

Early Head Start

FORMULARIO de MATRICULACIÓN

Preferencia : Servicio en el hogar Servicio en el centro (OV o WL)

Nombre del Niño o <input type="checkbox"/> Madre Embarazada (Como aparece en el acta de nacimiento) Primer Nombre: _____ Apellido: _____	Fecha de Nac. / /	Códigos de Raza/Etnia (Códigos son iguales al reportaje de Michigan SRSD) <input type="checkbox"/> Nativo Americano o de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/ Americano Africano <input type="checkbox"/> Hispano/ Latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái /Islaño Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco	Pariente de: Marque todo lo que aplique <input type="checkbox"/> Adulto Primario <input type="checkbox"/> Adulto Secundario	Parentesco <input type="checkbox"/> Hijo(a) Natural <input type="checkbox"/> Sobrino(a) <input type="checkbox"/> Nieto(a) <input type="checkbox"/> Hijo(a) Adoptivo Otro _____	Primer Lenguaje <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otro _____	Segundo Lenguaje <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otro _____
	Sexo M F					

¿Tiene el niño una discapacidad o una necesidad especial? IEP para: _____ <input type="checkbox"/> tiene IEP actual <input type="checkbox"/> IEP en proceso	No Se sospecha Si	¿Fue referido al programa el niño? Programa: _____ Persona: _____	Si No (Si así es, ¿por quién y por qué?)
		¿Por qué? _____	

INFORMACIÓN de la FAMILIA

Adulto Primario <input type="checkbox"/> Padre /representante <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro Nombre _____ Apellido _____ Si es otro, especifique _____			¿Recibe su familia WIC? Si No Si así es, su número de WIC es #: _____ ¿Cuándo fue su última visita a WIC? _____			Mi familia: <input type="checkbox"/> Duerme en diferentes lugares durante la semana o el mes. <input type="checkbox"/> Vive en la casa de otra persona debido a la pérdida de nuestra casa o dificultades económicas. <input type="checkbox"/> Vive en un hotel o en un parque de campamento. <input type="checkbox"/> Vive en un refugio transicional o de emergencia. <input type="checkbox"/> Está esperando poner al niño(a) en cuidado adoptivo. <input type="checkbox"/> Vive en carros, parques, áreas públicas, edificios abandonados, en estaciones de autobús o de tren, o en algún lugar parecido.				
Dirección de Envío		Ciudad	Estado MI	Código Postal	Condado					
Dirección de Residencia		Ciudad	Estado MI	Código Postal	Condado					
Número telefónico de la casa () _____	Número Telefónico del trabajo () _____	Número Telefónico de Mensajes () _____	Celular #1 () _____	Celular #2 () _____						
Primer Lenguaje Español Inglés Otra _____		Segundo Lenguaje Español Inglés Otra _____		Sexo M F	Educación (véase los códigos abajo)	Empleo (Véase los códigos abajo)	¿Vive este individuo con la familia? Si No		¿Provee este individuo apoyo financiero para la familia? Si No	

Códigos para el Nivel de Educación LTH= Menos de la escuela secundaria HSG/GED = Bachiller	SC = Un poco de Colegio CD = Graduado de Colegio	Códigos para el Estado de Empleo (apunte todos los códigos que apliquen)	F = Tiempo completo P = Medio Tiempo	T = Asiste Colegio/ Instrucción R = Jubilado/Discapacitado	U = Desempleado S = Trabaja por temporada
--	---	---	---	---	--

Adulto Secundario <input type="checkbox"/> Padre / representante <input type="checkbox"/> Padre Adoptivo <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Otro Nombre _____ Apellido _____ Si es otro especifique _____			Primer Lenguaje <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otra _____	Segundo Lenguaje <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español Otra _____	Sexo M F	Educación (véase códigos arriba)	Empleo (véase códigos arriba)	¿Vive esta persona con la familia? Si No	¿Provee esta persona apoyo financiero para la familia? Si No
---	--	--	--	---	-----------------------	-------------------------------------	----------------------------------	---	---

Ponga por escrito los nombres de todos los niños y de otros miembros de la familia que viven en la casa apoyada por el salario de los padres del niño. Todos los apuntados deben ser parientes de los padres o tutores legales por sangre, matrimonio, o adopción. Si alguno de los que están en la lista tiene sus propios ingresos, marque el cuadro en frente de su nombre.

