Estado de Illinois
Departamento de Servicios Humanos - Head Start, Trabajdores Migratorios y de Temporada

Información del Solicitante

1.A. Circunstancias y Recursos de la Familia (Uno por familia)

Fecha de Hoy:_____

Nombre del Padre / Madre:_____

(Marque uno) ☐ Familia con dos padres ☐ Familia con un sólo padre / madre

¿Está la familia desamparada? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene la familia un niño con discapacidades? ☐ Sí ☐ No

¿Es el Niño de Crianza? ☐ Sí ☐ No

☐ Trabajador Migratorio ☐ Trabajador de Temporada

Actualmente, ¿trabaja el padre / madre / tutor en agricultura? ☐ Uno ☐ Ambos

Actualmente, ¿trabaja el padre / madre / tutor en una rama que no sea agricultura? ☐ Sí ☐ No

¿Están los padres en un entrenamiento para empleo o van a la escuela? ☐ Ninguno ☐ Uno ☐ Ambos

Número de niños en la familia: _____

Total de ingresos combinados de agricultura: $_____ Total de ingresos combinados de otro origen $_____

Ingreso anual bruto: $_____

Esta sección debe ser completada por el Director Delegado ¿Sobrepasó el ingreso? ☐ Sí ☐ No

Número de prioridad de la inscripción: _____

Firma del Director: _____

1.B. Ingresos de la Familia

Nombre del Padre / Madre: _____

Complete el cuadro de ingresos para ambos padres/tutor que contribuyen a los ingresos totales de la familia. Escriba la fecha y tipo de ingresos ganados y no ganados, durante los últimos 12 meses.

Primer Padre / Madre / Tutor

Fechas de Empleo		Nombre del Empleado & Dirección u Origen de otros Ingresos Que No Son de Trabajo	Cantidad de Ingresos	
			Agricultura	Otro

Segundo Padre / Madre / Tutor

Fechas de Empleo		Nombre del Empleado & Dirección u Origen de otros Ingresos Que No Son de Trabajo	Cantidad de Ingresos	
			Agricultura	Otro

1.C. Formulario Para Verificación de Elegibilidad

1. Nombre del niño: _____ 2. Fecha de Nacimiento del Niño: _____

3. Fecha que el niño entró al programa: _____

4. Verifique elegibilidad. Marque en cuál de las siguientes categoría este niño es elegible: PARA SER COMPLETADO POR EL DIRECTOR

Ingresos

- ☐ Por debajo del nivel federal de pobreza
- ☐ Entre el 100-130% del nivel federal de pobreza (no más del 35% de los niños inscritos deben estar bajo esta categoría)
- ☐ Sobrepasó ingresos *(cuenta como parte del 10% que es el máximo para los programas que no son de AI/AN)*
- ☐ Sobrepasó los ingresos de AI/AN *(se cuenta como parte del 49% que es el máximo para programas que no son de AI/AN)*

☐ Asistencia Pública

☐ Desamparado

☐ Crianza de Niños Menores (Foster Care)

☐ SSI

5. ¿Qué documentación se usó para determinar la elegibilidad?

☐ Formulario de Impuestos 1040

☐ W-2

☐ Documentación de TANF

☐ Talón de pago o nómina de pago

☐ Desempleo

☐ Documentación de que no tiene ingreso _____

☐ Declaraciones por escrito de empleadores

☐ Reembolso por Crianza de Niños Menores (Foster Care)

☐ Documentación de SSI

☐ Otro Si es otro, por favor explique: _____

6. Firma del Personal: _____ Fecha: _____

7. Firma del Director: _____ Título: _____

Fecha: _____

2.A. Registros de Salud

Complete uno para cada niño en la familia que es elegible para servicios Head Start.

Nombre del Padre / Madre: _____ Nombre del Niño(a): _____

¿Estuvo su niño matriculado anteriormente en Head Start u otro programa para niños? Si es sí, ¿cuándo? De:_____ hasta: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

Fecha del último examen de salud de su niño:_____ Nombre del Médico: _____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

Fecha de la última cita con el dentista: _____ Nombre del Dentista:_____

Dirección: _____

Calle Ciudad Estado Código Postal Teléfono

(Obtenga copias o consentimiento firmado sobre información de los expedientes de salud o dentales.)

