

Head Start

2390 W Hwy 56 #1
Cedar City, UT 84720
(435) 586-6070
Sin costo 1-800-796-6070
Fax 1-435-586-5232



Estimado Padre / Guardian,

Gracias por su interés en Head Start de Southern Utah University, un programa preescolar GRATIS que es centrado en la familia. Empleados, bien-entrenados y dedicados, proporcionan servicios de educación, salud, familia, y apoyo de alta calidad a familias de Head Start que estén en riesgo o sean de bajos recursos y que estén viviendo en el sudoeste de Utah.

La elegibilidad para Head Start se basa en Ingresos, Tamaño de la Familia, Necesidades del Niño y Necesidades de la Familia. Los niños son elegibles para asistir a Head Start a los dos años antes que ellos empiezan el jardín de niños. Tienen primer prioridad los niños que estarán asistiendo al jardín de niños el año próximo. Los niños y las familias son matriculados en el programa de Head Start sin ningún costo financiero, pero se les pide a los padres contribuir con tiempo y con su experiencia.

- Su niño debe tener 4 (o 3) años el 1 de septiembre del 2009, para calificar para el año escolar del 2009-2010 (que empieza en agosto del 2009). Los niños que tendrán 4 años por el 1 de septiembre del 2009 tienen prioridad para ser matriculados.
- La mayoría de las familias de Head Start deben de estar dentro de las Pautas Federales de Pobreza para ingresos y tamaño familiar (vea la último página). Unos pocos espacios están disponibles para las familias que ganan 130% de Pautas Federales de Pobreza. Diez por ciento de los espacios son reservados para niños con necesidades especiales, sin importar su ingreso familiar.

Para ayudarnos a procesar la aplicación de su niño por favor, complete la aplicación adyacente y entreguela junto con los datos de la lista de verificación de la página 2. **Si usted tiene preguntas, llame por favor a la Oficina de Head Start al 435-586-6070 y marque 0 (al 1-800-796-6070 y marque 0) y pregunte por Coordinador de Matriculación.**

¡Esperamos poder servirle a su niño y su familia!

Virginia B. Higbee, Directora

Por favor complete la aplicación y mande copias de los siguientes documentos:

✓ **Registro de vacunas**

4 HIB	4 DTaP	3 Polio	1 MMR	3 HEP B	2 HEP A	1 Varicella o verificación de varicela	Pneumococcal o PCV-7
-------	--------	---------	-------	---------	---------	--	----------------------

✓ **Certificado de nacimiento** (u otro comprobante de nacimiento) Debe incluir: el nombre del niño, fecha de nacimiento, y los nombres de los padres.

✓ **Verificación de Ingresos** (uno de los siguientes: forma de W2, talón de cheque, carta de su empleo, o carta de TANF)

✓ **Tarjeta de seguro médico** (Si usted tiene seguro privado, Medicaid, CHIP, etc.)

✓ [*Si aplica*] **Comprobante de asistencia pública** (SSI, DWFS, asistencia para el cuidado de niños, cupones de alimentos)

✓ [*Si aplica*] **Una carta de referencia y/o IEP** (Plan Individualizado de Educación) si su niño tiene necesidades especiales.

✓ [*Si aplica*] **Carta de custodia de DWFS** para su niño

POR FAVOR TENGA ENCUESTA QUE SI TODOS LOS ARTICULOS ENLISTADOS ARRIBA NO SON PROPORCIONADOS CON SU APLICACION, NOSOTROS NO PODREMOS COMPLETAR EL PROCESO DE MATRICULACION. Llame por favor a los Coordinadores de Matriculación al 435-586-6070 y marque 0 si usted tiene preguntas o si necesita ayuda para conseguir cualquiera de estos registros.

Los grupos siguientes pueden recibir preferencia en la matriculación:

- Niños que tienen incapacidades o necesidades especiales.
- Niños cuya familia que toma parte en el Programa de TANF.
- Niños cuyas familias que son definidas como "sin hogar" según el gobierno federal:

<p>La definición legal del gobierno federal de ser sin hogar basado en el Acta de Ayuda Educacional de Sin Hogar de McKinney-Vento es cualquiera que...</p> <ul style="list-style-type: none"> • No tenga una residencia regular, fija y adecuada donde pasar la noche (alojamiento irregular). • Comparte alojamiento debido a problemas económicas (viviendo con otros, incluyendo parientes). • Vive en un refugio, hotel o motel. • Vive en un lugar público no diseñado para dormir (coches, parques). • Es un joven viviendo solo. • Es un niño o joven esperando por un hogar de crianza. • Es un niño o joven abandonado en un hospital. • Es un niño migrante que califica bajo cualquier categoría arriba mencionada.
--

El transporte del autobús es proporcionado en Delta y en una base limitada en St. George

PREGUNTAS FRECUENTES

1. ¿Cuánto cuesta Head Start?

Head Start es un programa gratuito; no hay ningún costo para los padres por los servicios.

2. ¿Qué clase de participación es requerido por parte de los padres?

Los padres/guardianes deben planear ser voluntarios en las clases, ayudar a crear el currículum individual para su niño, y tomar parte en reuniones mensuales de padres. Ustedes podrían ser elegidos para representar a su clase en el Concilio de Política y participar como líderes de Head Start.

3. ¿Y si mi niño no está entrenado para utilizar el baño?

Los niños que asisten SUU Head Start deben poseer las siguientes habilidades:

- a. No usar pañales
- b. Capaz de usar el baño por si mismo.
- c. Puede cambiar su ropa si ellos tienen un accidente de baño
- d. Puede lavar las manos después de usar el baño

4. Cuando completo y entrego la aplicación de mi niño, ¿qué sucederá después?

Al recibir su aplicación, Especialistas de Matriculación de Head Start revisarán su aplicación y le notificarán si se necesita más información.

5. ¿Cuándo sabré si mi niño es aceptado en el programa?

Si usted entrega una aplicación entre enero y el 30 de junio (para el próximo año escolar - que comienza en agosto), y SI su niño es seleccionado para asistir SUU Head Start, usted recibirá una carta por el 15 de julio. Las aplicaciones que lleguen después de el 30 de junio serán procesadas lo más rápidamente posible.

Después de agosto, el nombre de su niño será colocado en una lista de espera. Durante el año escolar, usted será llamado por un Especialista de Matriculación de Head Start si su niño ha sido seleccionado para ser matriculado.

6. ¿Qué hago si me cambio de dirección después de entregar mi aplicación?

Es importante notificar a SUU Head Start tan pronto como sea posible cuando haya un cambio en la dirección y/o el número de teléfono. Llámenos por favor al 435-586-6070, o sin costo al 1-800-796-6070 Ext. 23 o 10 para actualizar su nuevo teléfono y dirección.

7. ¿Cómo es Head Start diferente de otros preescolares?

Head Start respeta a los padres como los maestros más importantes. Todas las actividades involucran la aportación del padre y el conocimiento que ellos tienen de sus niños. Head Start también trata de ayudar a la familia para llegar a ser más fuerte a través de los servicios, conocimiento, y participación.

8. ¿Dónde puedo encontrar más información sobre SUU Head Start?

www.suu.edu/headstart o llama 435-586-6070, ext. 23

2009 - 2010 Guia de Ingresos

Numero de personas
en la familia

Annual

Mensual

Semanal



1

\$ 10,830.00

\$ 902.50

\$ 208.27



2

\$ 14,570.00

\$ 1,214.17

\$ 280.19



3

\$ 18,310.00

\$ 1,525.83

\$ 352.12



4

\$ 22,050.00

\$ 1,837.50

\$ 424.04



5

\$ 25,790.00

\$ 2,149.17

\$ 495.96



6

\$ 29,530.00

\$ 2,460.83

\$ 567.88



7

\$ 33,270.00

\$ 2,772.50

\$ 639.81



8

\$ 37,010.00

\$ 3,084.17

\$ 711.73



*Agregue \$3740 por cada persona despues de 8





SUU PO Box 8985
2390 W Hwy 56, Suite 1
Cedar City, UT 84720
Teléfono: (435) 586-6070 o
1-800-796-6070 ext. 23

Complete una copia para cada niño elegible
Si necesita ayuda con papeleo, llame al 1-800-796-6070

DATOS DEL NIÑO

1. Nombre del Niño:

Primer Nombre _____ Inicial (del 2do. Nombre) _____ Apellido #1 _____ Apellido #2 _____

2. Sobrenombre:	3. Fecha de Nacimiento: MM / DD / AA	4. Seguro Social:	5. Sexo: M F	6. Teléfono de Casa:
------------------------	--	--------------------------	------------------------	-----------------------------

