



Solicitud de Inscripción de Head Start

Family Services of Westchester, Inc. opera Early Head Start/Head Start, un programa que brinda una experiencia educativa gratuita y de alta calidad para bebés, niños pequeños y niños en edad preescolar. Los criterios de elegibilidad se aplican para garantizar que los más necesitados reciban estos servicios.

Complete la solicitud de manera completa y precisa. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial. Se utilizará para determinar si su familia es elegible para Head Start y para priorizar su solicitud. Si necesita ayuda para completar la solicitud, puede comunicarse con _____ al _____.

Las solicitudes se procesarán cuando se proporcionen todos los documentos requeridos junto con la solicitud completa.

Documentos requeridos:

- Certificado de Nacimiento Certificado:** Certificado de nacimiento o registros de bautismo, pasaporte, registro de vacunación, carta del proveedor médico en papel membretado de la oficina y documentación del seguro médico.
- Dos comprobantes de residencia:** Los documentos aceptables incluyen licencia de conducir, identificación emitida por el estado, factura de servicios públicos, contrato de arrendamiento o alquiler, estado de cuenta de la hipoteca.
- Elegibilidad Comprobante de ingresos del último año o de los últimos 12 meses:** Talones de pago de 12 meses, W2, declaración de impuestos, W9, pagos de manutención de los hijos, etc. **O**
- Comprobante de Asistencia Pública:** SSI, TANAF o SNAP
- Identificación con foto:** Licencia de conducir, identificación emitida por el estado, pasaporte o identificación militar
- Formulario médico:** Paquete médico completo o formulario físico de una visita reciente al médico

Información general: Solo un padre o tutor legal puede firmar esta solicitud. Por favor proporcione números de teléfono e información de contacto precisos y actualizados.

Elegibilidad: Se debe proporcionar documentación de ingresos y requisitos de elegibilidad para completar su solicitud. Si su hijo está en un hogar de acogida, él o ella es categóricamente elegible y no se requiere verificación de ingresos. Se requiere documentación de elegibilidad.

Prioridad: Head Start **no** procesa las solicitudes por orden de llegada. Todos los solicitantes se colocan en una lista de espera. La información que nos proporcione determinará la ubicación de su hijo en la lista de espera.

Inscripción: La selección inicial se realiza durante la primera semana de junio. Las solicitudes recibidas antes de esa fecha serán consideradas para la inscripción inicial. Las solicitudes recibidas después del 1 de junio se colocarán en la lista de espera de Head Start.



Solicitud para año del programa (marque uno): 2025-2026

2026-2027

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN

NIÑO Información sobre el niño solicitante (Deje en BLANCO si la solicitud es de madre embarazada)

Nombre: _____ M.I.: _____ Apellido: _____ Nacimiento: _____

Género: Hombre Mujer Origen étnico: Hispanos No Hispanos Raza: Asiático Negro Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Indio Americano o Nativo de Alaska Blanco/Caucásico Hispano/Latino

Lengua materna: _____ 2º Idioma: _____ Otro: _____

Lengua materna hablada en casa: _____ Dominio del Inglés: Ninguno Poco Moderado Competente

SALUD DEL NIÑO Información sobre la salud del niño, el seguro médico y otras inquietudes

Elegibilidad para Medicaid del niño: En Medicaid/Elegible No elegible Potencialmente elegible

Cobertura de salud primaria del niño: Medicaid Seguro del Estado Sin seguro Privado

Número de seguro: _____ Otra cobertura de salud (si corresponde): _____

Médico/Clínica Primaria del Niño: _____

Cobertura dental: _____ Dentista del niño: _____

Estado del seguro familiar: Toda la familia asegurada Toda la familia sin seguro Solo Niños Asegurados

¿Tiene el niño problemas de salud u otros problemas? Sí No **En caso afirmativo, marque los artículos correspondientes.**

- Nutrición Problemas de visión El niño tiene alergias Audífono El niño tiene asma El niño necesita tomar medicamentos
- Problemas dentales Sobrepeso Peso insuficiente Convulsiones Anemia Altos niveles de plomo Diabetes
- Otros problemas médicos/dentales/nutricionales no mencionados anteriormente:

¿El niño tiene una discapacidad (diagnosticada por un médico o especialista)? Sí No

En caso afirmativo, ¿Cuál es la discapacidad específica? _____

¿Recibe el niño algún servicio de educación especial? Sí No

En caso afirmativo, ¿Qué tipo de servicios? _____

¿Tiene un Plan de Educación Individual o IEP o IFSP? Sí No

En caso afirmativo, por favor proporcionar detalles.

¿Tiene alguna preocupación sobre su hijo en alguna de las áreas que se enumeran a continuación? En caso afirmativo, marque los artículos apropiados.

- Otros problemas médicos/dentales/nutricionales no mencionados anteriormente: _____
- Otros problemas de desarrollo no mencionados anteriormente: _____
- Otros problemas del desarrollo del habla/lenguaje que no se mencionan anteriormente: _____
- Otros problemas de comportamiento/emociones no mencionados anteriormente: _____
- (Tildar únicamente si se indica SIN PREOCUPACIONES arriba). He revisado las preocupaciones enumeradas anteriormente, y el niño NO TIENE LAS NECESIDADES ENUMERADAS ANTERIORMENTE en este momento.

