

Northern California Child Development, Inc.

Head Start & Early Head Start Programs

220 Sycamore St., Suite 200, Red Bluff, CA 96080

(530) 529-1500

FAX: (530) 529-1560

*Enrich children's lives; Empower families; Engage our
community*



Northern California Child Development Inc.

Gracias por su interés en Head Start del Condado de Tehama y / o servicios de Early Head Start. Conforme a lo solicitado, le hemos enviado una solicitud para que usted pueda llenar. Una vez que esta solicitud es llenada, usted puede entregar en cualquiera de nuestros centros o nuestra oficina central ubicada en Red Bluff. Un miembro del personal se pondrá en contacto con usted para programar una entrevista de seguimiento para finalizar el proceso de solicitud. Por favor tenga paciencia ya que puede tardar hasta dos semanas.

Los siguientes documentos son necesarios para completar su solicitud. Si no se les entregue junto con su solicitud, usted tendrá que entregar a su cita de seguimiento.

- > Si usted está recibiendo cualquiera de los siguientes: Pasaporte a los servicios (asistencia monetaria), Carta Foster, Carta SSI y / o carta de beneficios de desempleo.
- > Si usted está trabajando, vamos a necesitar lo siguiente para cada padre empleado:
 - Para los padres que trabajan un horario imprevisible: 3 meses de valor de los ingresos.
 - Para los padres que trabajan un horario establecido: 1 mes por valor de ingresos.
 - Para los padres que trabajan estacionalmente: 12 meses por valor de ingreso o devolución actual año fiscal.
 - Para los padres que son trabajadores por cuenta propia: una carta de la fuente de ingresos o una copia de las declaraciones de impuestos más recientemente firmado y completado con una declaración de la renta corriente estimado a efectos fiscales u otros documentos profesionales, como los libros de contabilidad, recibos, o negocios registros.
- > Verificación de edad por cada niño en su hogar, incluyendo: certificado de nacimiento, certificado de bautismo, o pasaporte a los servicios.
- > Copia del registro de vacunas del niño aplicado.
- > Copia de la tarjeta del niño aplicado de seguro médico, incluyendo Medi-Cal.
- > Corte papeleo orden incluyendo órdenes de custodia, órdenes de alejamiento, órdenes de visita, papel de tutela.
- > IEP o IFSP si el niño aplicado es diagnosticado con una discapacidad.

Gracias,

Jennifer Torres
Manager de Aplicaciones
NCCDI Tehama County Head Start y Early Head Start

Por favor, llene al máximo de su capacidad

Madre o Información de Otra Custodia

Nombre Inicial Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)

- Raza
- Asiático
 - Negro/Afro-Amer.
 - Multi-Racial/Bi-Racial
 - Nativo de Hawai/Islas del Pacífico
 - Blanco
 - Nativo Americano/Nativo de Alaska
 - Hispano
 - Otro

¿Qué idiomas se hablan en el hogar?

- Inglés
- Español
- Otro:

¿Qué idioma supiste?

- Inglés
- Español
- Otro:

¿Cuál es su relación con el niño que está solicitando los servicios de hoy en día?

- mi hijo biológico
- mi hijastro
- mi hijo adoptivo
- mi nieto
- otro familiar o cuidador

¿Está embarazada?

- Sí, fecha de vencimiento: _____
- No

¿Vive con su familia?

- Sí
- No

¿Cuál es su alto nivel de educación?

- menos de 12 grado
- HS diploma o GED
- Algo de Universidad
- Grado Asociado
- Licenciatura
- Maestría o superior
- Técnico o Profesional Escuela

¿Está usted trabajando, yendo a la escuela, jubilado o discapacitado? Marque todas las que correspondan.

