

Aplicación *More at Four* 2009-2010

Fecha:		Entrevistador:		Mes	Día	Año	
Nombre de Madre/Tutor				Fecha de Nacimiento:			
Nombre de Padre/Tutor				Fecha de Nacimiento:			
Nombre del Niño(a)				Fecha de Nacimiento:			
Niño(a) vive con				Relación:			
Dirección del niño(a)				Teléfono de Casa:			
Sexo del niño(a) <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F				Otro Teléfono:			
Cuidan al niño en algún sitio actualmente (nombre niño(a)?		<input type="checkbox"/> No acude a ningún sitio	<input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (menos de 4 horas al día) Nombre del Proveedor:	<input type="checkbox"/> Tiempo completo (mas de 4 horas a día) Nombre del Proveedor:	Es el niño(a) es ciudadano norteamericano? (esta pregunta no se usa para determinar la elegibilidad) <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		
Recibe subsidio para el cuidado del niño(a)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Otro Por Favor Explique _____ Respecto al subsidio, es usted: <input type="checkbox"/> Elegible sin recibir <input type="checkbox"/> Inelegible <input type="checkbox"/> En lista de espera		Si su hijo(a) no esta en un programa ahora, ha estado alguna vez inscrito en una guardería o preescolar? <input type="checkbox"/> Child Care medio tiempo (<4 horas al día) <input type="checkbox"/> Child Care tiempo completo (4+ horas al día) <input type="checkbox"/> Preescolar o Head Start Si estuvo cuando asistió? _____ / _____ mes / año a _____ / _____ mes / año		Cuantos miembros de la familia viven en la casa? <i>Marque todos los que aplican..</i> <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Papá <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Número de niños # _____ Familia total: # _____		Que categoría de ingresos identifica a su familia? <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Asistencia Pública (Work First, Food stamps, etc) <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Pensión Alimenticia <input type="checkbox"/> Otro _____	
Estado Civil? <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Otro _____		Ha (<i>nombre del niño</i>) sido diagnosticado con alguna necesidad especial? <input type="checkbox"/> Si Por favor explique _____ <input type="checkbox"/> El niño recibe atención por medio de Early Intervention Services. (IEP) <input type="checkbox"/> El niño recibió servicios por medio de intervención temprana a infantes (IFSP) <input type="checkbox"/> Sin necesidades especiales		Que problemas de salud tiene (nombre del niño)? <i>Marque todos los que aplican..</i> <input type="checkbox"/> Salud Frágil <input type="checkbox"/> Retraso en desarrollo <input type="checkbox"/> Enfermedad cronica (asma, alergias, diabetes, etc.) Por favor Explique _____ <input type="checkbox"/> Problemas Emocionales o de Conducta Por favor Explique _____ <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Sin problemas de salud			
Cuantas horas a la semana trabaja usted? _____ Y si aplica cuantas horas a la semana trabaja su esposo(a)? _____		Yo gano \$ _____ ANTES de impuestos <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes Mi esposo(a) gana \$ _____ ANTES de impuestos <input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes		Recibe: (si, si recibe cuanto por mes) <input type="checkbox"/> Asistencia Pública \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI o Pension \$ _____ <input type="checkbox"/> Desempleo \$ _____ <input type="checkbox"/> Pension para el niño \$ _____ <input type="checkbox"/> Cualquier otro ingreso \$ _____			

Aplicación *More at Four* (continúe)

Indicar que tipo de población pertenece cada miembro nombrado, si aplica. <i>Marque todos los que apliquen.</i>	Persona Principal que cuida los niños		Persona Secundaria que cuida los niños	
	<input type="checkbox"/> Migrante/Agrícola de temporada <input type="checkbox"/> Migrante/ Dependiente de temporada <input type="checkbox"/> No habla inglés <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Militar en servicio activo		<input type="checkbox"/> Migrante/Agrícola de temporada <input type="checkbox"/> Migrante/Dependiente de temporada <input type="checkbox"/> No habla inglés <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Militar en servicio activo	
	Persona Principal que cuida los niños	Persona Secundaria que cuida los niños	Niño(4-años de edad)	
Cual idioma(s) habla regularmente cada miembro de la lista? <i>Marque todos los que aplican</i>	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Otro _____	
Existe algún problema o inquietud para (<i>nombre del niño(a)</i>) o cualquier otro miembro de la familia?			Que servicios serán requeridos para (<i>nombre del niño(a)</i>)? <input type="checkbox"/> Cuidado antes de la escuela <input type="checkbox"/> Cuidado después de la escuela <input type="checkbox"/> Cuidado en día festivos <input type="checkbox"/> Cuidado en el verano <input type="checkbox"/> Ninguno	
Cómo se va a transportar al niño(a) hacia y desde la escuela?				

Por favor lea cuidadosamente, ponga su inicial en cada línea, firma y fecha.

- ❖ Yo certifié que la información anterior es correcta. Y que las fuentes de ingreso han sido reportadas. Entiendo que esta información es con el fin de recibir fondos estatales. Los oficiales de *More at Four* pueden verificar la información de esta aplicación.
- ❖ La información en esta forma puede ser usada para determinar la elegibilidad para el programa de *More at Four*. Entiendo que estoy proporcionando información para que mi hijo(a) sea considerado para el programa de *More at Four* administrado por Rockingham County Partnership for Children.
- ❖ Yo entiendo que si mi hijo(a) es seleccionada para participar en el programa de *More at Four*, la participación de la familia va a ser crítica para el éxito de mi niño. Yo/Nosotros nos comprometemos a participar como requiere el sitio de *More at Four*.
- ❖ Yo entiendo que si mi hijo(a) recibe el espacio en el programa de *More at Four*, Me van a requerir proveer la tarjeta con las vacunas registradas y el reporte de la evaluación acerca de la salud del niño completo por un doctor. El reporte de evaluación de la salud del niño es una forma del físico verde proporcionada por Rockingham County Partnership for Children.
- ❖ Yo doy permiso para que mi hijo(a) reciba evaluaciones auditivas, visuales, dentales y o de habla y lenguaje mientras acuda al programa de *More at Four*.

YO CERTIFICO QUE SOY EL PADRE/GUARDIAN DE EL NIÑO POR EL CUAL HA SIDO HECHA ESTA APLICACIÓN.

Persona principal (Requerida)

Fecha

Persona Secundaria (si esta disponible)

Fecha