PADRE/TUTOR (S) PRINCIPAL (S)**Información sobre el padre/tutor principal del niño o la madre embarazada solicitante**

Nombre: _____ M.I.: _____ Apellido: _____ Nacimiento: _____

Género: Hombre Mujer
Origen étnico: Hispanos No Hispanos
Raza: Asiático Negro Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Indio Americano o Nativo de Alaska Blanco/Caucásico Hispano/Latino

1º Idioma: _____ 2º Idioma: _____ Dominio del inglés: Ninguno Poco Moderado CompetenteEstado parental: Dos padres Padre soltero - Si es padre soltero, ¿recibe manutención de los hijos? Sí No**Situación laboral:**
 Empleado Desempleado
 Jubilados o discapacitados
 En la escuela/formación
Grado más alto completado:
 Menos de HS Diploma de HS/GED
 Alguna universidad
 Licenciatura/superior
Relación/título con el hijo:
 Madre Padre Abuela Abuelo Tía Tío Hermano Hermana Primo
 Otro: _____
Relación legal con el niño:
 Biológico Matrimonio (padrastró o madrastra) Acogida Adopción Acuerdo de custodia
Estado civil:
 Soltero Pareja de hecho: no la madre/padre biológico del niño Pareja de hecho: es la madre/padre biológico del niño
 Casado: cónyuge presente Casado: separados
¿Custodia del niño? Sí No ¿Vive en el mismo hogar que el niño? Sí No¿Padres adolescentes (19 años o menos) en el momento del nacimiento del niño? Sí No¿Recibe cuidado infantil o cuidado diurno subsidiado? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono con código de área (Proporcione más de 1 número con al menos un número de celular si es posible).	Tipo de teléfono	Cuándo NO llamar	¿Puedes recibir mensajes de TEXTO?
()	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
()	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
()	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

PADRE/TUTOR SECUNDARIO (B)**Información sobre el padre/tutor secundario del niño**

NOTA: La información del Adulto Principal no debe repetirse en esta sección, si el adulto secundario no vive en el hogar, por favor anótelos en la hoja de contactos autorizados y de emergencia.

Nombre: _____ M.I.: _____ Apellido: _____ Nacimiento: _____

Género: Hombre Mujer **Origen étnico:** Hispanos No Hispanos **Raza:** Asiático Negro Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Indio Americano o Nativo de Alaska Blanco/Caucásico Hispano/Latino

1º Idioma: _____ 2º Idioma: _____ Dominio del inglés: Ninguno Poco Moderado Competente

Estado parental: Dos padres Padre soltero - Si es padre soltero, ¿recibe manutención de los hijos? Sí No

Situación laboral:

Empleado Desempleado
 Jubilados o discapacitados
 En la escuela/formación

Grado más alto completado:

Menos de HS Diploma de HS/GED
 Alguna universidad
 Licenciatura/superior

Relación/título con el hijo:

Madre Padre Abuela Abuelo Tía Tío Hermano Hermana Primo
 Otro: _____

Relación legal con el niño:

Biológico Matrimonio (padrastra o madrastra) Acogida Adopción Acuerdo de custodia

Estado civil:

Soltero Pareja de hecho: *no* la madre/padre biológico del niño Pareja de hecho: es la madre/padre biológico del niño
 Casado: cónyuge presente Casado: separados

¿Custodia del niño? Sí No ¿Vive en el mismo hogar que el niño? Sí No

¿Padres adolescentes (19 años o menos) en el momento del nacimiento del niño? Sí No

¿Recibe cuidado infantil o cuidado diurno subsidiado? Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

Número de teléfono con código de área (Proporcione más de 1 número con al menos un número de celular si es posible).	Tipo de teléfono	Cuándo NO llamar	¿Puedes recibir mensajes de TEXTO?
()	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
()	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
()	<input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR

Enumere a OTROS miembros de la familia que se mantienen con los ingresos de los padres o tutores del niño

Nombre, Inicial del segundo nombre, Apellido	Fecha de nacimiento	Género	Relación con el niño
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____

3. _____
4. _____

Se pueden agregar niños adicionales a la parte trasera si se queda sin espacio.

