

CAP Cayuga Seneca
89 York St., Suite 1
Auburn, NY 13021

Solicitud de elegibilidad

Informacion general del cuidador principal

Nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Genero:		Fecha de solicitud:		Fecha de nacimiento:	
Idioma:		Otro idioma:		Recepcion de WIC:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Origen etnico:	<input type="checkbox"/> Latino	HEAP:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Sellos de Alimentos/ SNAP	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Raza: <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Birracial/multirracial <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Caucasico <input type="checkbox"/> Nativo American <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> No especificado	Nivel de Educacion: <input type="checkbox"/> Licenciatura o Grado Avanzado <input type="checkbox"/> Titulo Universitario o Certificado Escolar <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria <input type="checkbox"/> No la secundaria <input type="checkbox"/> Algunos Universitarios/Vocacionales/Grado de Asociado <input type="checkbox"/> Grado mas alto completado _____ <input type="checkbox"/> Desconocido
---	--

Situacion de empleo: <input type="checkbox"/> Agricultor <input type="checkbox"/> Entrenamiento a tiempo completo <input type="checkbox"/> Empleado de tiempo completo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Tiempo complete Capacitacion Para el trabajo/Escuela PT <input type="checkbox"/> Trabajador Agricola Migrante <input type="checkbox"/> Capacitacion a tiempo parcial Empleado a tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado o Discapacitado <input type="checkbox"/> Capacitacion laboral o en la escuela <input type="checkbox"/> Empleado estacional <input type="checkbox"/> Trabajador de granje estacional <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Desconocido	Nombre del empleador/nombre de la escuela:		
	Veterano del ejercito de los Estados Unidos:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Miembro del ejercito de los Estados Unidos en servicio activo:		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
	Telefono (Hogar):		
	Telefono (movil):		
	Telefono (trabajo):		
	Correo electronico:		
	Domicilio:		
	Ciudad:		
	Estado:		
Codigo postal:			

Estructura Familiar: <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Dos Padres	Numero en familia:	Numero en el hogar:	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Otros
--	---------------------------	----------------------------	--

*Padres/ Guardian(es) Mejor Descriptor <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Relativo que no sea abuelo <input type="checkbox"/> Padre adoptivo no incluyendo relativo <input type="checkbox"/> Otro	Tipo de familia: <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Madre soltera <input type="checkbox"/> Hogar de dos padres <input type="checkbox"/> Dos padres solteros <input type="checkbox"/> Otro	Deshabilitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Seguro medico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especificar seguro medico: <input type="checkbox"/> BCBS <input type="checkbox"/> Medicaid/ CHIP <input type="checkbox"/> Financiado por el estado <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro
--	--	---

Vivienda actual: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Otro	Comentarios:
--	---------------------

Sin cuidador secundario (omitir la solicitud para el cuidador secundario)

Informacion general del cuidador secundario

Nombre:		Segundo nombre:		Apellido:	
Genero:		Fecha de solicitud:		Fecha de nacimiento:	
Idioma:		Otro idioma:			
Origen etnico:	<input type="checkbox"/> Latino				

Raza: <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Birracial/ Multirracial <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Caucasico <input type="checkbox"/> Nativo American <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> No especificado	Nivel de Educacion: <input type="checkbox"/> Licenciatura o Grado Avanzado <input type="checkbox"/> Titulo Universitario o Certificado Escolar <input type="checkbox"/> ESL <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria <input type="checkbox"/> No la secundaria <input type="checkbox"/> Algunos Universitarios/Vocacionales/Grado de Asociado <input type="checkbox"/> Grado mas alto completado _____ <input type="checkbox"/> Desconocido
--	--

