

Ayudando a las personas, cambiando vidas desde 1965

Programas de Educación Temprana y Cuidado de Niños Aplicación

Estimado solicitante: ¡Gracias por su interés en nuestro programa! Por favor complete esta solicitud lo más detallado posible.

Head Start/Desarrollo Infantil	Programa de Asistencia para el Cuidado de Niños (CCAP)			
Niños de 0 a 5 años.	Niños de 0 a 13 años.			
Una (1) aplicación por Nino.	Solo una (1) solicitud por familia.			
• Los documentos son requeridos de ser presentados junto con la solicitud.	 Los documentos NO son requeridos de ser presentados junto con la solicitud. 			
Sí tiene alguna pregunta o necesita ayuda con la aplicación, no dude en llamar al (559) 415-7263 o al (559) 415-7227				
Por favor devuelva la aplicación a:	Por favor devuelva la aplicación a:			
To ravor devaered a apricación a.	<u>kcaocel.org</u> o			
enroll@kcao.org o	Kings Community Action Organization			
Kings Community Action Organization	Atención: Programa de Asistencia para el Cuidado de			
Atención: Técnico de Inscripción	Niños			
1130 N. 11 th Ave.	1130 N. 11 th Ave.			
Hanford, CA 93230	Hanford, CA 93230			

Las solicitudes de Head Start y Desarrollo Infantil requieren copias de los documentos que se enumeran a continuación.

POR FAVOR PROPORCIONE UN DOCUMENTO DE CADA CATEGORÍA				
NACIMIENTO	PRUEVA DE DOMICILIO	INGRESO		
☐ Certificado de nacimiento	NO P. O. BOX	☐ Formularios W-2 (o)		
☐ Certificado del hospital	☐ Factura de servicios públicos	☐ Talones de cheques de los 12		
☐ Certificado de Bautizo	☐ Contrato de alquiler/recibo	meses anteriores (o)		
	☐ Talones de cheque/formulario W-2	Acuerdo de crianza temporalAsistencia pública		
IDENTIFICACION CON FOTO	☐ Otra correspondencia con dirección	Ingreso del Seguro Social		
	☐ Licencia de conducir	(SSÍ)		
☐ ID de los Padres	☐ Tarjeta de identificación	 CalWORKS o CalFresh 		
	☐ Declaración de personas Sin hogar			

PROPORCIONE LOS SÍGUIENTES DOCUMENTOS, SÓLO SÍ CORRESPONDE A USTED:					
DISCAPACIDADES	TARJETA MÉDICA	Registro de Vacunas	OTROS DOCUMENTOS		
> IFSP > IEP	Medí-CalSeguro Privado	 Registro de Vacunas) (Requerido para la inscripción) Examen físico actual (Requerido para la inscripción) 	 orden de custodia Tutela Temporal Acuerdo de Adopción Acuerdo de Crianza 		

Kings Community Action Organization no discrimina por motivos de color, etnia, religión, discapacidad, edad, género, orientación sexual o cualquier otro factor prohibido por la ley.



mensajes a mensajes de texto de su compania mobil.

Programas de educación temprana y cuidado

SOLO USO DE OFICINA:				
	Edades 0-5		HS/CD	
	Edades 5-13		CCAP	

Avudando a las personas, cambiando vidas desde 1965

Ayadando d las personas, cambiando vidas desde 1505				
¿Qué programas de educación temprana y cuidado infantil le interesan? (Marque una X a todo lo que corresponda)				
		d Start (0 Anos-5 Años)	☐ Ambos	
* Manager la Cincianta ancilla CC al Adulta y 0.4 a al Adulta y 0.2 and la la				
* Marque la Siguiente casilla Sí el Adulto n.º 1 o el Adulto n.º 2 en el ho	ogar son empleados actuale	s de RCAU		
Niño(a) (que recibirá servicios solamente)				
Nombre Segundo Nombre Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento	Genero	
			☐ Hombre ☐ Mujer	
Raza	Hispano	Lenguaje Primario	Otro Lenguaje	
☐ Asíático(a) ☐ India americana / nativa de Alaska ☐ Blanco	□ Sí			
☐ Negro ☐ Hawaiana / isleña del Pacífico	□ No			
¿Usted o algún miembro de su familia recibe servicios de alguno de l				
☐ Medi-Cal ☐ Cal-Fresh	□ WIC □ Head Start	Por favor provee	el ingreso reportado en la aplicación:	
☐ Cal-Fresh ☐ Programa de ASístencia Alimentaria de California	☐ Early Head S	itart \$		
☐ El Programa Federal de Distribución de Alimentos en la Reserva In	•			
-				
Adulto #1 – Vive en el Hogar*			parazada	
Nombre Segundo Nombre Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento		
			☐ Hombre ☐ Mujer	
Estatus Matrimonial Tipo	de Padres: Por favor maq	ue uno Lenguaje Primario	Otro Lenguaje	
□ Soltero □ Divorciado(a) □	· ·	ptivo		
□ Casado(a) □ Viudo(a) □ □ Separado □ Viviendo Juntos □		rianza entesco		
Ingresos: marque todo lo que corresponda (incluya la cantidad) Salario: Compensa	☐ No Apli aSíon del trabajador		n de Hijo(a)s	
·			al	
			eguro Social	
		□ Otro		
□ Desempleao				
Adulto #2 – Vive en el Hogar* No Ap			nbarazada	
Nombre Segundo Nombre Apellido	Sufijo	Fecha de Nacimiento		
			☐ Hombre ☐ Mujer	
•	de Padres: Por favor maq		Otro Lenguaje	
□ Soltero □ Divorciado(a) □ □ Casado(a) □ Viudo(a) □	-	ptivo rianza		
□ Separado □ Viviendo Juntos □		entesco		
Ingresos: marque todo lo que corresponda (incluya la cantidad)	☐ No Apli	ra		
	aSíon del trabajador		n de Hijo(a)s	
			al	
			eguro Social	
		□ Otro		
□ Desempleao				
Información del Contacto				
Domicilio Físico: Apt. #:	Ciudad:		Código postal:	
D: '' (6' 15'		6: 1 1	2/11	
Dirección de correo: (Sí es diferente al físico) Apt. # Ciudad: Código postal:				
		Correo Electrónico:		
Número de teléfono: CASA () MOBIL: ()				
Numero de telerono: CASA () MOBIL: ()				

OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA QU	E VIVEN EN E	L HOGAR Y SON APOYADOS I	POR SUS INGRESOS	Sí no Aplica (Pa	ase a la Siguiente sección)
Nombre Legal:	Genero	Fecha de Nacimiento	Relación	El Nino(a) neces Cuidado de niño	
	□Н			□ Sí	☐ Sí, programa:
	□ M □ H □ M			□ No □ Sí □ No	☐ Sí, programa::
	□ H			□ Sí □ No	☐ Sí, programa::
	□ H			□ Sí □ No	☐Sí, programa::
Vivienda					
	n un motel, ho	otel, campamento, edificio abai	ndonado, remolgue,	en un automóvil o vivien	ida compartida con amigos o familiares?
	sí, podemos A	•	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		
Servicios de Apoyo					
¿Tiene su hijo un IEP o IFSP actual? (P ☐ Sí ☐ No	roporcionar d	ocumento)	¿Su hijo recibe s ☐ Referido por	ervicios de estas agencia CPS	as?
¿Se sospecha que su hijo tiene una disc	apacidad o ur	n retraso (por ejemplo, del hal	ola, del aprendizaje,	etc.) por parte de un pr	rofesional o de un padre? 🔲 Sí 🔲 No
Lenguaje					
1. ¿Qué idioma(s) escucha su hijo e	n casa? Esto i	ncluye el(los) idioma(s) que h	ablan los padres, ab	uelos, hermanos, famili	a extendida u otras personas que
viven dentro o visitan el hogar.					
2. ¿Qué idioma(s) escucha su hijo e					
Por ejemplo, con amigos y vecir	nos, en la igles	sia o en programas o actividad	les extracurriculares	s. Esto es para demostra	r la exposición al idioma, no para medir
el dominio del idioma					
3. ¿Qué idioma(s) entiende su hijo?					
4. ¿Qué idioma(s) habla su hijo?		·			
Estatus Agrícola					
¿Se ha mudado la familia completa d	e un estado a	otro con el propósito de ded	licarse al trabajo ag	rícola? 🛮 Sí 🔻	No
¿Si es así, la familia se mudó a dónde?)	¿Cuántas	veces en los último		echa de la última mudanza Agrícola:
¿Toda la familia se ha mudado de un	condado a ot	ro con el propósito de partici	par en el trabajo de	e la agricultura?	Sí □ No
¿Si es así, la familia se mudó a dónde?		¿Cuántas	veces en los último		echa de la última mudanza Agrícola:
¿Cómo se enteró de nuestro	s servicio	s? (Encierre en un círc	culo todo lo que	e corresponda)	
Sitio Web de KCAO	De Palabr	•	Pasados	De Paso	Facebook
Folleto			al de KCAO	Evento de la comun	
FIRMAS: Al firmar esta solicitud, o	doy mi conse	entimiento para estar en la	a lista de espera p	para todos los progra	mas para los que califican mis hijos.
He revisado cuidadosamente la inforr completa y correcta. Además, entieno información engañosa; la información	do que esta es	una solicitud de servicios que	se pagan con fond	os federales/estatales y	que intencionalmente proporciona
Firma del padre/tutor:				Fecha:	
	ue se pagan c	on fondos federales/estatales	y que proporcionar	· ·	ompleta y correcta. Además, entiendo inexacta o falsa de manera intencional
Firma del Personal:				Fecha:	