE SU APLICACIÓN SEA PROCESADA. POR FAVOR LLAME A LA OFICINA PRINCIPAL PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE:**

OFICINA PRINCIPAL MCIU HEAD START: 484-868-9800

FAX: 844-213-1103

OFICINA PRINCIPAL MCIU PRE-K COUNTS: 484-868-9550

FAX: 844-828-4199

PAGE LEFT BLANK INTENTIONALLY

**APLICACIÓN PARA PROGRAMAS EARLY LEARNING  
AÑO DE PROGRAMA 2020-2021**

Fecha de la Aplicación:	Distrito Escolar en el que vive:
¿Cómo escuchó acerca de Head Start / Pre-K Counts?	
Preferencia de Programa (Por favor marcar Todos los que Apliquen): <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Pre-K Counts	

Preferencia de Sitio (Por favor marcar Todos los que Apliquen):		
<input type="checkbox"/> Abington SD	<input type="checkbox"/> Ambler	<input type="checkbox"/> Central Norristown
<input type="checkbox"/> Cheltenham SD	<input type="checkbox"/> Early Learning Academy (West Norristown)	<input type="checkbox"/> Hancock Elementary
<input type="checkbox"/> Lansdale YMCA	<input type="checkbox"/> Pottstown SD	<input type="checkbox"/> Methacton SD
<input type="checkbox"/> North Penn SD	<input type="checkbox"/> Upper Dublin SD	<input type="checkbox"/> Perkiomen Valley SD
<input type="checkbox"/> Souderton Area SD		<input type="checkbox"/> Upper Merion SD

**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Nombre del NIÑO:			
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Zip:	
Dirección de Correo (si es distinta):			
Etnicidad del NIÑO (Por favor marque una): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano/Latino			
Raza del NIÑO (Por favor marcar TODAS las que correspondan):			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Afro Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro (Especificar):	
Idioma utilizado en el HOGAR:			
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Árabe	
<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Chino	
<input type="checkbox"/> Otro (por favor especificar):			
El uso del Idioma utilizado en el hogar por parte de mi NIÑO es:			
<input type="checkbox"/> Competente	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Nada
El uso del Idioma Inglés por parte de mi NIÑO es:			
<input type="checkbox"/> Competente	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Nada
¿Con qué frecuencia LEE con su HIJO por semana?			
<input type="checkbox"/> 1-2 horas	<input type="checkbox"/> 3-4 horas	<input type="checkbox"/> 4-5 horas	<input type="checkbox"/> 5+ horas

¿Existen órdenes de custodia para el NIÑO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En Trámite
Si la respuesta es "Si" se requiere una copia de las órdenes de custodia del NIÑO antes de la inscripción.

**SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES**

Nombre del Padre/Tutor PRINCIPAL:			
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Grado más alto completado:
Teléfono Celular:		Correo Electrónico:	
Estado de Empleo (Por favor marcar uno):		Nombre del Empleador/Dirección:	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	Teléfono del Trabajo:	
<input type="checkbox"/> Estacional/Temporario	<input type="checkbox"/> Desempleado		
¿Actualmente inscripto en Institución Educativa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Etnicidad del Padre/Tutor PRIMARIO (Por favor marque una): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano/Latino			
Raza del Padre/Tutor PRIMARIO (Por Favor marcar TODAS las que apliquen):			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Afro Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro (Especificar):	
El uso del idioma utilizado en el HOGAR por parte del Padre/Tutor PRIMARIO es:			
<input type="checkbox"/> Competente	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Nada
El uso del idioma INGLÉS por parte del Padre/Tutor PRIMARIO es:			
<input type="checkbox"/> Competente	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Nada
¿Necesitará servicios interpretativos para participar en reuniones uno a uno? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Está interesado en clases de inglés como segundo idioma (ESL)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			

