

## Solicitud de Lista de Espera de Head Start / Early Head Start

- Para procesar la solicitud, cada solicitante tiene que entregar los siguientes documentos, **por favor de no usar blanqueador:**  
**A)** Acta de Nacimiento del niño/a. **B)** 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. **C)** 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](http://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: \_\_\_\_\_

<b>Opciones del Programa</b>	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: \_\_\_\_\_

## Solicitud de Lista de Espera de Head Start / Early Head Start

<b>POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS: INDIQUE SI OR NO PARA CADA UNA.</b>			
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) and/or CalFresh/SNAP? 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

<b>SITUACION DE LA VIVIENDA DE LAS FAMILIA: (Por favor seleccione todas las opciones que apliquen) *</b>	
Compartir vivienda porque perdio la vivienda o debido a dificultades financieras.	
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):	
Ninguno de los anteriores aplica	

**\* 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: \_\_\_\_\_  
 Iniciales del padre/ tutor: \_\_\_\_\_ Doy permiso a CDR para comunicarse electronicamente por mensaje de texto o correo electronico.  
**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:** \_\_\_\_\_

<b>STOP - - - HEAD START / EARLY HEAD START OFFICE USE ONLY - - - STOP</b>									
<b>At least one parent/guardian in active duty for US military?</b>	Yes	No	<b>WIC:</b>	Yes	No	<b>SSI:</b>	Yes	No	
<b>At least one parent/guardian a veteran of the US military?</b>	Yes	No	<b>TANF:</b>	Yes	No	<b>SNAP:</b>	Yes	No	
<b>Family Type:</b>	Natural	Foster	Non-Parent	Other	<b>Home Language:</b>				
<b>Central Office Notes:</b>									

<p style="text-align: center;"><b>How Related</b></p> <p>C = Biological/Adopted/Step    F = Foster                      G = Grand Child    N = Other Relative                      O = Other</p>	<p style="text-align: center;"><b>Primary Language Codes</b></p> <p>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)</p>
<p style="text-align: center;"><b>Education Level Codes – Last Grade Completed</b></p> <p>G9 = 0-9<sup>th</sup> Grade    G10 = 10<sup>th</sup> Grade    G11 = 11<sup>th</sup> Grade                      G12 = 12<sup>th</sup> Grade    GED = General Education Diploma                      HSG = High School    COL = Some College    A = Associate                      B = Bachelor    M = Master</p>	<p style="text-align: center;"><b>Employment (Work) Status Codes</b></p> <p>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</p>
<p style="text-align: center;"><b>Race Codes</b></p> <p>A = Asian    B = Black    H = Hispanic    W = White                      NA = Native American    PI = Pacific Islander                      O = Other (Specify)</p>	

**Staff Signature:** \_\_\_\_\_ **Date:** \_\_\_\_\_