NOMBRE	EDAD	PARENTEZCO	NOMBRE	EDAD	PARENTEZCO	NOMBRE	EDAD	PARENTEZCO
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____	<input type="checkbox"/> _____	_____	_____

PERMISO DEL PADRE o REPRESENTANTE

Doy permiso para que participe mi hijo en el Programa de Familia y Educación Temprana de Niñez (Early Head Start) de Muskegon/Oceana y para:

SI NO

_____ que mi niño reciba todas las evaluaciones de salud física, mental, dental, del desarrollo, evaluaciones educativas y pruebas que se den en el Departamento de salud y otros servicios que sean necesarios para poder participar en el programa.

_____ utilizar fotografías de mi niño en artículos de noticias de la escuela o para propósitos de publicidad.

_____ intercambiar toda información que esté disponible sobre mi niño con las escuelas públicas y las agencias de la comunidad según sea necesario para poder participar en el programa.

Firma del Padre o Tutor Legal _____

Fecha _____

Evaluación de factores de riesgo (marque todos los que apliquen a usted o a su hijo.)

✓	FACTOR DE RIESGO	DEFINICION
	1. Los ingresos de la familia extremadamente bajos	Los ingresos de la familia extremadamente bajos son 200% bajo el nivel federal de pobreza (FPL).
	2. Los ingresos bajos de la familia*	Los ingresos bajos de la familia son entre 200% y 300% del nivel federal de pobreza (FPL).
	3. La discapacidad diagnosticada o el retraso de desarrollo identificado	El niño califica para educación especial; o su progreso de desarrollo es menos de lo normal por su edad, o tiene problemas de salud crónicas que le causan problemas de desarrollo o aprendizaje.
	4. El comportamiento del niño es difícil o severo.	El niño ha sido expulsado del pre-escolar o de un centro del cuidado de niños.
	5. El principal lenguaje que se habla en el hogar no es inglés.	No se habla el inglés en el hogar del niño; el inglés no es el primer lenguaje del niño.
	6. Los padres han recibido poca educación.	Los padres no se han graduado de la secundaria o no saben leer.
	7. El abuso/ descuido del niño o del padre.	El abuso sexual o físico, en el hogar del niño o padre; descuido del niño.
	8. Riesgos ambientales.	La pérdida de un padre por causa de la muerte, el divorcio, el encarcelamiento, el servicio militar, o la ausencia; problemas entre hermanos; padre adolescente (no ha llegado a los 20 años de edad cuando nace el primer hijo); la familia no tiene donde vivir o no tiene una residencia estable; vive en un vecindario de alto arriesgo (área de alta pobreza, alto crimen, con poco acceso a servicios de comunidad importantes); o está expuesto a sustancias tóxicas que son conocidas por causar retrasos en el aprendizaje o el desarrollo.

*Este factor de riesgo tiene que ser marcado en conjunto con otro factor, aun si han tomado la prueba normalizada.

Nombre de la Madre Embarazada: _____

Información del embarazo			
¿Cuál es su fecha esperada de para dar a luz?		Medico/Clinica	
¿Quién le da tratamiento en la etapa prenatal?		Nombre	
Nombre		Dirección	
Dirección		Ciudad	
Ciudad		Tel. de oficina #:	
Tel. de oficina#:		Dentista/Clinica	
Hospital Preferido:		Nombre	
Seguro medico:		Dirección	
		Ciudad	
		Tel. de oficina #:	

Que yo sepa, la información escrita arriba es correcta:

Firma de padre/ tutor legal o madre embarazada

Fecha

Solamente para uso de la oficina	
Comentarios adicionales que apoyan la calificación del candidato:	
Firma de personal:	Nombre del miembro del personal:
Agencia/Distrito:	Número telefónico del personal #: