

**Early Learning And Family Services-Head Start/ECEAP /Early Head Start  
Initial Application (Spanish)**

Fecha de hoy \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento del niño(a) \_\_\_\_\_

Nombre legal del niño (a) \_\_\_\_\_  M  F Grupo étnico \_\_\_\_\_  
(Opcional)

Domicilio \_\_\_\_\_ Teléfono del hogar \_\_\_\_\_  
calle/apdo. postal ciudad código postal (# tel. de mensajes)  
Correo Electrónico \_\_\_\_\_

Domicilio Físico \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo \_\_\_\_\_  
calle ciudad código postal

Esta casa es patrocinada por Bellingham Housing Authority? (viviendas para personas de bajos ingresos o Sección 8) Sí  No

Padres/guardián \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Domicilio (si es diferente) \_\_\_\_\_ Grupo étnico \_\_\_\_\_  
(opcional)

Padres/guardián \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Domicilio (si es diferente) \_\_\_\_\_ Grupo étnico \_\_\_\_\_  
(opcional)

El niño vive con: Los Padres  con la mama  con el papa  Tutores  Padres de crianza

Si el niño(a) vive con padres de crianza \_\_\_\_\_  
Nombre de los padres de crianza

La idioma que habla el niño(a) \_\_\_\_\_ La idioma que hablan los padres: \_\_\_\_\_

**Información de Ingresos y Cuidado de Niños**

En mi familia hay \_\_\_\_\_ adultos y \_\_\_\_\_ niños.

Por favor apunte nombres de otros niños en su casa:

**Nombre:**

**Fecha de nacimiento:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tipo de ingresos: TANF  Trabajo   
SSI  Otro  (explique por favor) \_\_\_\_\_

¿Asiste su niño a en una guardería de niños? Si  No  Si contesto si, donde: \_\_\_\_\_

¿Necesita su niño cuidado? Sí  No  Comentario: \_\_\_\_\_

**Información de Servicios Sociales y Salud**

Mi niño recibe servicios de salud regularmente en: \_\_\_\_\_ Clínica/Oficina  
Nombre de la clínica o del doctor

Mi niño recibe servicios dentales regularmente en: \_\_\_\_\_ Clínica/Oficina  
Nombre de la clínica o del doctor

Fecha del último examen físico: \_\_\_\_\_ Fecha del último examen dental: \_\_\_\_\_

Si usted cree que su niño tiene necesidades especiales, por favor explique brevemente: \_\_\_\_\_

**Early Learning And Family Services-Head Start/ECEAP /Early Head Start  
Initial Application (Spanish)**

¿Su niño tiene un plan de educación especial? Si  No

¿Si su niño tiene un plan de educación especial, con cual distrito escolar? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño (horita) un Plan Individual de Servicio Familiar (IFSP)? Si No

¿Si contesto si, quien es su Coordinador de Recursos familiares? \_\_\_\_\_

¿Esta recibiendo servicios de otras agencias? (eg. El Departamento de Salud, Brigid Collins)  
Por favor haga una lista: \_\_\_\_\_

**¿Recibe usted asistencia de emergencia/transición en el Opportunity Council, intervención temprana u otro departamento? Si sí, por favor indique que servicio.** \_\_\_\_\_

Por favor comparta sus preocupaciones y sus retos:  
Marque todo lo que aplica a usted y su familia:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> desempleo               | <input type="checkbox"/> preocupación medical (padres)  |
| <input type="checkbox"/> habilidad de adulto     | <input type="checkbox"/> padre que tiene menos de 10 años de educación  |
| <input type="checkbox"/> no tengo transportación | <input type="checkbox"/> envuelto en el sistema de justicia criminal  |
| <input type="checkbox"/> madre o Padre Soltero/a | <input type="checkbox"/> vive con padres de crianza   |
| <input type="checkbox"/> padre adolescente       | <input type="checkbox"/> asuntos de violencia domestica   |
| <input type="checkbox"/> no tener apoyo          | <input type="checkbox"/> depresión maternal   |
| <input type="checkbox"/> nacimiento prematuro    | <input type="checkbox"/> sin hogar*   |
| <input type="checkbox"/> padres en la escuela    | <input type="checkbox"/> preocupaciones medicas(niño) <input type="checkbox"/> abuso de niño/asuntos de negligencia |

Otras circunstancias que guste compartir \_\_\_\_\_

Sin hogar es definido como compartiendo en casa de otras personas debido a la pérdida de vivienda o privación económica o vive en moteles, hoteles, campamentos, o parque de remolque debido a la carencia de vivienda adecuados alternativos; Viviendo en refugios de emergencia o transición (McKinney-Vento Acto de Ayuda sin Hogar).

Como se entero de nuestro programa? \_\_\_\_\_

Firma del padre o Guardián \_\_\_\_\_

**Early Learning And Family Services  
1111 Cornwall, Suite 200  
Bellingham, WA 98225**

**Si tiene alguna Pregunta, por favor llame al Teléfono: 734-8396**