

Toda la información solicitada es importante. Por favor, complete la aplicación en su totalidad.

Marque todos los que apliquen: está interesado en:

Una visita de Bright Beginnings Visitas al hogar regular por el niño Guardería cualquier programa

1. ¿Necesita cuidado de niños para trabajar o estudiar? Sí / No 2. Esta enrollado en guardería? Sí / No Dónde _____
3. ¿Puede transportar a su niño al centro de cuidado de niños en Edwards o El Jebel? Sí No

¿Está embarazada? Sí No Si sí, ¿cuál es su fecha de espera? _____

¿Es éste su primer niño? Sí No Si no, por favor especifique cuantos hijos tiene _____

INFORMACION DEL GUARDIAN:

1. Nombre: _____

2. Fecha de Nacimiento: ____/____/____

3. Relación con el niño: _____

4. Es usted padre adoptivo de este niño: Sí No

5. Dirección de correo: _____

6. Dirección física: _____

7. Correo Electrónico: _____

8. Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

9. Tipo de Empleo: Tiempo Completo Medio tiempo

Temporal Desempleado

10. Ingresos del Guardián: _____

10. Número de dependientes: _____

11. Nivel de Educación completado: _____

12. Idioma hablado en el hogar

Primario _____ Secundario _____

INFORMACION DEL GUARDIAN:

1. Nombre: _____

2. Fecha de Nacimiento: ____/____/____

3. Relación con el niño: _____

4. Es usted padre adoptivo de este niño: Sí No

5. Dirección de correo: _____

6. Dirección física: _____

7. Correo Electrónico: _____

8. Teléfono de la casa: _____

Teléfono celular: _____

9. Tipo de Empleo: Tiempo completo Medio tiempo

Temporal Desempleado

10. Ingresos del Guardián: _____

11. Número de dependientes: _____

12. Nivel de Educación completado: _____

13. Idioma hablado en el hogar

Primario _____ Secundario _____

INFORMACION DEL NIÑO:

1. _____
Apellido del Niño Nombre del Niño Segundo nombre del Niño

2. Fecha de Nacimiento: ____/____/____ 3. Genero: Masculino _____ Femenino _____

4. ¿Tiene su niño un IFSP? Si No (Especifique tipo de discapacidad _____)

5. ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo o salud de su niño? Sí No Por favor, explique _____

6. ¿Ha participado alguna vez el niño o sus hermanos en el programa de EHS, NFP, Programa de Adolescentes Yampa o el Programa de Visitadoras Enfermeras? Yes No

7. ¿Tiene alguna preocupación o alguna razón por la cual decidió aplicar al programa? _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR: (Ésta es información requerida, por favor, conteste las preguntas en su totalidad.)

1. ¿Vive usted en un refugio, motel, vehículo o se muda con frecuencia entre las viviendas de parientes o amigos? Sí No

2. ¿Cuántas veces se ha mudado de hogar en los últimos 12 meses? _____

3. Marque los beneficios que recibe su familia: Medicaid WIC CCAP TANF estampillas de comida SSI

Otro _____

¿Cómo se enteró acerca de nuestros programas?

Folleto Otra familia de Early Head Start Radio Otros _____

Toda información se guarda en estricta confidencia

Yo, _____ autorizo la divulgación de la información anterior, para poder ser contactado y participar en los programas de servicios de los niños y de la familia del Condado de Eagle. FIRMA _____ FECHA _____