



## Aplicacion Coordinada de East Carroll - 2022-2023

Esta aplicacion debe ser usada para aplicar en todas las locaciones.

Alguna vez ah aplicado para CCAP?  Si  No \_\_\_\_\_  
Fecha de aplicacion

Usted ah sido aprobado para CCAP?  Si  No

Usted esta en lista de espera para CCAP?  Si  No

**To Be Completed by the Program.** Indicate if child was:

Enrolled If enrolled, name of Program and Date Enrolled: \_\_\_\_\_

Placed on Program Waitlist  Placed on Community Waitlist

### Informacion del Estudiante

**Nombre del menor:** \_\_\_\_\_  
Primer Inicial de Segundo nombre Apellido

**Fecha de Nacimiento:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Numero de Seguro Social** \_\_\_\_\_

**Sexo:**  Masculino  Femenino **Raza:**  Blanco  Afro-Americano  Otra: \_\_\_\_\_

**Numero de Tel:** \_\_\_\_\_ **Numero de Tel Alternativo** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Direccion Fisica:** \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal

**Direccion Postal:** \_\_\_\_\_  
Calle

\_\_\_\_\_  
Ciudad Estado Codigo Postal

**Nombre de la persona que vive con el Menor:** \_\_\_\_\_

**Relacion con el Menor:** \_\_\_\_\_

El menor recibe Servicios de Educacion Especial? (IEP)  Si  No

El menor recibe Servicios de Habla? (IEP)  Si  No

El menor recibe Servicios de Intervencion Temprana ? (IFSP)  Si  No

El menor ah sido referido por Servicios Psicologicos?  Si  No  
 El menor tiene alguna discapacidad?  Si  No  
 Si es asi, que discapacidad tiene? \_\_\_\_\_

El menor recibe Beneficios de Discapacidad (SSI)?  Si  No  
 El menor tiene una probable discapacidad?  Si  No  
 Si es asi, que discapacidad tiene? \_\_\_\_\_

## Informacion de Ingresos de la Familia

Numero de Adultos en el Hogar: \_\_\_\_\_ Numero de Adultos con Ingresos en el Hogar: \_\_\_\_\_  
 Numero de menores en el Hogar: \_\_\_\_\_  Aprobados para USDA/CACFP Eligibility Determination

Nombre del Adulto:	Nombre de Empleador:	Ingreso Total:
Ingreso Total Familiar:		

**Nombre del Menor:** \_\_\_\_\_  
Primer nombre                      Inicial de Segundo Nombre                      Apellido

Instrucciones: Elija UN programa de CADA COLUMNA en orden de preferencia. Solo liste programas para los que usted califica.

Opcion 1	Opcion 2	Opcion 3
<input type="checkbox"/> Southside Elementary School	<input type="checkbox"/> Southside Elementary School	<input type="checkbox"/> Southside Elementary School
<input type="checkbox"/> Wee Learner's (Child Care)	<input type="checkbox"/> Wee Learner's (Child Care)	<input type="checkbox"/> Wee Learner's (Child Care)
<input type="checkbox"/> DCAA Head Start	<input type="checkbox"/> DCAA Head Start	<input type="checkbox"/> DCAA Head Start

\*\*Clasificacion de Primer o Segundo programa NO le garantiza inscripcion. Incripciones pueden ser limitadas por varios factores, incluyendo disponibilidad de espacios o preferencias para hermanos/residentes del area.

**Head Start Supplement- Esta pagina SOLO ES REQUERIDA SI Head Start is una de sus tres primeras opciones.**

\*\*\*Conteste estas preguntas SOLO si usted esta aplicando para Head Start.

<b>Padre Adolescente</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<b>Sin hogar en el ultimo año?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<b>Estado Civil</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		<b>Papel de Usted en el Hogar</b> <input type="checkbox"/> Madre/Figura Materna <input type="checkbox"/> Padre/Figura Paterna <input type="checkbox"/> Miembro del Hogar <input type="checkbox"/> Vive fuera del Hogar	
<b>Tipo de Familia</b> <input type="checkbox"/> Familia de dos padres <input type="checkbox"/> Familia adoptiva		Familia de un padre <input type="checkbox"/> (Figura Materna solo) <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>Estado Ocupacional Primario (solamente seleccione uno)</b>	<b>Trabajo de Paga:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (mas de 34 hroas por semana) <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (part time) <input type="checkbox"/> Temporal - No Agrícola <input type="checkbox"/> Temporal - Agrícola <input type="checkbox"/> Empleado y Atendiendo Escuela	<b>Si es Estudiante de Tiempo Completo y Trabaja Medio Tiempo</b> <input type="checkbox"/> Estudia para high school diploma/GED <input type="checkbox"/> Estudia para una calificacion en negocios <input type="checkbox"/> Estudia para un Titulo de Universidad <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Estudiante y Empleado	<b>Si es Empleado de Tiempo Completo y Estudiante de Medio Tiempo</b> <input type="checkbox"/> Estudia para high school diploma/GED <input type="checkbox"/> Estudia para una calificacion en negocios <input type="checkbox"/> Estudia para un Titulo de Universidad <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Estudiante y Empleado
	<b>Otro:</b> <input type="checkbox"/> En programa de formacion laboral <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Incapaz de trabajar por discapacidad <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado	<b>Nivel mas Alto de Educacion obtenido (seleccione solamente una)</b> <input type="checkbox"/> Escuela no completada <input type="checkbox"/> Escuela k-12 (sin diploma) <input type="checkbox"/> Graduado de High School / GED <input type="checkbox"/> Universidad (sin titulo)	
<b>El menos fue referido a Head Start?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		<b>Por quien fue referido:</b> <input type="checkbox"/> Sistema Educativo <input type="checkbox"/> Agencia Comunitaria <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<b>Income Verification: Staff Only</b>			
<input type="checkbox"/> Individual Tax Form <input type="checkbox"/> W-2 Form <input type="checkbox"/> Public Assistance <input type="checkbox"/> Unemployment		<input type="checkbox"/> Pay Stubs <input type="checkbox"/> Written Employer Statement <input type="checkbox"/> Documentation of No Income	
<input type="checkbox"/> Other: _____		Staff Signature: _____	

## Informacion Adicional:

Si el menor tiene hermanos **asistiendo actualmente** a uno de los programas de la lista, por favor complete lo siguiente :

Programa:

---

---

---

Hermano:

---

---

---

Si el menor tiene hermanos **aplicando actualmente** para uno de los programas de la lista, por favor complete lo siguiente:

Programa:

---

---

---

Hermano:

---

---

---

Como se entero sobre los programas participantes y los requisitos?

---

Yo entiendo que solamente UNA aplicacion se necesita completar para mi hijo, y doy mi permiso para que la informacion proveida aqui sea compartida con Children's Coalition - Lead Agency y otros programas en la red the East Carroll

\_\_\_\_\_  
**Nombre de Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Nacimiento**

\_\_\_\_\_  
**Firma de Padre/Tutor**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**