

Aplicación De Matricula de Oficina del Aprendizaje Temprano

(por favor escriba claramente)

Fecha de Aplicación (mes/día/año)	Official Use Only
Opción de Programa <input type="checkbox"/> Basado en el centro <input type="checkbox"/> Basado en el Hogar	Received DT:
	Received By:
Edad/Grupo <input type="checkbox"/> Mama Embarazada <input type="checkbox"/> Infantes/Menores (0-3 años) <input type="checkbox"/> Pre-escolar (3-5 años)	Reviewed:
	CP DT:
Opción de Pago (marque uno) <input type="checkbox"/> Early Head Start (0-3 años) <input type="checkbox"/> Head Start (3-5 años) <input type="checkbox"/> OSSE (0-5 años)	
CP By:	

Sección I – Niño que será matriculado

Página 1 of _____

Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre o Sufijo	Nombre Preferido
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Genero ___ Masculino ___ Femenina	Futura Escuela Elementaria	
Datos Demográficos del Niño			
Raza (Marque todo los que apliquen)		Hispano	Conocimiento de Ingles
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacifico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Poco
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Moderado
<input type="checkbox"/> Otro/Especifique: _____			<input type="checkbox"/> Bueno
			<input type="checkbox"/> Poco
			<input type="checkbox"/> Moderado
			<input type="checkbox"/> Bueno

Nota: Si el niño vive con la madre y el padre, deben ser enlistados como primario y secundario adultos en esta aplicación. De lo contrario, enliste el adulto responsable que vive con el niño.

Sección II – Adulto Primario (vive con el niño)

Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre o Sufijo	Nombre Preferido
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Genero ___ Masculino ___ Femenina	Padre Adolescente (si/no)	
Información de Contacto para Adulto Primario del Niño			
Dirección (1 o 2 líneas para el número, calle, y apartamento)		Dirección de Correo (solo sí es diferente donde vive)	
Ciudad, Estado, Código Postal	Ward #	Ciudad, Estado, Código Postal	Ward #
Teléfono de Casa - -	Teléfono del Trabajo - -	Teléfono de Casa - -	Teléfono del Trabajo - -
Ultimo Grado Completado		Esta Empleado	
<input type="checkbox"/> Asociado	<input type="checkbox"/> Grado 10	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento
<input type="checkbox"/> Licenciatura	<input type="checkbox"/> Grado 11	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial y Entrenamiento
<input type="checkbox"/> Universidad/Entrenamiento	<input type="checkbox"/> < Grado 9	<input type="checkbox"/> Temporal	<input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela
<input type="checkbox"/> Entrenamiento Avanzado	<input type="checkbox"/> HS Graduado	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Retirado o Desabilitado
<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Maestria		
Relacion con el Niño		Custodia	
<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Hijastro		<input type="checkbox"/> Si	
<input type="checkbox"/> Nieto		<input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sobrina/Sobrino		<input type="checkbox"/> Padre vive con la familia	
<input type="checkbox"/> Cuidado Temporal		<input type="checkbox"/> Provee Assitencia Financiera	
<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Padre Adolescente Subsidio?	
		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
Datos Demográficos del Adulto Primario			
Raza (Marque todo los que apliquen)		Hispano	Conocimiento de Ingles
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo Americano	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Ninguno
<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Isleño Pacifico / Caribeno	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Poco
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Multi-Racial		<input type="checkbox"/> Moderado
<input type="checkbox"/> Otro/Especifique: _____			<input type="checkbox"/> Bueno
			<input type="checkbox"/> Poco
			<input type="checkbox"/> Moderado
			<input type="checkbox"/> Bueno

United Planning Organization
Office of Early Learning Application
 (Please print clearly)

Section III – Adulto Secundario (vive con el niño)

Apellido	Primer Nombre	Segundo nombre o Sufijo	Nombre Preferido
Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Genero ___ Masculino ___ Femenina	Padre Adolescente (si/no)	

