



Head Start

# Solicitud de inscripción en Prekinder de PPS

La presentación de esta solicitud no garantiza la inscripción. Se le notificará el estado de su solicitud tan pronto como sea posible.

**Nombre legal del niño/a:** Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento del niño/a** \_\_/\_\_/

Género del niño/a:  Masculino  Femenino  No binario Origen étnico del niño/a: ¿Es hispano/a?  Sí  No

Raza del niño/a (todas las que correspondan):  Asiática  Negra  Multirracial  Nativa americana  Isleña del Pacífico  Blanca

Si seleccionó nativa americana, ¿cuál es la afiliación tribal del niño/a? \_\_\_\_\_

Idioma del niño/a: Lengua materna \_\_\_\_\_ Segundo idioma \_\_\_\_\_

Dirección del hogar: \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Seleccione uno:  Familia monoparental  Familia de dos padres  Familia de acogida  Abuelos  Otro

**Nombre del primer adulto:** Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_/\_\_/

Género del primer adulto:  Masculino  Femenino  No binario Origen étnico del primer adulto: ¿Es hispano/a?  Sí  No

Raza del primer adulto:  Asiática  Negra  Multirracial  Nativa americana  Isleña del Pacífico  Blanca

Idioma del primer adulto: Lengua materna \_\_\_\_\_ Segundo idioma \_\_\_\_\_

Dirección del primer adulto (si es diferente:) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono del primer adulto: \_\_\_\_\_ Cel  Sí  No Email: \_\_\_\_\_

**Nombre del segundo adulto:** Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_/\_\_/

Género del segundo adulto:  Masculino  Femenino  No binario Origen étnico del segundo adulto: ¿Es hispano/a?  Sí  No

Raza del segundo adulto:  Asiática  Negra  Multirracial  Nativa americana  Isleña del Pacífico  Blanca

Idioma del segundo adulto: Lengua materna \_\_\_\_\_ Segundo idioma \_\_\_\_\_

Dirección del segundo adulto (si es diferente:) \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono del segundo adulto: \_\_\_\_\_ Cel  Sí  No Email: \_\_\_\_\_

**Familia del niño/a** Nombre a los padres/tutores y hermanos:

Nombre	Parentesco	Fecha de nacimiento	Idioma principal/¿Necesita intérprete?

Responda las siguientes preguntas detalladamente. Su respuesta nos ayudará a determinar la urgencia de las necesidades de su familia.

Ingreso bruto anual actual: \_\_\_\_\_ Ingreso bruto mensual actual: \_\_\_\_\_ Número de personas en el hogar: \_\_\_\_\_

Coloque una "X" en la columna Sí o No	Sí	No
¿Su familia actualmente recibe una subvención en efectivo u otros beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés)?		
¿Usted o alguien en su familia reciben actualmente Ingresos de Seguro Suplementario (SSI)?		
¿Su familia recibe cupones de alimentos (Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria o SNAP)?		
¿Está recibiendo WIC para este niño? En caso afirmativo, ¿cuál es el número de identificación de WIC? _____		
¿Este niño/a recibe cuidados tutelares ( <i>foster care</i> ) por medio de DHS?		
¿Está compartiendo vivienda debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?		
¿Vive en un refugio de emergencia, motel, automóvil, parque, espacio público o vivienda precaria?		

Coloque una "X" en la columna Sí o No	Sí	No	Coloque una "X" en la columna Sí o No	Sí	No
¿Tiene el niño/a un padre/tutor militar?			¿Es una familia migrante o de refugiados?		
¿Fue o es un padre/madre adolescente?					
¿Hay un miembro de la familia encarcelado actualmente?			En caso afirmativo, ¿cuál es la relación con el niño/a?		
¿El niño/a tiene un problema de salud o discapacidad documentada?			En caso afirmativo, ¿qué tipo?		
¿El niño/a recibe servicios de Educación Especial?			En caso afirmativo, ¿cuál es el proveedor?		
¿Recibe su familia servicios de otra agencia?			En caso afirmativo, ¿qué agencia?		
¿El niño/a ha estado inscrito en otro preescolar?			En caso afirmativo, ¿cuándo y dónde?		
¿Se ha inscrito un hermano en PreK?			En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre? Cuándo _____		

Seleccione cualquier problema en el entorno que haya afectado al niño/a en los últimos 2 años:

- Abuso infantil/negligencia
  Enfermedad o muerte en la familia
  Violencia doméstica
  Abuso de drogas o alcohol  
 Divorcio
  Problema de salud infantil grave \_\_\_\_\_
  Otra \_\_\_\_\_

Profesional de servicios médicos del niño/a: \_\_\_\_\_ Profesional de servicios dentales: \_\_\_\_\_

Número médico del niño/a o cobertura de seguro médico \_\_\_\_\_

Firma del padre/madre/tutor \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Ubicaciones de centros de PPS. Indique el/los centro(s) que prefiere:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> <b>Applegate</b> 7650 N Commercial Ave.                 | <input type="checkbox"/> <b>Lent</b> 5105 SE 97th Ave.                         |
| <input type="checkbox"/> <b>Boise-Eliot Humboldt</b> 620 N Fremont St.           | <input type="checkbox"/> <b>Dr. Martin Luther King Jr.</b> 4906 NE 6th Ave.    |
| <input type="checkbox"/> <b>Clarendon Early Learning Center</b> 9325 N VanHouten | <input type="checkbox"/> <b>Marysville</b> 7733 SE Raymond St.                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Creston Annex</b> 4620 SE Powell Blvd.               | <input type="checkbox"/> <b>Native Montessori at Faubion</b> 2930 NE Dekum St. |
| <input type="checkbox"/> <b>Faubion</b> 2930 NE Dekum St.                        | <input type="checkbox"/> <b>Rosa Parks</b> 8960 N Woolsey Ave.                 |
| <input type="checkbox"/> <b>Grout</b> 3119 SE Holgate Blvd.                      | <input type="checkbox"/> <b>Sacajawea</b> 4800 NE 74th Ave.                    |
| <input type="checkbox"/> <b>Jason Lee</b> 2222 NE 92nd Ave.                      | <input type="checkbox"/> <b>Sitton</b> 9930 N Smith St.                        |
| <input type="checkbox"/> <b>Kelly Center</b> 9015 SE Rural St.                   | <input type="checkbox"/> <b>Whitman</b> 7326 SE Flavel St.                     |