


Fecha: _____  PID ID: _____		<b>Solicitar</b> <input type="checkbox"/> Early Head Start <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Learn <input type="checkbox"/> UPK <b>Ubicación:</b> <input type="checkbox"/> Manny Cantor Center <input type="checkbox"/> Lillian Wald <input type="checkbox"/> PS 64 <input type="checkbox"/> PS 142 <input type="checkbox"/> Home-based <input type="checkbox"/> PS 134 <input type="checkbox"/> PS 188 <input type="checkbox"/> Asiento Disponible
-----------------------------------	--	--

### Opciones del Programa de Educación Familiar por Pathways

( En Ed Alliance, queremos que todos los padres participen en uno o más de los siguientes programas. Las experiencias de aprendizaje familiar con todo incluido se agrupan en caminos de interés. Ordene por orden de interés 1- 3, con 1 como el más interesado)

- Aprendizaje Familiar ( Educación para padres, Grupos de Apoyo para padres, Participación de padres / y hombres )**  
 **Acceso a la universidad y éxito profesional (ESOL, HSE / GED, búsqueda de empleo, orientación profesional, asesoramiento financiero)**  
 **Tutorías entre iguales y el liderazgo (representante de aula, padres líderes, participación de la escuela)**

Apellido del Niño	Primer Nombre del Niño	Fecha De Nacimiento del Niño	Género
<b>1. Padres / Guardián</b> Nombre: _____ Apellido: _____ Direccion: _____ Apt #: _____ Código Postal: _____ Relacion al niño :	<b>2. Padres / Guardián</b> Nombre : _____ Apellido : _____ Dirección : _____ Apt # _____ Código Postal : _____ Relacion al niño :	<b>Idiomas hablados</b> 1) _____ 2) _____ <b>¿Cómo se enteró acerca de nuestro programa?</b> <input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Volantes <input type="checkbox"/> Otro	
<b>Enformación del contacto</b> Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ Email : _____	<b>Enformación del contacto</b> Casa: _____ Celular: _____ Trabajo: _____ Email: _____	<b>¿Hay alguien en su hogar embarazada?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <b>Fecha de vencimiento:</b> <b>Nombre (si no eres tú mismo):</b> <b>Relación:</b>	

<b>Carrera (marque todas las que apliquen)</b> <i>C= Child, P/G1= Parent/Guardian 1, P/G2= Parent/Guardian 2</i> <input type="checkbox"/> <b>Asiático</b> (Lejano Oriente, sudeste asiático, subcontinente indio) C   P/G1   P/G2 <input type="checkbox"/> <b>Indio Americano / Nativo de Alaska</b> C   P/G1   P/G2 <input type="checkbox"/> <b>Negro (afroamericano / de un grupo racial negro)</b> C   P/G1   P/G2 <input type="checkbox"/> <b>Nativo de Hawaii / Islas del Pacífico</b> C   P/G1   P/G2 <input type="checkbox"/> <b>Blanco (Europa, Medio Oriente, África del Norte)</b> C   P/G1   P/G2 <input type="checkbox"/> <b>Otro (raza no incluida)</b> C   P/G1   P/G2 <input type="checkbox"/> <b>Sin especificar / Desconocido</b> C   P/G1   P/G2	<b>Etnicidad:</b> <input type="checkbox"/> <b>Origen hispano / latino</b> C, P/G1, P/G2 <input type="checkbox"/> <b>Origen hispano / latino</b> C, P/G1, P/G2
--	---

MIEMBROS DEL HOGAR (que no sean el solicitante o los padres / tutores legales)						
	Nombre:	Fecha De Nacimiento	Género	Idiomas hablados	Relación al Niño	Financialmente apoyado (v)
1						
2						
3						
4						

¿Ha participado su hijo en algún otro entorno de cuidado infantil temprano?  Si  No  
**Tipo de programa :**  Guarderia Familiar  Preescolar  Grupo de Juegos  Privado  Otro