- Sí, yo estoy:
 - Trabajo a tiempo completo
 - Trabajo a tiempo parcial
 - El ir a la escuela tiempo completo
 - El ir a la escuela tiempo parcial
 - Jubilado
 - Discapacitados
- Ninguno de estos

Fecha _____

Padre o Información de Otro Custodio

Nombre Inicial Apellido

Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)

- Raza
- Asiático
 - Negro/Afro-Amer.
 - Multi-Racial/Bi-Racial
 - Nativo de Hawai/Islas del Pacífico
 - Blanco
 - Nativo Americano/Nativo de Alaska
 - Hispano
 - Otro

¿Qué idiomas se hablan en el hogar?

- Inglés
- Español
- Otro:

¿Qué idioma supiste?

- Inglés
- Español
- Otro:

¿Cuál es su relación con el niño que está solicitando los servicios de hoy en día?

- mi hijo biológico
- mi hijastro
- mi hijo adoptivo
- mi nieto
- otro familiar o cuidador

¿Está embarazada?

- Sí, fecha de vencimiento: _____
- No

¿Esta persona vive en el hogar?

- Sí
- No

¿Cuál es su alto nivel de educación?

- menos de 12 grado
- HS diploma o GED
- Algo de Universidad
- Grado Asociado
- Licenciatura
- Maestría o superior
- Técnico o Profesional Escuela

¿Está usted trabajando, yendo a la escuela, jubilado o discapacitado? Marque todas las que correspondan.

- Sí, yo estoy:
 - Trabajo a tiempo completo
 - Trabajo a tiempo parcial
 - El ir a la escuela tiempo completo
 - El ir a la escuela tiempo parcial
 - Jubilado
 - Discapacitados
- Ninguno de estos

Por favor llene al máximo para **cada niño/a** aplicado.

Primer Niño

Nombre	Inicial	Apellido
Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)		
Raza	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Amer. <input type="checkbox"/> Multi-Racial/Bi-Racial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro	
¿Qué idioma habla su hijo más?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	
¿Su hijo tiene una discapacidad diagnosticada? En caso afirmativo, ¿el niño tiene alguna de las siguientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	
¿Su hijo tiene seguro de salud? En caso de afirmativo, ¿qué tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> MediCal Transicional <input type="checkbox"/> Otro	
¿Qué tipo de servicios es que este niño necesita?	<input type="checkbox"/> Cuidado de Día Completo (0-4 años) <input type="checkbox"/> Día Parte Preescolar (3-4 años de edad solamente) <input type="checkbox"/> Inicio Visitación (Madres embarazadas y 0-2 años de edad solamente)	

Segundo Niño

Nombre	Inicial	Apellido
Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)		
Raza	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Amer. <input type="checkbox"/> Multi-Racial/Bi-Racial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro	
¿Qué idioma habla su hijo más?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	
¿Su hijo tiene una discapacidad diagnosticada? En caso afirmativo, ¿el niño tiene alguna de las siguientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	
¿Su hijo tiene seguro de salud? En caso de afirmativo, ¿qué tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> MediCal Transicional <input type="checkbox"/> Otro	
¿Qué tipo de servicios es que este niño necesita?	<input type="checkbox"/> Cuidado de Día Completo (0-4 años) <input type="checkbox"/> Día Parte Preescolar (3-4 años de edad solamente) <input type="checkbox"/> Inicio Visitación (Madres embarazadas y 0-2 años de edad solamente)	

Tercer Niño

Nombre	Inicial	Apellido
Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)		
Raza	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Amer. <input type="checkbox"/> Multi-Racial/Bi-Racial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro	
¿Qué idioma habla su hijo más?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	
¿Su hijo tiene una discapacidad diagnosticada? En caso afirmativo, ¿el niño tiene alguna de las siguientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	
¿Su hijo tiene seguro de salud? En caso de afirmativo, ¿qué tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> MediCal Transicional <input type="checkbox"/> Otro	
¿Qué tipo de servicios es que este niño necesita?	<input type="checkbox"/> Cuidado de Día Completo (0-4 años) <input type="checkbox"/> Día Parte Preescolar (3-4 años de edad solamente) <input type="checkbox"/> Inicio Visitación (Madres embarazadas y 0-2 años de edad solamente)	