Total # de personas que viven en el hogar del niño (incluido el niño) como parte de su familia? _____

HOGAR DE NIÑO

Información sobre la situación de vida de la familia / Información de contacto

Dirección Residencial: _____ Ciudad/Código Postal: _____

Dirección postal (si es diferente): _____ Ciudad/Código Postal: _____

Teléfono principal #: _____ Teléfono secundario #: _____ ¿Podemos enviarte mensaje de texto? Sí No

Correo electrónico principal: _____ Correo electrónico secundario: _____

Estado de la vivienda:

Alquilar o ser propietario de una casa/apartamento Casa/Apartamento Propio

Las personas sin hogar se definen como:

- En un refugio (refugio familiar, violencia doméstica, vivienda juvenil o temporal)
- En un motel, hotel o alojamiento de tarifa semanal
- Se duplicó con amigos o familiares porque no puede pagar una vivienda (es decir, no por elección)
- En un edificio abandonado, en otros alojamientos inadecuados o en un vehículo
- En la calle

¿Alguna de estas situaciones describe la situación de vida de su familia? Sí No

¿Su familia está sin hogar? Sí No

¿La situación de vivienda de su familia es temporal o inadecuada? No Sí

En caso AFIRMATIVO, ¿cuánto tiempo en esta situación? _____ Meses

En caso afirmativo, ¿se debe a dificultades económicas? No Sí- **Si la respuesta es SÍ, ¿necesita referencias de alimentos/vivienda?** No Sí

¿Su familia vive con (marque todo lo que corresponda, si corresponde): Abuso de drogas? Abuso de alcohol? ¿Encarcelamiento?
 ¿Problemas de manutención de los hijos? Violencia doméstica? ¿Problema de salud grave? ¿Problema de salud mental?
 Ninguno se aplica a nuestra familia.

¿Su familia está lidiando actualmente con problemas legales como (marque todo lo que corresponda, si corresponde)

¿Tribunal de Familia? ¿Divorcio? ¿Custodia? ¿Libertad condicional? ¿Orden(es) de restricción? ¿Encarcelamiento?
 Otro: _____? NO, MI FAMILIA NO TIENE PROBLEMAS LEGALES.

Si comprobó algún problema legal anteriormente, por favor aclare.

¿Alguien en la familia que esté en servicio activo militar? Sí No

¿Alguien en la familia es un veterano militar? Sí No

SERVICIOS FAMILIARES

Información sobre beneficios/servicios recibidos por la familia y otras situaciones

La familia recibe cualquiera de los siguientes servicios o beneficios. Por favor, marque todo lo que corresponda:

- Cupones de alimentos (SNAP) WIC (en inglés) TANF FITAP SSI Servicios de Vivienda (Vivienda Pública, Sección 8) Asistencia de Servicios Públicos/Energía Servicios de salud Medicaid Seguros Privados
- Servicios de Salud Mental Manutención de los hijos Subsidio de Acogida/Adopción Intervención de Emergencia/Crisis
- Servicios Sociales otros: _____
- NINGUNA DE LAS ANTERIORES

¿Está interesado en inscribirse para recibir los beneficios de SNAP? Sí No

¿Está interesado en inscribirse para los beneficios de WIC? Sí No

INFORMACIÓN ADICIONAL

Información sobre programas anteriores y referencias de programas

¿Su hijo ha estado inscrito anteriormente en un Programa de Early Head Start? Sí No

En caso afirmativo, ¿Cuál? _____

¿Su hijo ha estado inscrito anteriormente en un programa de Head Start? Sí No

En caso afirmativo, ¿Cuál? _____

¿Su hijo ha estado inscrito previamente en un programa de cuidado infantil o preescolar? Sí No

En caso afirmativo, ¿Cuál? _____

¿Es USTED o un MIEMBRO de su FAMILIA un miembro del personal de FSW Head Start? Sí No

En caso afirmativo, ¿Quién? _____

¿Su hijo ha tenido un hermano previamente inscrito en el programa Head Start de FSW? Sí No

En caso afirmativo, ¿Está inscrito actualmente? Sí No Especificar fechas de asistencia: _____ al _____

¿Cómo se enteró de FSW Early Head Start/Head Start? De boca en boca (amigo/familia) Folleto/Póster Valla publicitaria

Facebook Autobús Redes sociales Alguien que trabaje en FSW Head Start

¿Recomendado por una agencia (WIC, Children's Coalition, servicios de manutención infantil, subsidio para el cuidado infantil, otros)?
Especificar agencia: _____

OTRO recurso no listado: _____

OPCIONES DEL PROGRAMA

Por favor, seleccione las opciones del programa que está solicitando para su hijo

PROGRAMA EARLY HEAD START (0-2 años)

- Estoy solicitando un centro basado en (entorno del aula)
- Estoy solicitando visitas domiciliarias basadas en el hogar (educativas)

PROGRAMA HEAD START (3-5 años)

- Estoy solicitando un centro basado en (entorno del aula)

RECONOCIMIENTO DE LOS PADRES/TUTORES

Certifico bajo pena y perjurio que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que si a sabiendas doy información falsa o tergiversación de mis ingresos, puede resultar en la descalificación del programa. Entiendo que esta solicitud no estará completa hasta que se presente, revise y verifique toda la documentación requerida.

Firma del Padre/Tutor: _____

Fecha: _____

Nombre del personal: _____ Fecha: _____

SOLO PARA USO DEL PERSONAL

Fecha de la solicitud recibida: _____ **Nombre del personal:** _____

Recibido /Método: Oficina del Programa Correo electrónico Fax Correo Centro: _____

Tipo de aplicación: Primer año Tercer año - Head Start EHS a HS Solicitud de transición