7. Domicilio:	Fecha Vigente:
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____	(MM / DD / AA) _____

8. Dirección de Correo (si es diferente del domicilio particular):	Fecha Vigente:
Calle _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____	(MM / DD / AA) _____

9a. ¿Fue el niño anteriormente matriculado en Head Start/Early Head Start? YES NO	9b. ¿Si la respuesta es sí, cuantos años? 1 2 3
---	---

10. Origen Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano / No-Latino	11. Raza (marque sólo uno): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otra Isla del Pacifico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Africo-Americano <input type="checkbox"/> No Especificada	<input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--	--	---	---

12. Idioma que se habla en casa:	13. ¿Qué tan bien habla inglés el niño?
Primario: Inglés Español Otro: _____ Secundario: Inglés Español Otro: _____	<input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No lo habla

14a. ¿Utiliza o necesita guardería para todo el año y/o todo el día? SI NO	14b. ¿Recibe guardería subsidiada? SI NO
--	--

14c. Lugar de cuidado principal cuando su niño no está en Head Start (marque sólo uno):

Guardería Familiar Centro de Guardería o Aula Programa de pre-Kindergarten de Escuela Pública
 En casa de un pariente o de alguien que no es de su familia Otro: _____

DATOS DE INGRESOS

16. Número de Adultos:	17. Número de Niños:	18. El número de adultos que contribuyen a ingresos en casa:
-------------------------------	-----------------------------	---

19. Ingresos de la MADRE	20. Ingresos del PADRE	21. Firma de Padres Yo certifico que la información provista es correcta hasta lo mejor que conozco y está sujeta a verificación. X _____ Madre Fecha X _____ Padre Fecha
El Empleo: \$ _____	El Empleo: \$ _____	
Militar / VA: _____	Militar / VA: _____	
Pensión Alimenticia: _____	Pensión Alimenticia: _____	
Otro: _____	Otro: _____	
Suma de Ingresos Mensuales	Suma de ingresos Mensuales:	
Suma de Ingresos Anuales \$ _____	Suma de Ingresos Anuales \$ _____	

STAFF USE ONLY

Eligibility Determination Statement I hereby do certify that the family is eligible to participate in the H.S. Program. I attest that I have examined the documents (checked) below and certify that the family is eligible in accordance with Head Start regulations and ERSEA policies.

Documents Reviewed (check all that apply)

<input type="checkbox"/> Individual Tax Form 1040	<input type="checkbox"/> Pay Stubs / Pay Envelopes	<input type="checkbox"/> Written Employer Statement	<input type="checkbox"/> Current TANF Receipts	<input type="checkbox"/> W-2 Form	<input type="checkbox"/> Unemployment
<input type="checkbox"/> Work History – Verification of Employment		<input type="checkbox"/> Written Verification or Verbal Declaration of Income		<input type="checkbox"/> Other	

Center:	Class:	Start Date:	Income Eligibility Date:	X _____ Staff's Eligibility Verification Signature Date
----------------	---------------	--------------------	---------------------------------	--

1. Nombre de la Madre / Figura Materna:

Primer Nombre _____ Inicial del 2do nombre _____ Apellido #1 _____ Apellido #2 _____

2. Sobrenombre:	3. Fecha de Nacimiento: MM / DD / AA	4. Seguro Social:	5. Sexo: M F	6. ¿Es usted el guardián legal de este niño? YES NO
------------------------	--	--------------------------	------------------------	---

7. Teléfono de Casa:	8. Teléfono de Trabajo:	9. Teléfono Celular:
-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------

10. Domicilio Particular y Dirección de Correo:	Fecha Vigente:
Calle _____ P.O. Box _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____	(MM / DD / AA) _____

11. Origen Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano / No-Latino	12. Raza (marque sólo uno): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Africo-Americano <input type="checkbox"/> No Especificada	<input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--	--	---	---

13. Idioma que se habla en casa: Primario: Inglés Español Otro: _____ Secundario: Inglés Español Otro: _____	14. ¿Qué tan bien habla inglés la madre? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> No lo habla	15. Estado Civil: Divorciado Casado Separado. Soltero Viudo
---	---	--