Cuarto Niño

Nombre	Inicial	Apellido
Fecha de Nacimiento (mm/dd/yyyy)		
Raza	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Amer. <input type="checkbox"/> Multi-Racial/Bi-Racial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro	
¿Qué idioma habla su hijo más?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro	
¿Su hijo tiene una discapacidad diagnosticada? En caso afirmativo, ¿el niño tiene alguna de las siguientes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP	
¿Su hijo tiene seguro de salud? En caso de afirmativo, ¿qué tipo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> MediCal <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> MediCal Transicional <input type="checkbox"/> Otro	
¿Qué tipo de servicios es que este niño necesita?	<input type="checkbox"/> Cuidado de Día Completo (0-4 años) <input type="checkbox"/> Día Parte Preescolar (3-4 años de edad solamente) <input type="checkbox"/> Inicio Visitación (Madres embarazadas y 0-2 años de edad solamente)	

Por favor complete la siguiente información.

Dirección del Edificio:

Dirección	Apt. #	Ciudad, Estado	Código postal
-----------	--------	----------------	---------------

Dirección postal si es diferente:

Dirección	Apt. #	Ciudad, Estado	Código postal
-----------	--------	----------------	---------------

Numero de Teléfono:

Circule uno: Mensaje Trabajo Casa Celular

Numero de Teléfono:

Circule uno: Mensaje Trabajo Casa Celular

Numero de Teléfono:

Circule uno: Mensaje Trabajo Casa Celular

Otros miembros de la familia o personas en su hogar

Adulto/ Niño	Hombre/Mujer	Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Relación con el niño aplica
-----------------	--------------	--------	----------	------------------------	--------------------------------

¿Recibe usted alguno de los siguientes servicios?

Marcar todo que aplica

- Asistencia monetaria
- Ingresos del Seguro Social
- CalFresh
- WIC
- Servicios de Protección Infantil

¿Hay alguien en su familia inmediata considerado militares en servicio activo? Sí No

¿ Hay alguien en su familia inmediata considerado veterano militar? Sí No

¿Está recibiendo ningún subsidio de cuidado infantil como CCRE, 0-3 Programa de Subsidio, CalWorks, etc., para ayudar a pagar por el cuidado de niños? Sí No

¿Cuál es su situación de vivienda actual?

- Sin Hogar Propio Renta Otro
- ¿Se ha mudado en los últimos 24 meses? Sí No

¿Cuál es su estimado de ingresos brutos anuales del hogar?

- \$0-10,000
- \$10,001-20,000
- \$20,001-30,000
- \$30,001-40,000
- \$40,001-50,000
- \$50,001 o más

¿Quién le gustaría ponernos en contacto en caso de una emergencia? Llene tantos como quieras.

Nombre	Relación con el niño	¿Permiso a recoger?
--------	----------------------	---------------------

Numero de telefono	Tipo de telefono
--------------------	------------------

Nombre	Relacion con el niño	¿Permiso a recoger?
--------	----------------------	---------------------

Numero de telefono	Tipo de telefono
--------------------	------------------

¿Cuándo es el mejor día para un miembro de personal de Aplicaciones en contacto con usted para su cita de seguimiento? Por favor, marque todas las que correspondan.

	Lunes	Martes	Mier.	Jueves	Viernes
8:00 a					
9:00 a					
10:00 a					
11:00 a					
12:00 p					
1:00 p					
2:00 p					
3:00 p					
4:00 p					

No tengo preferencias en días u horas

Entendemos que algunos padres/custodios no podrán reunirse durante la semana de trabajo por motivos de trabajo y/o escuela. Estaríamos más que felices de reunirse con usted en un momento en que no se menciona más arriba. Sírvanse indicar qué días y/u horas funcione mejor para usted y por qué: