

FSGC APLICACIÓN para Todos los Programas

1402 E. Craig, Moses Lake, WA 98837

(509) 766-9877 ext. 404

Aplicaciones necesitan ser **completadas** totalmente; no somos responsables por aplicaciones incompletas. Información completa nos ayudara en priorizar la elegibilidad de su familia. Por favor de asegurar de reportar todos/cualquier cambio a su aplicación inmediatamente.

Para que programa está aplicando:

___ Early Head Start a Temprana Edad (prenatal a 3 años)

___ Head Start (Niños de 3 años a 5 años)

___ Centro de Aprendizaje y Cuidado (1 mes a 3 años)- ***Todos los que apliquen deben calificar para el programa del estado Working Connections Child Care/Programa de Subsidio de Cuidado Infantil (WCCC) esto es por medio de Washington Connections número de teléfono 1-844-626-8687.**

Actualmente Embarazada: ___ Si ___ No fecha de parto ___/___/___ (Si se solicita servicios prenatales, vaya a información del cuidador primario).

Información Del Niño

Nombre Del Niño:

Fecha de Nacimiento:

Género: Varón Femenina

Lenguaje Primaria del Niño:

Otro Lenguaje:

El niño vive con: Un padre/guardián Dos padres/Guardianes

¿Nos da permiso de obtener las vacunas de su niño por medio del Perfil de Niños? sí no

Información De la Padre/Guardián Primario

Nombre:

Relación al Niño:

Lenguaje Primario:

Lenguaje Secundario

Género: Varón Femenina

Fecha de nacimiento

Teléfono de casa:

Celular:

Numero de Mensaje:

Correo Electrónico:

Dirección del Hogar:

Ciudad/Estado/Código Postal

Buzón de Correo:

Ciudad/Estado/Código Postal

Numero de personas en la familia (sostenidas por los ingresos de los padres):

en la casa:

Vivienda Corriente: <input type="checkbox"/> Sin hogar* <input type="checkbox"/> Propia <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Otro _____ Recibiendo TANF <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Recibiendo SNAP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Recibiendo SSI: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No El niño esta' en cuidado de crianza: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No * Sin Hogar: Según la ley federal de McKinney-Vento, significa que su familia está viviendo en su carro, el parque, un campamento u hotel, un refugio de emergencia, o su familia está viviendo con otra familia temporalmente; documentación de la situación de estar sin hogar puede ser recibida antes de la matriculación.		
Información Del Segundo Padre/Guardián <input type="checkbox"/> No hay Pariente Secundario		
Nombre:		Relación al Niño:
Género: <input type="checkbox"/> Varón <input type="checkbox"/> Femenina	Fecha de nacimiento:	TANF o SSI
Lenguaje Primaria:		Lenguaje Secundaria:
Teléfono de casa:	Celular:	Numero de Mensaje:
**Datos Igual del Pariente Primario: <input type="checkbox"/>		
Dirección de casa:		Cuidad/Estado/Código Postal:
Buzón de correo:		Cuidad/Estado/Código Postal:

FSGC no discrimina por raza/étnica, el credo, la religión, el estado civil, orientación sexual, origen nacional, el sexo, la edad, ni mental/sensorio/incapacidad física.

Yo comprendo que la información que ha provenido en esta aplicación es confidencial y no será compartida sin mi permiso. Además, entiendo que esta aplicación es para servicios que son pagados con fondos federales y que, previendo intencionalmente información falsa, información inexacta o mentirosa puede resultar en que mi niño sea des enrolado del programa de Head Start Temprana Edad/Head Start y me puede traer serias consecuencias legales.

Firma del Padre: _____

Fecha: _____



Servicios de Familia del Condado de Grant

Lo que debe hacer para aplicar a Head Start-Pre-escolar (3-5 años), Early Head Start Temprana Edad (prenatal- 3 años), o Early Care Learning Center (guardería de 1 mes a 3 años):

_____ COMPLETAR y entregar la APLICACIÓN para el NIÑO

_____ El Personal PROGRAMARÁ UNA CITA CON USTED

Kitty Thomas 509-350-9344- English
Yolanda Valencia-509-771-9086- Spanish

Por favor de llamar si no puede contactar a cualquier de los números anteriores:

Lori Bennett 509- 760-5781 -English

_____ PRUEBA DE INGRESO POR LOS ÚLTIMOS 12 MESES para la FAMILIA será necesario
Si no está seguro de qué información se necesita, pregunte con claridad cuando se le llame para la cita.

_____ ACTA DE NACIMIENTO DEL NIÑO (u otra prueba de fecha de nacimiento)

_____ INMUNIZACIONES (Vacunas) del NIÑOS. SI NO SE CONCEDE PERMISO PARA EL
ACCESO AL PERFIL DEL NIÑO o INMUNIZACIONES FUERA DEL ESTADO

_____ TARJETA DE seguridad MEDICA O Cupón MEDICO del ESTADO / PROVEEDOR 1 DEL
ESTADO.

TODAS las aplicaciones completadas serán procesadas en tiempo necesario. Los niños elegibles serán ubicados en la lista de espera del programa.

Los niños son seleccionados para los servicios del programa de acuerdo a el Proceso de Priorización de las Normas de Desempeño de Head Start (requisito federal). Un niño con la mayoría de los puntos indica que es un niño con las mayores necesidades. LOS PADRES SERÁN NOTIFICADOS CUANDO UNA APERTURA ESTÉ DISPONIBLE PARA INSCRIBIRSE: PADRE, POR FAVOR MANTENGA SU INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CORRIENTE.

Si tiene alguna circunstancia familiar atenuante que considere que debemos considerar para su familia, comuníquese con el especialista en inscripciones. Gracias por su interés en FSGC Head Start / Early Head

Si solicita el Centro de Aprendizaje de Cuidado Temprano (1 mes a 3 años *TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN CALIFICAR PARA Working Connections Child Care (WCCC) Esto se hace a través de DSHS por teléfono Llame al 1-844-626-8687