16. Ocupación Actual (circule todos los que aplican): Primer Día: _____ Ultimo Día: _____ <u>Trabajo Pagado:</u> Jornada completa (34+ horas a la semana) _____ Jornada parcial _____ Temporal _____ Trabaja y asiste a la escuela _____ <u>En programa de capacitación laboral:</u> Con pago _____ Sin pago _____	17. Educación (circule todos que aplican): Empezo: _____ Terminó: _____ Escuela de tiempo completa _____ Graduado de secundaria/GED _____ Carrera técnica/negocios _____ Grado de universitario _____ Menos del 6to grado _____ Menos de la preparatoria _____ Grado de título de asociado _____ Otro _____ 18a. ¿Tenía usted menos de 17 años cuando nació el PRIMER niño en la familia? SI NO 18b. ¿Tenía usted más de 41 años cuando nació el ULTIMO niño en la familia? SI NO
--	---

19a. ¿Está la solicitante actualmente embarazada? SI NO	19b. Si la respuesta es sí, ¿cuando nace el bebe?
--	--

DATOS DEMOGRAFICOS DEL PADRE / FIGURA PATERNA

1. Nombre del Padre / Figura Paterna:

Primer Nombre _____ Inicial del 2do nombre _____ Apellido #1 _____ Apellido #2 _____

2. Sobrenombre:	3. Fecha de Nacimiento: MM / DD / AA	4. Seguro Social:	5. Sexo: M F	6. ¿Es usted el guardián legal de este niño? YES NO
------------------------	--	--------------------------	------------------------	---

7. Teléfono de Casa:	8. Teléfono de Trabajo:	9. Teléfono Celular:
-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------

10. Domicilio Particular y Dirección de Correo:	Fecha Vigente:
Calle _____ P.O. Box _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____	(MM / DD / AA) _____

11. Origen Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano / No-Latino	12. Raza (marque sólo uno): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Africo-Americano <input type="checkbox"/> No Especificada	<input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro: _____
---	--	--	---	---

13. Idioma que se habla en casa: Primario: Inglés Español Otro: _____ Secundario: Inglés Español Otro: _____	14. ¿Qué tan bien habla inglés el padre? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> No lo habla	15. Estado Civil: Divorciado Casado Separado. Soltero Viudo
---	---	--

16. Ocupación Actual (circule todos los que aplican): Primer Día: _____ Ultimo Día: _____ <u>Trabajo Pagado:</u> Jornada completa (34+ horas a la semana) _____ Jornada parcial _____ Temporal _____ Trabaja y asiste a la escuela _____ <u>En programa de capacitación laboral:</u> Con pago _____ Sin pago _____	17. Educación (circule todos que aplican): Empezo: _____ Terminó: _____ Escuela de tiempo completa _____ Graduado de secundaria/GED _____ Carrera técnica/negocios _____ Grado de universitario _____ Menos del 6to grado _____ Menos de la preparatoria _____ Grado de título de asociado _____ Otro _____ 18a. ¿Tenía usted menos de 17 años cuando nació el PRIMER niño en la familia? SI NO 18b. ¿Tenía usted más de 41 años cuando nació el ULTIMO niño en la familia? SI NO
--	---

1. Nombre del Niño:

Primer Nombre _____ Inicial (del 2do. Nombre) _____ Apellido #1 _____ Apellido #2 _____

2. Tipo de servicios o asistencia financiera recibida (maque todo lo que se aplique y anote fechas de inicio y finalización)

No se recibieron servicios

	Fecha de inicio	Fecha Final		Fecha de inicio	Fecha Final
Medicaid / CHIP.....	_____	_____	Seguro de Desempleo	_____	_____
TANF.....	_____	_____	Asistencia de Vivienda Pública	_____	_____
WIC.....	_____	_____	Asistencia Programa Energía	_____	_____
Ingresos de Seguro Sup. (SSI)	_____	_____	EPSDT.....	_____	_____
Padres temporales / adopción	_____	_____	Pensión Alimenticia	_____	_____
			Otro: _____	_____	_____

3. Tipo de Familia (marque sólo uno)

- Familia con dos padres
 Familia con un solo padre (madre sola) viviendo con un compañero/a
 Familia con un solo padre (madre sola)
 Familia con un solo padre (padre solo) viviendo con un compañero/a
 Familia con un solo padre (padre solo)
 Otro(s) Pariente(s)
 Familia temporal
 Otro tipo de familia: _____

