

Beaufort Jasper EOC Head Start



Pre-Inscripcion y Solicitud de Inscripcion



Beaufort Jasper EOC Head Start
Pre-Inscripcion y Solicitud de Inscripcion

Post Office Box 2296-Beaufort, SC, 29901-2296
 Telephone (843)470-4516 Fax (843) 470-4503

Proposed Center: _____
 ___ New Application ___ Application Update ___ Re-Enrollment
 How did you hear about Head Start?
 Date Received by HS: ___/___/___ Date Entered: ___/___/___

Nombre del niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Fecha: ___/___/___
 Primer Nombre Segundo Nombre Apellido

¿Su niño tiene una necesidad de salud especial o incapacitada? Si o No ¿Tiene un niño activo en IEP o IFSP? Si o No

¿Hay alguien en su hogar embarazada? Si, ¿Cuántos Meses? _____ No

Haga una lista de los miembros de su hogar, incluya el niño(s) aplicando. Por favor utilicé los códigos de abajo.

Estado	Primer Nombre	Inicial	Segundo Nombre	# de Seguro Social	Razón	Fecha de Nacimiento	Genero M-Masculino F-Femenino	Raza	Grupo Étnico	Char	Idioma en casa	Máximo Nivel de Educación	Parentesco con El niño
Cabeza de Familia						___/___/___							
Otro Adulto						___/___/___							
Niño para Head Start						___/___/___							
Hermano(a)						___/___/___							
Hermano(a)						___/___/___							
Hermano(a)						___/___/___							
Hermano(a)						___/___/___							
Otro						___/___/___							

Dirección del Domicilio (Residencia): _____
 Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono: Casa _____ Trabajo _____ Ext. _____ Celular _____

Códigos

Grupo Étnico
 U- desconocido
 H- Hispano o Latino
 N- no- Hispano

Idioma
 E- Ingles M- Medio Oriente
 S- Español
 A- Africano AN- Nativos de
 C- Caribeño(a) Norteamérica
 CR- Criollo y Alaska
 EA- Asia del Este
 ES- Europeo y Slavicos
 G- Alemán

Educación
 A9-Adulto-grado 9 o menos Y7-grado 7th
 A0- Adulto-grado 10 Y8-grado 8th
 A1- Adulto grado 11 P-Preescolar
 A2 Adulto grado 12 U- desconocido
 AH- Adulto graduado de escuela secundaria
 AG- Adulto diploma de educación general
 AC- Adulto titulo universitario
 AT- Adulto certificado de entrenamiento
 AA- Grado Asociado
 BS- Licenciatura
 M- Titulo de Maestría
 C1- Escuela elementaria grado 1-6

Parentesco
 HH-Cabeza de Familia GC- Nietos
 M- Madre I- Suegros
 F- Padre N- Sobrina
 SP-Espos(a) N- Sobrino
 P- Pareja B- Hermana
 GP- Abuelos(a) SI- Hermana
 FP- Padres Adoptivos O- Otro
 S- Hijo
 D- Hija
 FC- Hijo(s) Adoptivos
 SC- Hijastro(a)

SECTION FOR OFFICE USE:

Reason for SSN
 C- Confidential
 N- Not Collected by HS
 UC- Unavailable
 UI- Unknown client import
 UW- Unknown will provide
 P- partial SSN reported
 R- Refused

Characteristics
 A- Applicant
 DE- Deceased
 D- Disabled/Handicapped
 E- Eviction
 M-Notice/Delinquent Mortgage
 H-Health/Weather Related Illness
 K- Hurricane Evacuee
 MW-Migrant /Seasonal Worker
 NH- No Health insurance
 NC- Non Federal Crisis
 PM- Pregnant Mom
 V-Veteran

Raza
 AA-Negro o Africano
 A- Asiático
 C-Blanco Americano
 H-Hispano
 M- Biracial//Multirracial
 N-Indio de América del Norte
 P- Indias del Pacifico
 U- Desconocido

Demografía:

Estado Marital: Divorciado Legalmente Separado Casado En Pareja Soltero Viudo Otro

Tipo de Familia: Padres Adoptivos (con/hijo adoptivo) Abuelos Casado (viven con n los ninos) Casado (Conyuge en hogar de anciano)

Múltiples Adultos (viven con ninos) Múltiples Adultos (Sin ninos) Madre Soltera (vive con ninos)
 Padre Soltero (Vive con ninos) Persona Soltera (veve solo(a))

Nombre y Direccion de losPadres (si no viven en casa): _____

Primer Nombre

Apellido

Calle o Correo Postal

Ciudad

Estado

codigo Postal

Vivienda: Alquiler -sin asistencia Alquiler -con asistencia (HUD, Sección 8) Propietario Vive con/ Familia o amistades
 Transición/Albergue Sin Hogar Sin hogar por su opción

Información del Empleador- Cabeza de la Familia

N/A- Desempleado

Estado de trabajo: Tiempo completo con beneficios Time completo sin beneficios Tiempo parcial con beneficios Tiempo parcial sin beneficios

Horas de trabajo: _____ am/pm _____ am/pm

Nombre del empleador: _____ Teléfono en el trabajo: (____) _____ Tiempo en el trabajo actual: ____/____/____

Información del Empleador- Soporte Adicional

N/A- Desempleado

Estado de Empleo: Tiempo Completo/ beneficios Tiempo Completo con beneficios Tiempo Parcial-/ beneficios Tiempo Parcial sin beneficios

Horas de Trabajo: _____ a.m. /p.m. a _____ a.m. /p.m.

Nombre de Empleador: _____ Teléfono de Empleador: (____) _____ Cuanto tiempo: ____/____/____

Tipos de Asistencia Financiera Recibida: (Marqué lo que sea pertinente. Comprobación será requerida.)

- TANF/AFDC SNAP (asistencia alimentaria) Child Support/Alimony SSI- Supplemental Security Income
 Foster Care/Adoption Subsidy Unemployment Insurance Public Housing Assistance
 Energy Program Assistance Other: _____

Información de Seguro de Salud del niño(a) aplicando: Medicaid? Sí o No Seguro privado? Si o No WIC

Residencia:

Estructura: Marco de madera Caravana Ladrillo Casa prefabricada Multifamiliar Casa # de pisos: 1 2 3 4

Tipo de Vivienda: Sitio de construcción (una sola familia) Apartamento Caravana De ancho amplio Casa modular (sin ruedas)

- Duplex (2 casas debajo de 1 techo) Casa de familia 3 a 4 Unidad de Albergue
 Otro _____

Consentimiento para divulgar información/ Declaración de Certificación :

Yo doy permiso para el programa de Beaufort-Jasper EOC Head Start para liberar o intercambiar información acerca de mi hijo desde el Distrito Escolar del Condado de Beaufort / Jasper hasta el tercer grado. **Entiendo que este consentimiento puede ser revocado por escrito por mí en cualquier momento. Además, en el momento de la terminación, certifico que la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera y exacta.**

Firma del padre/ Guardián Legal

Fecha

Signature of Staff Interviewing Applicant

Información requerida para entregar con su aplicación

Certificado de nacimiento del niño(a) Tarjeta de seguro Comprobación de sueldo de un mes (talonarios, último 1040 o W2) Si es el guardián, su documentación