

For Staff Use Only
Child ID #:

Okanogan County Child Development Association

Estoy interesado en los siguientes programas de OCCDA (seleccione todas las que correspondan):

Edades Prenatal/Nacimiento a 3 años: Rural Home Visiting Early Head Start **Años 3-5:** Head Start ECEAP

Aplicación PRENATAL

Información prenatal para Early Head Start o Rural Home Visiting Solamente (*completar esta sección y la página 2 de esta solicitud si esta embarazada ó aplicando para Early Head Start ó el programa de Rural Home Visiting*):

Nombre de la Madre:	Fecha del parto:	Fecha de Nacimiento	Embarazo de Alto Riesgo?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Aplicación del Niño

Primer Nombre	Apellido	Apodo	Fecha de Nacimiento	Sexo
				<input type="checkbox"/> Varon <input type="checkbox"/> Embra

¿Estuvo su niño matriculado en el programa de Early Head Start, Rural Home Visiting, Head Start or ECEAP el año pasado?
 Si No Si es Si, por favor marque cual programa: RHV EHS HS ECEAP

¿Esta su hijo matriculado en otro programa de Early Childhood?
 Si No Si es Si, cual programa? _____

¿Qué idioma(s) habla su niño?	Niño/a es Hispano o Origen Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--------------------------------------	--

Race: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Biracial/Multiracial <input type="checkbox"/> No Especificado <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Cree que su hijo tiene una discapacidad/retraso en el desarrollo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene su hijo una de las siguientes : <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> Discapacidad Diagnosticada Proveedor/Distrito Escolar: _____
---	---

¿Tiene su hijo seguro Médico ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Si, nombre de plan de seguro: _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Apple Health/Provider One <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Tiene su hijo un Doctor Regular ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Si, nombre del Doctor/Clinica: _____	¿Tiene su hijo seguro Dental ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Si, Nombre de plan de seguro: _____ ¿Tiene su hijo un Dentista Regular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Asi, Nombre del Dentista/Clinica: _____
--	---

¿Su hijo toma medicamentos para enfermedad mortal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Si, Cual es la condicion: _____	¿Tiene usted una preocupacion por su hijo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Si, porfavor marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Salud Física <input type="checkbox"/> Ex niño de crianza <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer (5.5lbs o menos) <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Dificultades Aprendiendo <input type="checkbox"/> Abuso/Negligencia <input type="checkbox"/> Nutrición /Alimentación <input type="checkbox"/> condición de enfermedad mortal (Asma, Diabetes, Convulsiones, etc.) <input type="checkbox"/> Expulsado de otro programa debido a su comportamiento
---	--

Actualmente en el cuidado de niños : Nombre de Proveedor: _____ Direccion: _____ Telefono: _____	¿Su familia recibe un subsidio de cuidado de niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Si, por favor proporcione: Subsidio #: _____
--	---

Niño es: Biológico/Adoptado/Hijastro Hijo Adoptivo Cuidado Relativo Nieto Otro: _____

¿Es por lo menos uno de los padres/tutores miembro activo de servir en el ejército? Si No

Aplicación PRENATAL/ NIÑO (segunda pagina)

¿Cómo se enteró de los servicios de Early Head Start, Head Start, ECEAP, or Rural Home Visiting?

Volantes Sitio Web derivación Agencia Amiga/Familiar Escuela Otro: _____

¿Esta usted y su familia quedandose en un carro, parque, lugar para campar, hotel, refugio de emergencia o vivienda transicional?

Si No

¿Está viviendo usted y su familia con otra familia debido a una crisis económica a pérdida de vivienda?

Si No

No, pero hemos estado sin vivienda durante los últimos 12 meses.

PADRE/TUTOR

PADRE/TUTOR

Relacion con el niño: Madre Padre Otro

Nombre: _____

Dirección Física:

Dirección Electrónica:

Teléfono (Celular/Casa):

Teléfono de Trabajo/Mensaje:

Fecha de Nacimiento:

Idioma(s) que habla:

Relacion con el niño: Madre Padre Otro

Nombre: _____

Dirección Física:

Dirección Electrónica:

Teléfono (Celular/Casa):

Teléfono de Trabajo/Mensaje:

Fecha de Nacimiento:

Idioma(s) que habla:

¿Necesita un intérprete para tener acceso al servicio?

Si No

¿Necesita un intérprete para tener acceso al servicio?

Si No

Nivel de Educación (marque el grado más alto que completó):

Grado 6 o menos Grado 10 GED
 Grado 7 Grado 11 un poco de unvd
 Grado 8 Grado 12 entren. técnico
 Grado 9 HS Diploma AA BA

Nivel de Educación (marque el grado más alto que completó):

Grado 6 o menos Grado 10 GED
 Grado 7 Grado 11 un poco de unvd
 Grado 8 Grado 12 entren. técnico
 Grad 9 HS Diploma AA BA

¿Esta en la escuela actualmente? Si No

Si es Si: Medio Tiempo Tiempo Completo

Escuela: _____

¿Esta en la escuela actualmente? Si No

Si es Si: Medio Tiempo Tiempo Completo

Escuela: _____

¿Esta usted trabajando? Si No

Trabajando tiempo Completo (30 horas ó más cada semana)
 Trabajando medio tiempo (menos de 30 horas cada semana)

Nombre del Empleador: _____

Trabajador de Temporada Migrante Desempleado

Discapacitado Jubilado

¿Esta usted trabajando? Si No

Trabajando tiempo Completo (30 horas ó más cada semana)
 Trabajando medio tiempo (menos de 30 horas cada semana)

Nombre del Empleador: _____

Trabajador de Temporada Migrante Desempleado

Discapacitado Jubilado

¿Tiene alguna preocupación por usted y/o miembros de su familia? Si No

Si es Si, por favor de marcar todo lo que aplique:

Vivienda Discapacidad/no poder trabajar Violencia Intrafamiliar
 Necesidades Básicas (comida o Vivienda) Asuntos Legales Problemas de Salud Trabajo/Empleo Problemas de Droga/Alcohol Dificultades Aprendiendo Inmigración Padres Encarcelados Padre Adolescente(<21año) Salud Mental/Enfermedad/Depresión Posparto
 Involucramiento de CPS (actual/o en el pasado) poco o no apoyo de familia o amigos

Número de personas en la familia: _____ edades de los otros niños en la casa: _____

¿Está recibiendo una subvención de TANF? Si No Previamente Si es Si, DSHS #: _____

¿Está recibiendo SNAP? Si No ¿Alguien en el hogar fuma? Si No

¿Está recibiendo WIC? Ahora Pasado No

¿Alguien de su familia esta recibiendo beneficios de incapacidad de SSI? Si No Si es Si, quien? _____

Yo he contestado verdaderamente a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que la información proveído que he proporcionado es confidencial y no estará compartido sin mi permiso. Si appliqué, yo doy permiso a OCCDA para comunicarse con DSHS y para que DSHS de la cantidad de beneficios de TANF que recibo. Tambien, autorizo a OCCDA de verificar las vacunas de mis niño/a con el sistema de Washington State Child Profile.

Fecha: _____ Firma de Padre/Tutor : _____

OCCDA no discrimina basándose en raza, credo, religión, estado social, orientación sexual, origen nacional. Sexo, edad, o discapacidad mental/ sensorial/ física.