4. Tipo de Vivienda (marque sólo uno)

- Apartamento
 Casa
 Refugio comunitario
 Vivienda para migrantes
 Sin hogar
 Casa rodante / trailer
 Cuarto de Hotel / Motel
 Otro: _____

5. Arreglo de pago por vivienda (marque sólo uno)

- Intercambio de servicios por vivienda
 Vivienda propia
 No hace ningún pago por la vivienda
 Vivienda de renta
 Recibe subsidio para la vivienda
 Otro: _____

6. Tiempo residiendo en el domicilio actual:

- Menos de 6 meses
 6 – 12 meses
 1 – 2 años
 2+ años

7. Número de mudanzas en los pasados 12 meses:

8a. ¿Está usted actualmente sin hogar?
(refiérase a la definición en la hoja de explicación)
SI NO

8b. Tiempo sin un hogar fijo:
 Menos de 1 mes
 1 – 3 meses
 3 -6 meses
 6+ meses

9a. Medios Principales de Transporte:

- No tengo medios principales de transporte
 Vehículo Propio (auto, camión, van)
 Taxi
 Vehículo de un Amigo/Pariente
 Transporte de Padres
 Transporte Público
 Omnibus Escolar
 Omnibus de la Ciudad
 Otro: _____

9b. Medios Alternativos de Transporte:

- No tengo medios alternativos de transporte
 Vehículo Propio (auto, camión, van)
 Taxi
 Vehículo de un Amigo/Pariente
 Transporte de Padres
 Transporte Público
 Omnibus Escolar
 Omnibus de la Ciudad
 Otro: _____

10. ¿Cómo se enteró usted de Head Start?

11. Comentarios:

12. Otras Personas Viviendo en Casa:

Número total de personas que viven en la Casa: _____

_____ Miembro de la familia #1	_____ Edad	_____ Relación con el niño	_____ Miembro de la familia #5	_____ Edad	_____ Relación con el niño
_____ Miembro de la familia #2	_____ Edad	_____ Relación con el niño	_____ Miembro de la familia #6	_____ Edad	_____ Relación con el niño
_____ Miembro de la familia #3	_____ Edad	_____ Relación con el niño	_____ Miembro de la familia #7	_____ Edad	_____ Relación con el niño
_____ Miembro de la familia #4	_____ Edad	_____ Relación con el niño	_____ Miembro de la familia #8	_____ Edad	_____ Relación con el niño

1. Nombre del Niño:

Primer Nombre _____ Inicial (del 2do. Nombre) _____ Apellido #1 _____ Apellido #2 _____

2. ¿Si usted no tiene a un médico, dentista, ni una manera de pagar por citas, querría usted ayuda? SI NO

3. Condiciones que pueden ser importantes en una emergencia (marque todas las que aplican):

Alergias

- Mordeduras: _____
- Comida: _____
- Medicamentos: _____
- Otro: _____

Condiciones

- Asma
- Diabetes
- Convulsiones
- Otro: _____

4. ¿La condición está actualmente contralada / bajo cuidado médico? SI NO

5a. ¿Tiene preocupaciones acerca de la salud general y el desarrollo de su niño?

SI NO

5b. Describa la preocupación:

5c. Preocupación Expresada Por (marque uno):

- Proveedor Médico
- Proveedor Primario de Cuidado
- Miembro de la Familia
- Personal del Programa
- Agencia de Servicio Social
- Otro: _____

6. Marque Abajo Todo Que Aplica:

<input checked="" type="checkbox"/>	Incapacidades Diagnosticadas	Evaluado Por:	Sospechado	Identificado	Fecha
	Incapacidad Médica		SI NO	SI NO	
	Alteración Emocional / de Conducta		SI NO	SI NO	
	Incapacidad del Habla o del Lenguaje		SI NO	SI NO	
	Retardo Mental		SI NO	SI NO	
	Incapacidad Auditiva, Incluyendo Sordera		SI NO	SI NO	
	Incapacidad Ortopédica		SI NO	SI NO	
	Incapacidad Visual, Incluyendo Ceguera		SI NO	SI NO	
	Problemas de Aprendizaje		SI NO	SI NO	
	Autismo		SI NO	SI NO	
	Daño Cerebral Traumático		SI NO	SI NO	
	No-Categorico / Retardo en el Desarrollo		SI NO	SI NO	
	Múltiples Incapacidades (incluyendo sordo-ciego)		SI NO	SI NO	
	ADD y ADHD		SI NO	SI NO	
	Otro: _____		SI NO	SI NO	