Nombre de Padre/Tutor SECUNDARIO		<input type="checkbox"/> No hay Padre/Tutor SECUNDARIO	
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Grado más alto completado:
Dirección (si es distinta):			
Teléfono Celular:		Correo Electrónico:	
Estado de Empleo (Por favor marcar uno):		Nombre del Empleador/Dirección:	
<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	Teléfono del Trabajo:	
<input type="checkbox"/> Estacional/Temporario	<input type="checkbox"/> Desempleado		
¿Actualmente inscripto en Institución Educativa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Etnicidad del Padre/Tutor SECUNDARIO (Por favor marque una): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano/Latino			
Raza del Padre/Tutor PRIMARIO (Por Favor marcar TODAS las que apliquen):			
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Afro Americano	<input type="checkbox"/> Asiático	
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro (Especificar):	
El uso del idioma utilizado en el HOGAR por parte del Padre/Tutor SECUNDARIO es:			
<input type="checkbox"/> Competente	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Nada
El uso del idioma INGLÉS por parte del Padre/Tutor SECUNDARIO es:			
<input type="checkbox"/> Competente	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Nada

SECCIÓN 3: DISCAPACIDADES	
¿Ha sido su hijo diagnosticado con una discapacidad o trastorno de salud mental / de comportamiento? <input type="checkbox"/> Si (por favor proporcione una copia del Plan de Intervención de Comportamiento IFSP / IEP) <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es "Si" por favor proporcionar el nombre del gerente de caso/coordinador de servicios de su niño:	
¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es "Si" por favor liste las preocupaciones:	

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN	
¿Qué tipo de seguro usa para la atención médica / dental de su HIJO (marque al menos uno)? <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP (Children's Health Insurance Program) Seguro financiado solo por el estado (medicamente indigente) <input type="checkbox"/> TriCare o Programa Militar de Seguro de Salud <input type="checkbox"/> Seguro privado (proporcionado por el empleador) <input type="checkbox"/> Indian Servicios de Salud <input type="checkbox"/> Actualmente no tengo seguro de salud para mi NIÑO	
Proveedor de Atención Primaria (PCP) / Información Clínica del NIÑO <input type="checkbox"/> No tiene PCP Nombre y Dirección:	
Teléfono:	Correo Electrónico:
Fecha del Último Examen Físico:	¿Recibió su NIÑO un test de plomo a los 2 años? <input type="checkbox"/> Si (proveer copia de los resultados) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro
¿Está su NIÑO al día con las vacunas? <input type="checkbox"/> Si (proveer copia de los registros) <input type="checkbox"/> No (completar Formulario de Excepción de Vacunación)	¿Su NIÑO tiene una condición médica diagnosticada como asma, diabetes, alergias, etc.? <input type="checkbox"/> Si (IHP debe ser completado) <input type="checkbox"/> No
Información del Proveedor de Cuidado Dental del NIÑO <input type="checkbox"/> No tiene un dentista / no ha visto a un dentista Nombre y Dirección:	
Número de Teléfono:	Correo Electrónico:
Fecha del último examen dental:	¿Su NIÑO va solo al baño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (Tamano de los Pull-Ups: _____ )
¿Tiene Su NIÑO alergias a alimentos o necesidades dietéticas? <input type="checkbox"/> Si (IHP debe ser completado) <input type="checkbox"/> No	¿Observa su NIÑO restricciones dietéticas debido a creencias religiosas/personal? <input type="checkbox"/> Si (por favor detallar) <input type="checkbox"/> No
"En los últimos doce (12) meses, nos ha preocupado si nuestra comida se agotaría antes de que obtuviéramos dinero para comprar más." <input type="checkbox"/> A menudo Cierto <input type="checkbox"/> A veces Cierto <input type="checkbox"/> Nunca Cierto	
"En los últimos doce (12) meses, la comida que compramos no duró, y no teníamos dinero para obtener más". <input type="checkbox"/> A menudo Cierto <input type="checkbox"/> A veces Cierto <input type="checkbox"/> Nunca Cierto	

**SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE LA FAMILIA**

En las reglamentaciones de Head Start / Pre-K Counts, la familia son personas que viven en el mismo hogar y están respaldadas por los ingresos del (de los) padre (s) / tutor (es) del niño que se inscribe en el programa Y relacionado(s) con el niño por sangre, matrimonio o adopción. Tutor significa una persona que es legalmente responsable del niño.

