

**NORTHEAST SOUTH DAKOTA HEAD START PROGRAM, INC.**  
**200 S Harrison Street #1, Aberdeen, SD 57401 (605-229-4506)**  
**SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO Y LA FAMILIA 2015-16**

**Participante 1**

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre			
Fecha de nacimiento <b>(Requerido)</b>		Género: Femenino_____ Masculino_____					
Raza <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca	(tache todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	Habilidad para hablar el inglés <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Hábil			<input type="checkbox"/> Principal	
		Nacionalidad	Otro idioma que habla _____ <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Hábil			<input type="checkbox"/> Principal	

Elegible para Medicaid: Sí\_\_\_ No\_\_\_ Cobertura de Seguro Médico Particular: Sí\_\_\_ No\_\_\_ Seguro Dental: Sí\_\_\_ No\_\_\_

Ponga una marca si a su hijo se le ha diagnosticado de una: Deshabilidad: \_\_\_ Alergia alimentaria \_\_\_

**Participante 2**

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre			
Fecha de nacimiento <b>(Requerido)</b>		Género: Femenino_____ Masculino_____					
Raza <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Blanca	(tache todos los que apliquen) <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro	Etnicidad: <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	Habilidad para hablar el inglés <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Hábil			<input type="checkbox"/> Principal	
		Nacionalidad	Otro idioma que habla _____ <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Hábil			<input type="checkbox"/> Principal	

Elegible para Medicaid: Sí\_\_\_ No\_\_\_ Cobertura de Seguro Médico Particular: Sí\_\_\_ No\_\_\_ Seguro Dental: Sí\_\_\_ No\_\_\_

Ponga una marca si a su hijo se le ha diagnosticado de una: Deshabilidad: \_\_\_ Alergia alimentaria \_\_\_

**Adulto Principal**

Apellido		Primer Nombre		Inicial del segundo nombre			
Fecha de nacimiento <b>(Requerido)</b>		Género: Femenino_____ Masculino_____					
Último grado que completó	Estado de empleo <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Provee apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padre adolescente <input type="checkbox"/> Subvencionado					
		Dirección de correo electrónico					
Relación con adulto primario		<input type="checkbox"/> Custodia		Habilidad para hablar el inglés : <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Hábil			
Notas:				Otro idioma que habla _____ <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Hábil			

**Adulto Secundario**

Apellido		Primer Nombre		Inicial del segundo nombre			
Fecha de nacimiento <b>(Requerido)</b>		Género: Femenino_____ Masculino_____					
Último grado que completó	Estado de empleo <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Provee apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padre adolescente <input type="checkbox"/> Subvencionado					
		Dirección de correo electrónico					
Relación con adulto secundario		<input type="checkbox"/> Custodia		Habilidad para hablar el inglés : <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Hábil			
Notas:				Otro idioma que habla _____ <input type="checkbox"/> Poca <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Hábil			

**Otros miembros de la familia**

Adulto/Niño	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Género

Notas

**1. Códigos del estado de empleo:** F- tiempo completo, P- entrenamiento para medio tiempo, R- pensionado o deshabilitado, T- entrenamiento o escuela, B - tiempo completo y entrenamiento, I - medio tiempo y entrenamiento, S - empleo temporal, U - desempleado

Información General									
Domicilio			Ciudad	Estado	Código postal	Condado			
<b>Direcciones para llegar a la casa si se encuentra en un lugar rural:</b>									
Dirección Postal (si es otra)			Ciudad	Estado	Código postal				
Números telefónicos			Principal	Secundario	Notas				
Casa-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Celular-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Celular-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Trabajo-			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lugar de empleo:				
Núm. de personas: en la casa _____ en la familia _____ Cantidad total de niños _____ Cuántos de 0-3 años _____ Cuántos de 4-5 años _____									
Estado de los padres		Familia Militar		Idioma principal en casa		<b>Nombre del Centro/Unido Central para el cual se solicita la inscripción:</b>			
<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Información de guardería									
Nombre del servicio de guardería:									
Dirección:					Número telefónico:				
Contactos para emergencias (aparte de los padres)									
Contacto 1	Nombre			Relación con el niño		<input type="checkbox"/> Contacto para emergencias <input type="checkbox"/> Se puede llevar el niño			
	Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal			
	Teléfono 1		Tipo / Notas	Teléfono 2		Tipo / Notas	Teléfono 3		Tipo / Notas
Contacto 2	Nombre			Relación con el niño		<input type="checkbox"/> Contacto para emergencias <input type="checkbox"/> Se puede llevar el niño			
	Dirección			Ciudad	Estado	Código Postal			
	Teléfono 1		Tipo / Notas	Teléfono 2		Tipo / Notas	Teléfono 3		Tipo / Notas
Doctor/Dentista									
Nombre del Doctor/ la Oficina			Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	
Nombre del Doctor/ la Oficina			Dirección		Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	
Información de la familia									
TANF		SNAP		<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Guardería subvencionada <input type="checkbox"/> Hijo de crianza <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Referido por Child Welfare					
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							
Miembro de la familia	Fecha	Fuente de ingresos	Cantidad	Por	Cantidad anual	Tipo <sup>1</sup>	Desc. <sup>2</sup>	Verif. <sup>3</sup>	
<b>1. Códigos de tipo</b> ERN—se ganó SUB—se subvencionó			<b>2. Códigos de Descripción</b> PEN—Pensión SSI—SSI SS—Seguro Social			<b>3. Códigos de Verificación</b> CS—talón de cheque W2—W-2 EL—carta del empleador TAN—TANF TAX-1040 formulario de impuestos CPA — carta del contador			
Notas de ingresos ( <b>Si no hay ingresos, favor de explicar cómo está satisfaciendo las necesidades básicas.</b> )									

El NESD Head Start Program, Inc. no discrimina sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, ni deshabilitad al permitir entrar o tener acceso a sus programas y actividades o al tratar el empleo en ellos. El Section 504 Coordinator (Coordinador de Sección 504) es el Human Resource/Technology Manager (Encargado de Recursos Humanos y la Tecnología).

Firma del Padre/Guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del Personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_