7. ¿Tiene su niño un Plan Individualizado de Educación (IEP)? SI NO

8. ¿Puede el niño utilizar el baño por él/ella misma? SI NO

9. ¿Pueden cambiar su propia ropa si ellos tienen un accidente de baño? SI NO

***** Proporcione por favor documentos de referencia si el niño ha sido diagnosticado con incapacidades (Por ejemplo, IEP, nota de doctor, etc.) *****

1. Nombre del Niño:

Primer Nombre

Apellido

2. Fecha de Nacimiento:

3a. Proveedores de Seguro Médico:

- Medicare / Medicaid Child Health Insurance Program (CHIP)
 Privado Otro: _____
 Sin Cobertura

3b. Nombre del Proveedor de Seguro:

3c. Número de Póliza:

3d. Fecha de Vigencia del Seguro:

3e. Fecha de Vencimiento del Seguro:

3f. Seguro Principal:
SI NO N/A

3g. ¿Incluye Seguro Dental?
SI NO N/A

4a. Proveedor Médico Actual:

4b. Teléfono:

4c. Fecha del Ultimo Examen Médico:
(MM/DD/AA)

5a. Proveedor Dental Actual:

5b. Teléfono:

5c. Fecha del Ultimo Examen Dental:
(MM/DD/AA)

6. Consentimiento de Emergencia Médica:

En caso de herida o emergencia médica, mi firma abajo autoriza al personal de Head Start a dar permiso a cualquier médico, enfermera, personal del hospital, o paramédico para proporcionar cuidado médico como ellos (el personal médico) cree necesario en el mejor interés de mi niño.

X _____ X _____
 Firma de Padre / Guardián Legal Fecha Firma de Padre / Guardián Legal Fecha

INFORMACION DE CONTACTO DE EMERGENCIA.

7. Teléfono de Emergencia de la Madre / Figura Materna:

Teléfono 1: _____
 Casa Trabajo Celular Otro: _____
 Teléfono 2: _____
 Casa Trabajo Celular Otro: _____

8. Teléfono de Emergencia del Padre / Figura Paterna:

Teléfono 1: _____
 Casa Trabajo Celular Otro: _____
 Teléfono 2: _____
 Casa Trabajo Celular Otro: _____

9. Información de Guardería (de la guardería usted seleccionó en la página 1, bloque 14c):

Nombre _____ Calle _____ Ciudad _____ Teléfono _____

10. Contactos de Emergencia: ¿Si el padre/guardián no puede ser localizado, quién sabrá donde encontrarlo a usted o ser responsable de su niño?

Contacto de Emergencia 1:		Domicilio:	Sexo:
Nombre:			M F
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Relación con el niño:	
Contacto de Emergencia 2:		Domicilio:	Sexo:
Name:			M F
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Relación con el niño:	
Contacto de Emergencia 3:		Domicilio:	Sexo:
Name:			M F
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Relación con el niño:	
Contacto de Emergencia 4:		Domicilio:	Sexo:
Name:			M F
Teléfono 1:	Teléfono 2:	Relación con el niño:	

En caso de una emergencia, el personal de SUU Head Start transportará a su niño si usted o nadie de su información de contacto puede ser contactado.

11. Autorización de Transporte: Yo por la presente autorizo a las personas enlistadas arriba para recoger a mi niño.

X _____ X _____
 Firma de Padre / Guardián Legal Fecha Firma de Padre / Guardián Legal Fecha

Si cualquiera de lo siguiente aplica, por favor, si lo desea, explíquelo con más detalle.

Nombre del Niño:

Primer Nombre

Apellido

1. ¿Ha habido cambios negativos en el empleo, en las condiciones de vida, o en los ingresos?

2. ¿Hay alguien viviendo en la casa con incapacidades y / o problemas de salud?

3. ¿Está el niño bajo el cuidado de padres de crianza o viviendo con alguien mas que no sean sus padres?

4. ¿Nació el niño con, o tiene problema de salud, alergias, incapacidades, o necesidades especiales?

5. Describa brevemente la crisis familiar de tal manera que nosotros podemos prepararnos mejor para el niño (una muerte, divorcio, separación, pérdida de trabajo, movimiento reciente, abuso de sustancias, encarcelamiento, abuso, salud mental, etc.) Utilice el otro lado del papel si necesita.