Información de Contacto para Adulto Secundario del Niño

Dirección (1 o 2 líneas para el número, calle, y apartamento)		Dirección de Correo (solo sí es diferente donde vive)	
Ciudad, Estado, Código Postal	Ward #	Ciudad, Estado, Código Postal	Ward #

Teléfono de Casa - -	Teléfono del Trabajo - -	Teléfono de Casa - -	Teléfono del Trabajo - -
-------------------------	-----------------------------	-------------------------	-----------------------------

Ultimo Grado Completado	Esta Empleado	Relacion con el Niño	Custodia	Chequee todo lo que aplica:		
<input type="checkbox"/> Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Colegio/ Entrenamiento <input type="checkbox"/> Universidad o Entrenamiento Avanzado <input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> < Grado 9 <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Maestria	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo / Entrenamiento <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial / Entrenamiento <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Retirado o Dabilitado	<input type="checkbox"/> Natural/Adoptado/Hijastro <input type="checkbox"/> Nieto/a <input type="checkbox"/> Sobrino/a <input type="checkbox"/> Cuidado Temporal <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Padre vive con <input type="checkbox"/> Provee ayuda Financiera <input type="checkbox"/> Padre Adolescente Si, subsidio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Datos Demográficos del Adulto Primario

Raza (Marque todo los que apliquen)	Hispano	Conocimiento de Ingles	Habla otro language
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro/Especifique: _____	<input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Multi-Racial	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Bueno

Sección IV – Información de Familia/ Vivencia

Niño vive ___ Sin padres ___ Un Padre/Adulto ___ Dos Padres/Adultos	Numero de familiares que viven con el niño	Ninos en la familia que viven con el niño ___ Total de niños de nacimiento a 18 años de edad ___ Numero de niños de nacimiento a 3 años de edad ___ Numero de niños de 4 a 5 años de edad
--	---	--

Miembros de Familia (NO incluir niños o adultos arriba mencionados)

Nombre	Relación con el Niño	Fecha de Nacimiento (mes/día/año)	Escuela/ Actual Grado o Ocupación	¿Viviendo con la familia? (si/no)	¿Provee Apoyo Financiero? (si/no)

United Planning Organization
Office of Early Learning Application

(Please print clearly)

Sección V – Información del Financiamiento del Gobierno

Para ser considerado para Head Start/ Early Head Start y/o DHS (Distrito de Columbia), por favor indique cual de los siguiente servicios recibe su familia. (Marque todos los que apliquen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Asistencia Financiera Medica (i.e. Medicaid/Medicare) | <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Publica /Asistencia Social (i.e. TANF) | <input type="checkbox"/> Asistencia de Vivenda Publica |
| <input type="checkbox"/> Estampillas de Comida _____ | <input type="checkbox"/> Asistencia del Programa de Energia |
| <input type="checkbox"/> Mujer, Infantes, Ninos (WIC) _____ | <input type="checkbox"/> Mantenimiento de Nino/ Pension |
| <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplemental (SSI) | <input type="checkbox"/> Verificacion de OSSE |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de crianza/Subsidio de Adopcion | <input type="checkbox"/> Otro/ Especifique |

Sección VI – Información de Desarrollo

Tiene usted alguna preocupación sobre el progreso de desarrollo de su hijo, físico o emocional? Alguna vez ha sido su hijo evaluado para ayuda especial? Tiene su niño un IEP o IFSP? Si lo tiene, por favor explique

Sección VII –Certificación

Certifico que la información proporcionada en esta aplicacion es verdad al mejor de mi conocimiento. Si se descubre que cualquier parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia podra ser terminada y puedo ser sujetado a una demanda legal. También entiendo que la informacion en esta aplicacion será sostenida en confianza total dentro de la agencia y es accesible a mí durante horas de oficina.

Firma de Padre/Guardián:

_____	_____	_____
Imprima Nombre (Padre)	Firma	Fecha

Official Use Only		
_____	_____	_____
Imprima Nombre (Directora del Programa)	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Imprima Nombre (Servicio de Familia)	Firma	Fecha
_____	_____	_____
Imprima Nombre (Departamento de Matricula)	Firma	Fecha