¿Tiene su niño registros de vacunas, salud y dentales? ☐ Sí ☐ No (Si contestó sí, obténgalo de los padres)

¿Tiene su niño una tarjeta médica de Illinois? ☐ Sí ☐ No (Si contestó sí, obténgalo de los padres)

Si contestó no, ¿necesita ayuda para solicitar una? ☐ Sí ☐ No

¿Está su niño inscrito en WIC? ☐ Sí ☐ No Si es sí, condado del programa WIC: _____

Mientras vive en este sector, ¿dónde obtiene cuidado de salud y cuidado de emergencia?

☐ Clínica Para Trabajadores Migratorios

☐ Otro _____

2.B. Registro del Niño

Complete uno para cada niño NUEVO que entra al programa

Nombre de Padre / Madre: _____

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nac. _____ / _____ / _____ ☐ M ☐ F

Étnia del niño: (marque uno) ☐ Hispano u origen Latino ☐ No-Hispano / No es de Origen Latino

Raza del Niño (marque uno)
- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Afroamericano
- ☐ Biracial o Multi-racial
- ☐ Blanco
- ☐ No especificado
- ☐ Nativo de Hawái / Isleño del Pacifico
- ☐ Otro _____

Idioma primario del niño ☐ Español ☐ Inglés ☐ Otro _____

Estas preguntas nos ayudarán a entender a su niño mejor.

1. ¿Puede decirme una o dos cosas en las que su hijo está interesado o que hace muy bien?

   a. _____ b. _____

2. ¿Toma su niño la siesta? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó sí, ¿a qué hora y por cuánto tiempo? _____

3. Si su niño tiene dificultad para dormir, ¿tiene pesadillas frecuentes, está irritable, no duerme por lo menos 8 horas, etc.?

   ☐ Sí ☐ No

   Si contestó sí, explique: _____

4. ¿Cómo actúa su niño con los adultos que no conoce?

Información del Solicitante

5. ¿Cómo actúa su niño cuándo juega en un grupo con otros niños?

6. ¿Se preocupa mucho su niño , o le tiene miedo a algo? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, explique _____

7. ¿Qué causa que su niño llore? ¿Qué hace usted para consolarlo?

8. Ha habido algún cambio grande o problemas en la vida de su niño en los últimos seis meses que podrían afectarlo?

☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, explique _____

9. ¿Hay algo más que le gustaría que nosotros supieramos sobre su niño que nos ayudaría a cuidarlo?

☐ Sí ☐ No Si contestó sí, explique _____

10. ¿Tiene su niño una discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, explique _____ ☐ IEP ☐ IFSP

¿Necesita acomodaciones especiales? _____

11. ¿Tiene usted alguna preocupación con el desarrollo de su niño? ☐ Sí ☐ No

Si contestó sí, explique _____

12. ¿Está entrenado su niño a ir al baño solo? ☐ Sí ☐ No ¿Está en el proceso de ser entrenado? ☐ Sí ☐ No

El NIÑO: ☐ Come alimentos Sólidos ☐ Toma leche de Pecho ¿Núm. de onzas? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Tipo de leche (entera, fórmula con o sin hierro)? _____

NOTA: PROVEA UNA COPIA A TODOS LOS COORDINADORES Y AL MAESTRO DEL NIÑO TAN PRONTO EL NIÑO SEA ACEPTADO

2.B.C.I. Registro del Niño & Historial Médico - Actualizado

Complete uno para cada niño en la familia que ha asistido ANTES a Head Start y actualmente, es elegible para servicios de Head Start.

Nombre del Padre / Madre: _____

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nac.: _____ ☐ M ☐ F

Idioma primario del Niño ☐ Español ☐ Inglés ☐ Otro _____

Estas preguntas nos ayudarán a entender a su niño mejor.