Indique todas las personas en el hogar de su familia, incluyendo el Padre/Tutor PRIMARIO del NIÑO:

NOMBRE COMPLETO	Fecha de Nacimiento	Relación con el NIÑO	Escuela/Trabajo Tiempo Completo/Tiempo Parcial?

<b>Número Total de Adultos:</b>	<b>Número Total de Niños:</b>	<b>Número Total integrantes de la Familia:</b>
---------------------------------	-------------------------------	--

Tipo de Familia (marcar una)

<input type="checkbox"/> Familia de dos padres (casados/derecho común)	<input type="checkbox"/> Familia monoparental, madre
<input type="checkbox"/> Otro familiar – por favor detallar:	<input type="checkbox"/> Familia monoparental, padre
<input type="checkbox"/> Otro tipo de familia – por favor detallar:	<input type="checkbox"/> Familia Adoptiva

Para familias esperando un Bebé

Mes de Embarazo Actual: \_\_\_\_\_ Fecha Esperada de Parto: \_\_\_\_\_

¿Recibe actualmente la familia alguna de las siguientes ayudas estatales?

<input type="checkbox"/> TANF/Asistencia de Dinero	<input type="checkbox"/> HUD/Section 8 Housing	<input type="checkbox"/> Cupones de Alimento/SNAP	<input type="checkbox"/> WIC
<input type="checkbox"/> Beneficios de Desempleo	<input type="checkbox"/> Beneficios de Seguridad Social (Muerte o Sobrevivientes)	<input type="checkbox"/> Ingreso Suplemental de Seguridad (SSI)	<input type="checkbox"/> Otros – por favor listar:

**SECCIÓN 6: VIVIENDA/ INFORMACIÓN DE TRANSPORTACIÓN**

Período de Tiempo en la Dirección actual:	¿Se ha mudado la familia en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Si (Cantidad de veces: _____) <input type="checkbox"/> No
¿Ha experimentado la familia falta de vivienda en los últimos 12 meses obligada a quedarse con amigos o familiares, en un automóvil, hotel o refugio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha trabajado la familia con Your Way Home en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene un vehículo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no tiene vehículo, ¿tiene transporte confiable hacia y desde el centro escolar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**SECCIÓN 7: FIRMA DEL ACUERDO**

A mi leal saber y entender, toda la información provista en esta aplicación es verdadera y correcta. Doy fe de que esta información de elegibilidad es verdadera, completa y correcta, y que la documentación de ingresos provista al personal del programa refleja el ingreso TOTAL de la familia. Además, entiendo que la falsificación de esta documentación de cualquier manera puede resultar en una acción del programa que puede incluir la cancelación de la inscripción de mi (s) hijo (s) del programa en función de una determinación de inelegibilidad posterior. Al firmar esto, autorizo y doy mi consentimiento para que se divulgue información sobre el programa educativo, la planificación y los documentos de mi hijo, incluidos, entre otros, los planes de educación individualizada, las evaluaciones y los informes de reevaluación.

Firma del padre / tutor PRIMARIO:	Fecha:
Nombre de la Trabajadora de Compromiso Familiar (FEW) que completó la Admisión:	Tipo de Admisión: <input type="checkbox"/> En Persona <input type="checkbox"/> Teléfono
Firma del FEW:	Fecha:

Si se interpretó / tradujo la aplicación, complete lo siguiente:

Nombre de Intérprete/Traductor:	Nombre de Intérprete/Traductor:
Firma de Intérprete/Traductor:	Firma de Intérprete/Traductor:

**SECCIÓN 8: RECURSOS OPCIONALES**

¿Desea recibir recursos adicionales sobre los siguientes servicios (marque todos los que correspondan) ?:

Información del área (nuevos en el área)  Recursos para Militares/Veteranos  Violencia Doméstica

Asistencia para Salud Mental/de Comportamiento  Tratamiento para el Abuso de Substancias/Alcohol  Educación para Adultos/Entrenamiento Vocacional

\* Su respuesta a esta pregunta no afecta el estado de su solicitud ni su elegibilidad para la inscripción.