**Su hijo tiene un hermano actualmente inscrito en cualquiera de nuestros Programas de Educational Alliance?**  
 SI  No Si es así, nombre del hermano y nombre del programa:

**¿Tiene su hijo seguro de salud?**  Si  No Si es así, ¿de qué tipo?

Si es así, ¿de qué tipo?  Si  No

El Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento:	PID:
<b>Situación Especial o Necesidades que Nuestro Programa debe tener en cuenta</b>		
1. ¿Tiene su hijo alguna condición / alergia médica diagnosticada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿de qué tipo?		
2. ¿Recibe su hijo tratamiento para las condiciones médicas / alergias? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿de qué tipo?		
3. ¿Tiene su hijo alguna necesidad física especial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por favor explique:		
4. ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo o comportamiento de su hijo? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Algunas Veces <input type="checkbox"/> Frecuentemente Si es así, por favor explique:		
5. ¿Alguna vez su hijo ha sido examinado por alguna inquietud relacionada con el desarrollo infantil (incluido el habla y el lenguaje)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por favor explique:		
<b>Si respondió Sí a cualquier pregunta anterior, complete las preguntas 6 a 9. Necesitamos información detallada para servir mejor a su hijo.</b>		
6. ¿Está su hijo actualmente en el proceso de evaluación de necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
7. ¿Le han diagnosticado a su hijo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
8. ¿Le han dado un IFSP o IEP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Actualmente tiene un IFSP o IEP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (En caso afirmativo, envíenos una copia)		
9. ¿Qué servicios está recibiendo su hijo? (por favor marque todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> ST <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> SEIT ¿Su hijo ha sido recomendado para otros servicios?? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es así, por favor explique:		
<b>Criterios de selección: indique si alguna de las siguientes categorías se aplica a su familia. Marque todo lo que corresponda. Esta información es CONFIDENCIAL.</b>		
<input type="checkbox"/> Caso de ACS activo <input type="checkbox"/> Padre adolescente (21 o menos) <input type="checkbox"/> Paciente con discapacidad diagnosticada <input type="checkbox"/> El inglés es un segundo idioma <input type="checkbox"/> Foster Child <input type="checkbox"/> Necesidades de vivienda (personas sin hogar / refugio) <input type="checkbox"/> Necesidades de vivienda (inseguro / superpoblado) (# de personas _____ / # de habitaciones _____) <input type="checkbox"/> Los padres son inmigrantes en los últimos 3 años <input type="checkbox"/> Padre / Hijo en Consejería <input type="checkbox"/> Un padre encarcelado / recientemente dado de alta w / i los últimos 3 años <input type="checkbox"/> Ambos padres encarcelados / recientemente dados de alta con los últimos 3 años	<input type="checkbox"/> Padre en la escuela / Entrenamiento / Empleado <input type="checkbox"/> Recepción de Servicios Preventivos (Servicios Obligatorios de la Corte / ACS, Servicios de Preservación Familiar, Servicios Preventivos de ACS) <input type="checkbox"/> Padre inscrito en Job Center <input type="checkbox"/> Hermanos inscritos en el programa EC & E en el próximo año escolar Programa / Sitio: _____ <input type="checkbox"/> Un hogar de padres <input type="checkbox"/> Desempleo familiar monoparental <input type="checkbox"/> Desempleo familiar de dos padres <input type="checkbox"/> Un padre desempleado <input type="checkbox"/> Ambos padres desempleados Referido de Agencia externa: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>¿Hay algo más que le gustaría que sepamos sobre su hijo / familia en este momento?</b>		
<hr/> <hr/>		
<b>RENUNCIA</b>		
<p>Al enviar esta solicitud, confirmo que toda la información proporcionada es verdadera y precisa en este momento. Entiendo que cualquier inexactitud, omisión o declaración de hechos que se encuentren posteriormente ser falso puede perjudicar o perder una oferta de admisión al programa</p>		
Padres / Guardián Firma _____		Fecha: _____
Asistencia del personal con la aplicación: _____		Fecha: _____
Solicitud del personal recibido: _____		Fecha: _____

