



Solicitud de Matriculación y Lista de Espera de Head Start / Early Head Start

- Para procesar la solicitud, cada solicitante tiene que entregar los siguientes documentos:
 - Acta de Nacimiento del niño/a.
 - Copias de comprobantes de los ingresos en bruto anual de la familia: 1040's, W-2's por cada trabajo, documentación de ingresos de los últimos 12 meses, más reciente notificación de acción de CalWORKs/TANF Asistencia Monetaria.
 - Registro más reciente de las vacunas del niño/a.
- Llevé o envíe por correo la solicitud con las copias de los documentos enumerados en las secciones **A, B, C** al centro de Head Start más cercano o a la oficina administrativa localizada en: 221 E. Ventura Blvd, Oxnard, CA 93036. (805) 485-7878. Fax: (805) 604-4890. Para bajar una solicitud de Head Start/Early Head Start o para ver las direcciones de los centros de Head Start, visite la página de internet al www.cdrv.org

Early Head Start – Mujeres Embarazadas

Early Head Start – Bebés y Niños de 0-3 Años

Head Start – Niños de 3-5 Años

(Por favor indique en las cajas de arriba el programa por el que desea aplicar. Puede indicar todas las cajas si es aplicable)

Centro Preferido: Primera selección: _____ Segunda selección: _____

Opciones del Programa	Basado en el centro: parte del día (3 horas) Basado en el hogar (visita semanal)	Basado en el centro: mezclado/extendido (6 horas) Cuidado infantil familiar	Basado en el centro: día completo (8-10 horas)
------------------------------	--	---	---

ENUMERE TODOS LOS SOLICITANTES APLICANDO PARA SERVICIOS:			
Apellido	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha De Nacimiento

¿Mujer Embarazada? Si No Fecha de Parto: _____ Solo uno de los padres vive en hogar Los dos padres viven en el hogar

Enumere los adultos viviendo en el hogar y relacionados al niño/a aplicando al programa: padres, padrastros, padres temporales o guardianes legales del niño/a. Incluya a los adultos aplicando para servicios.						SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA DE HEAD START						
	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha De Nacimiento	Sexo	S T O P	Race	Education Level	Work Status	Preferred Language	Secondary Language	
Padre 1					M F							
Padre 2					M F							
Otro					M F							

Enumere los niños viviendo en el hogar y relacionados a los padres, padrastros, padres temporales o tutores legales. Incluya a los niños aplicando para servicios.						SOLAMENTE PARA EL USO DE LA OFICINA DE HEAD START					
	Apellido	Primer Nombre	Inicial	Fecha De Nacimiento	Sexo	S T O P	Race	How Related	Preferred Language	Secondary Language	
					M F						
					M F						
					M F						
					M F						
					M F						

Domicilio: _____ Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección de correspondencia (si es diferente a la del domicilio): _____

Padre 1 – Número de Teléfono: _____ del celular del hogar Dirección de correo electrónico: _____

Padre 2 – Número de Teléfono: _____ del celular del hogar Dirección de correo electrónico: _____

Iniciales del padre / tutor: _____ Doy permiso a CDR para comunicarse electrónicamente por mensaje de texto o correo electrónico.

Solicitud de Matriculación y Lista de Espera de Head Start / Early Head Start

POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS: INDIQUE SI OR NO PARA CADA UNA.			
1. ¿Es usted empleado/a o familiar de algún/a empleado/a de CDR? Por favor escriba el nombre de esa persona: _____	Si No	6. ¿Su hijo/a toma medicamentos o tiene alergias, intolerancias alimenticias o preferencias dietéticas especiales? Por favor explique: _____	Si No
2. ¿Tiene una orden de custodia para los niños/as solicitando servicios? Por favor adjunte los documentos de custodia.	Si No	7. ¿Tiene su niño/a alguna necesidad certificada de salud mental? Por favor adjunte copia de los documentos.	Si No
3. ¿Recibe la familia beneficios SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)? Por favor adjunte la carta.	Si No	8. ¿Tiene su niño/a alguna discapacidad certificada? Por favor adjunte copia de los documentos (IEP/IFSP).	Si No
4. ¿Recibe la familia CalWORKs/TANF (Asistencia Monetaria)? Por favor adjunte la notificación de acción.	Si No	9. ¿Tiene su niño/a alguna necesidad especial de servicios de salud? Por favor adjunte copia de la referencia/as.	Si No
5. ¿Está recibiendo servicios del Departamento de Niños y Servicios Familiares?	Si No	10. ¿Tiene alguna otra preocupación? Por favor explique: _____	Si No

SITUACION DE LA VIVIENDA DE LAS FAMILIA: (Por favor seleccione todas las opciones que apliquen) *	
Compartir vivienda con amigos o familiares porque no puede encontrar o pagar una vivienda solo	En un garaje, remolque o carro
Programa de Vivienda / Vivienda Transitoria - Nombre: _____	Motel/Hotel/Terreno de camping – Nombre: _____
Otros lugares no diseñados para dormir, pero usados por personas (explique):	

* NOTE TO STAFF: IF ANY MARKED ABOVE, COMPLETE PARTICIPANT RESIDENCY QUESTIONNAIRE

Ingreso en bruto de la familia, durante los últimos 12 meses: \$ _____ Número de adultos: _____ Número de niños: _____

Certificación: *Doy testimonio de que la información declarada en este documento es exacta y verdadera. Entiendo que si esta información es falsificada podría ser motivo para que mi hijo/a sea dado/a de baja del programa de Child Development Resources.*

Firma del padre o guardián legal: _____ Relación: _____ Fecha: _____

STOP - - - HEAD START / EARLY HEAD START OFFICE USE ONLY - - - STOP									
Family Type: Natural Foster Non-Parent Other				Other than Medi-Cal, indicate the type of health coverage you have below:					
TANF: Yes No		Medi-Cal Status: (Check One)		Please Check One: Other Private None		Name of Insurance: _____			
		Eligible Not Eligible Potentially		Policy Number: _____					
Medi-Cal # _____ Regular Emergency				Are you receiving childcare subsidy? Yes No					
At least one parent/guardian in active duty for US military? Yes No				WIC: Yes No		SSI: Yes No		SNAP: Yes No	
At least one parent/guardian a veteran of the US military? Yes No				Home Language: _____					
Central Office Notes:									

How Related	Primary Language Codes	
C = Biological/Adopted/Step F = Foster G = Grand Child N = Other Relative O = Other	EN = English SP = Spanish CH = Chinese JP = Japanese V = Vietnamese TG = Filipino (Tagalog) HI = Hindi KH = Khmer KO = Korean SL = Sign Language AR = Arabic FA = Farsi PR = Persian PN = Punjabi PS = Pashto UR = Urdu OT = Other (Specify)	
Education Level Codes – Last Grade Completed	Employment (Work) Status Codes	Race Codes
G9 = 0-9 th Grade G10 = 10 th Grade G11 = 11 th Grade G12 = 12 th Grade GED = General Education Diploma HSG = High School COL = Some College A = Associate B = Bachelor M = Master	F = Full Time P = Part Time U = Unemployed S = Seasonal B = Full Time Work/Training L = Part Time Work/Training T = Training and/or School R = Retired/Disabled	A = Asian B = Black H = Hispanic W = White NA = Native American PI = Pacific Islander O = Other (Specify)

Staff Signature: _____ Date: _____