1. ¿Ha desarrollado su niño nuevos intereses desde el año pasado? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó sí, explique _____

2. ¿Todavía toma su niño una siesta? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó sí ¿cuándo y cuánto tiempo? _____

3. Si su niño tiene dificultad para dormir, ¿tiene pesadillas frecuentes, está irritable, no duerme por lo menos 8 horas, etc.?

   ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, explique _____

4. ¿Ha notado algún cambio en el comportamiento de su niño con adultos y con otros niños? ☐ Sí ☐ No

   Si es sí, explique _____

5. ¿Ha desarrollado su niño nuevos temores o a menudo se pone de mal humor, o llora y usted no puede entender el por qué?

   ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, explique _____

6. ¿Hubo algún cambio grande en los últimos seis meses que podrían afectar a su niño? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó sí, explique _____

7. ¿Hay algo más que le gustaría que nosotros supieramos acerca de su niño que nos ayude a cuidarlo mejor?

   ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, explique _____

8. ¿Tiene su niño una discapacidad? ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, explique _____ ☐ IEP ☐ IFSP

   ¿Necesita acomodaciones especiales? _____

9. ¿Tiene alguna preocupación con el desarrollo del niño? ☐ Sí ☐ No Si es sí, explique _____

10. ¿Está entrenado su niño a ir al baño solo? ☐ Sí ☐ No ¿Está en el proceso de ser entrenado? ☐ Sí ☐ No

    ¿Quiere que nosotros le ayudemos en el proceso? ☐ Sí ☐ No

11. ¿Tiene su niño condiciones que podrían ser importantes en una EMERGENCIA?

    Asma: ☐ Sí ☐ No ¿Tiene Diabetes? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene convulsiones? ☐ Sí ☐ No

    Otro: ☐ Sí ☐ No Si contestó sí, explique: _____

ALERGIAS: (DETERMINADO POR EL MÉDICO)

¿Tiene picaduras de insectos? ☐ Sí ☐ No Si es sí, qué insectos y explique la reacción: _____

Alimentos: ☐ Sí ☐ No Si es sí, qué alimentos y explique la reacción: _____

Medicinas: ☐ Sí ☐ No Si es sí, qué tipo de medicina y explique la reacción: _____

El NIÑO: ☐ Come alimentos Sólidos ☐ Toma leche de Pecho ¿Núm. de onzas? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Tipo de leche (entera, fórmula con o sin hierro)? _____

Información del Solicitante

2.C. Historial de Salud

Complete uno para cada NUEVO niño que entra al programa.

Nombre del Niño: _____ Nombre del Padre / Madre: _____

1. ¿Tuvo la madre algún problema de salud durante el embarazo o parto? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó sí, explique _____

2. ¿Visitó la madre al médico menos de dos veces durante el embarazo? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó sí, explique _____

3. ¿Nació el niño fuera de un hospital? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó sí, explique _____

4. ¿Cuál fue el peso del niño al nacer? _____Libras. _____Onzas.

5. ¿Permaneció el niño o la madre en el hospital más tiempo de lo usual? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó sí, ¿por qué? _____

6. ¿Está la madre actualmente embarazada? ☐ Sí ☐ No

7. Actualmente, ¿es tratado el niño por un médico o dentista? ☐ Sí ☐ No

   Si contestó sí, explique _____

8. Tiene su niño con frecuencia: (marque todo lo que aplica)

   ☐ dolor de garganta ☐ tos ☐ dolor de oído ☐ infecciones de la vista ☐ resfrios o catarro
   ☐ vómitos ☐ diarrea ☐ infecciones urinarias ☐ dolor de estómago

   Explique sus respuestas

9. Ha tenido su niño: ☐ varicela ☐ paperas ☐ sarampión ☐ rubéola ☐ polio
   ☐ fiebre escarlatina ☐ tos ferina ☐ fiebre reumática ☐ enfermedad de hígado

   Explique sus respuestas

10. ¿Tiene el niño algún problema de salud que afecta su actividades diarias? ☐ Sí ☐ No

    Si contestó sí, explique _____

    ¿Le dijo un médico u otro profesional de salud que su niño tiene este problema? ☐ Sí ☐ No

    Si contestó sí, ¿cuándo le dijo? _____