Situacion de empleo: <input type="radio"/> Agricultor <input type="radio"/> Entrenamiento atiempo completo <input type="radio"/> Empleado de tiempo completo <input type="radio"/> Ama de casa <input type="radio"/> Tiempo complete Capacitacion Para El trabajo/Escuela PT <input type="radio"/> Trabajador Agricola Migrante <input type="radio"/> Capacitacion a tiempo parcial <input type="radio"/> Empleado a tiempo parcial <input type="radio"/> Jubilado o Discapacitado <input type="radio"/> Capacitacion laboral o en la escuela <input type="radio"/> Empleado estacional <input type="radio"/> Trabajador de granje estacional <input type="radio"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="radio"/> Desempleados <input type="radio"/> Desconocido	Nombre del empleador/nombre de la escuela:	
	Veterano del ejercito de los Estados Unidos: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Miembro del ejercito de los Estados Unidos en servicio activo: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Telefono (Hogar):	
	Telefono (movil):	
	Telefono (trabajo):	
	Correo electronico:	
	Domicilio:	
	Ciudad:	
	Estado:	
Codigo postal:		
Deshabilitado: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Seguro medico: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Especificar seguro medico: <input type="checkbox"/> BCBS <input type="checkbox"/> Medicaid/ CHIP <input type="checkbox"/> Financiado por el estado <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro	Vivienda actual: <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Sin hogar

Declaro bajo pena de perjurio y las leyes del estado de Nueva York que la informacion anterior es verdadera y correcta hasta el mejor de mis conocimientos.

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

CAP Firma del Personal : _____ Fecha: _____

CAP Cayuga/Seneca
89 York St., Suite 1
Auburn, NY 13021
Aplicacion infantil

Nombre del niño:		Fecha de nacimiento:	
Fecha de solicitud:		Distrito Escolar:	
Genero:		Origen etnico:	<input type="checkbox"/> Latino
Cuidador primario:		Otro idioma:	
Idioma principal:		Traductor necesario:	

Race: <input type="checkbox"/> Asiatico <input type="checkbox"/> Bi-racial/ Multi-racial <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Caucasico <input type="checkbox"/> Nativo American <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> No especificado	Hogar Medico:	
	Fecha del ultimo examen fisico:	
	Hogar Dental:	
	Fecha del ultimo Dental:	
	Seguro medico:	<input type="checkbox"/> Medicaid/ CHIP <input type="checkbox"/> State Funded <input type="checkbox"/> Privados <input type="checkbox"/> Otros

Relacion con el cuidador primario	
Relacion con el cuidador secundario	

Informacion de elegibilidad:

Preocupacion cronica por la salud/Riesgo Embarazo:		Educacion adicional del cuidador:	
Falta de cuidado infantil:		Estado de Discapacidad (IEP IFSP):	
Salud mental:		No habla Ingles (LEP):	
Servicios de Proteccion Infantil:		Las necesidades basicas no se satisfacen:	
Sin vinculacion con los servicios de salud		Padre en prision:	
Sin hogar:		Abuso de sustancias:	
Violencia Domestica:		Cuidado de crianza/ Kinship:	
Padre Adolescente Actual:			

**Contactos de emergencia:
(No cuidador primario o secundario)**

Nombre	Relacion	Numero de telefono

Miembros adicionales de la familia:

Nombre:	D.O.B.	Nombre:	D.O.B.

CAP Cayuga/Seneca
 89 York St., Suite 1
 Auburn, NY 13021
 Head Start

Nombre del niño:		Fecha de nacimiento:	
Nombre del Padre:		Número de teléfono:	

Como se indica en mis iniciales, doy permiso al Programa de Head Start de CAP Cayuga/Seneca para obtener la siguiente información para mi hijo.

Fecha:	Inicial:	
_____	_____	<p>Para obtener y divulgar información a:</p> <p>Nombre del médico: _____</p> <p>Complete EPSDT, información física para incluir; hematocrito/hemoglobina, estado actual de inmunización para incluir la obtención de registro de inmunización de NYSIS, visión, resultados de la audición y cualquier tratamiento de seguimiento más reciente y planes de referencia.</p>
_____	_____	<p>Para obtener y divulgar información a:</p> <p>Nombre del dentista: _____</p> <p>Examen dental completo que incluye tratamiento de seguimiento y planes de referidos para incluir datos demográficos, citas, fechas/horas.</p>

¿Su hijo tiene alguna alergia (asma, alimentos)? Sí No

¿Necesitará su hijo tomar algún medicamento en la escuela? Sí No

Si es así, qué: _____

Firma del padre/custodio: _____

Firma del personal de Head Start: _____

De acuerdo con la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, esta institución tiene prohibido la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad.