



NCO Head Start
Child Development Program

Central Office:
550 N. State St, Ukiah CA 95482
(707) 462-2582 or 1 (800) 326-3122
Fax (707) 462-4792

Solicitud Prenatal

Nombre del Solicitante		Fecha de Nacimiento del Solicitante		Idioma primario	
Grado de educación que se completo		Situación actual de empleo:			
Dirección de correo electrónico (obligatorio)					
Raza del Solicitante: <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Bi/Multi-racial <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático					
¿Tiene usted o su niño un caso abierto con el programa de Servicios Sociales? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					
Nombre y número del Trabajador del Caso _____ () _____					
LE DAMOS LA BIENVENIDA A FAMILIAS CON NECESIDADES ESPECIALES					
Estatus de Discapacidad del Solicitante: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Diagnosticado(a) <input type="checkbox"/> Sospecha por un Profesional					
Por favor explique: _____					
Nombre del Esposo/Compañero - <i>Vive en el hogar</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Grado de educación que se completo		Situación actual de empleo:			
Dirección de correo electrónico (obligatorio)					
Raza del esposo/compañero: <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Bi/Múltiple racial <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático					
Domicilio			Ciudad		Código Postal
Dirección de Correo (si es diferente al de arriba)					
Números de Teléfono:	# de Casa ()	# de Celular <input type="checkbox"/> optar por mensajes ()	# de Trabajo ()	# de Mensaje ()	
¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted? <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> correo postal					
Idioma preferido al hablar: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas Otro: _____					
Idioma preferido al escribir: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otro: _____					

¿Recibe? <input type="checkbox"/> Ayuda Monetaria- <i>por favor envíe comprobante</i> <input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social- <i>por favor envíe comprobante</i> <input type="checkbox"/> Estampillas de comida <input type="checkbox"/> WIC					
Necesitamos verificación de embarazo. (Comprobante de embarazo de un doctor, clínica o partera). Favor de llamar a la Coordinadora de Inscripción a la Oficina Central si no puede proporcionar esta verificación. Fecha esperada de parto ____ / ____ / ____ <small style="margin-left: 100px;">Mes</small> <small style="margin-left: 100px;">Día</small> <small style="margin-left: 100px;">Año</small>					
¿Es el solicitante familiar de alguien que trabaja para el Programa del Desarrollo Infantil de Head Start NCO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si su respuesta es sí: _____ (Nombre) _____ (Relación)					
Anote otros niños que viven en su hogar que tienen parentesco con los padres de sangre, matrimonio o adopción:					
	Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento	Sexo	Parentesco con el niño (solicitante)	
1.			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
2.			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
3.			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
4.			<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		
¿Algunos de los niños mencionados arriba están actualmente inscritos en Head Start o Early Head Start? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>					

DE VUELTA A LA HOJA ⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨

Ponga un Marca (✓) en la caja si alguna o todas las situaciones aplican a su familia actualmente:

¿Vive su familia en alguna de estas situaciones?

- Temporalmente** viviendo con amigos o familiares
- Viviendo en un refugio.
- Viviendo en un hotel o motel.
- Viviendo en carros, estacionamientos, zonas de campamento, espacios públicos, edificios abandonados o vivienda inestable.
- Otro (por favor explique): _____
- Usted y/o su esposo/compañero esta(n) encarcelados.
- Usted y/o su esposo/compañero esta(n) en un programa de adicción de drogas o alcohol.
- Usted y/o su esposo tiene(n) una discapacidad, está gravemente enfermo(a) o tiene un embarazo de alto riesgo.
- Referencia formal escrita por otra agencia. Envíe copia:
Nombre: _____

- Actualmente asisten a un Programa de ESL, de Literatura, Escuela o Entrenamiento para trabajo
- Padre(s) Adolescentes
- Los padres tenían 17 años o eran menores de edad cuando tuvieron a su primer hijo.
- ¿Está inscrita(o) en el Programa de Servicios para adolescentes embarazadas, padres adolescentes estudiando y sus niños mejor conocido como (CAL-SAFE)?
 Si No
- Considera que este es un embarazo de alto riesgo y/o no tiene transportación para citas médicas
- Perdida en la familia debido a una reciente:
 separación divorcio muerte
- Cambio en la estructura familiar debido a una reciente:
 unión de dos familias nacimiento de un bebe
 mandado a servicios militares adopción

¿Está recibiendo servicios especializados de otras agencias? Si No

Nombre de las agencias: _____

HSCDP no discrimina en base al género, orientación sexual, identificación de grupo étnico, raza, ancestros, origen de nacionalidad, religión, color, discapacidad mental o física o estatus migratorio para determinar cuáles niños participan en el programa.

Certifico que esta información es verdadera. Si falsifico la información, mi participación en los programas de esta agencia puede darse por terminados y puedo ser atenido a una acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será sostenida en estricta confidencia dentro de la agencia y es accesible a mí durante las horas de oficina. Esta información no será compartida sin mi consentimiento por escrito

Firma del Solicitante: _____

Fecha: _____