

CONDADO DE BARRY NACIMIENTO-A-5 AÑOS APLICACIÓN PARA SERVICIOS

Nombre de Aplicante: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Esta sección es para dirigir el Acto de McKinney-Vento 42 U. S. C. 11435. Las respuestas a esta información de residencia ayudan a determinar los servicios que el solicitante puede tener derecho a recibir.

1. Es su dirección corriente un arreglo de vivienda temporario? SI No
 2. Si marco NO, salte esta sección

Si marco sí, contesta por favor las preguntas abajo.

Este arreglo de vivienda temporario es debido a pérdida de alberga o dificultad económica? SI No

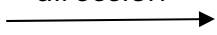
Dónde está el niño actualmente viviendo? (Verifique una caja)

- En un motel Moviendo del lugar a lugar
 En un refugio Con más de una familia en una casa o apartamento
 En un lugar no diseñado para dormir ordinariamente, como un coche, el parque, o lugar para campar.

Yo certifico que la información de encima en páginas 1 y 2 son verdad y exacto. Comprendo que si comprobación determina que cualquier parte de la aplicación es falsa, puede dificultar el proceso de aplicación. También comprendo que la información será contenido en confianza y determina elegibilidad y planificación del programa.

Firma del Aplicante: _____ Fecha: _____

De acuerdo con la ley Federal y U. S. El departamento de la Agricultura (USDA) política, esta institución es prohibida de discriminar por raza, por su color, por origen nacional, por el sexo, por la edad, o por la incapacidad. Para archivar una queja de discriminación, escribe USDA, el Director, la Oficina de Derechos Civiles, 1400 Avenida de Independencia, el SW, Washington, D. C. 20250-9410 o llama (800) 795-3272 o (202) 720-5964 (TDD). USDA es un proveedor igual de oportunidad y empleador.

Por favor mande o regrese esta aplicación a esta dirección

O A Su Head Start Local.

**Community Action
 Education & Children's Services
 Attention: Data Dept.
 175 Main Street / P.O. Box 1026
 Battle Creek, MI 49016**

Incapacidad y problemas de salud Sección de Identificación

Su niño tiene una incapacidad o problema de salud? SI No (Si marco NO, salte esta sección)

Su respuesta es voluntaria y la información proporcionada acerca de su niño es confidencial. Su no responde esto no será utilizado para excluir a su niño de la matriculación.

Si su niño está siendo, o algún día fue, evaluado para cualquiera de las incapacidades o problemas de salud? Por favor **INDIQUE**, todas las que correspondan.

*Si indica, por favor marque Si está confirmado / Calificado para servicios

	Evaluado	Confirmado/calificado
ADD/ADHD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Educativo (EARLY ON, Proyecto Find)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desórdenes Emocional/Conductistas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deterioro de oído/Sordera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Riñón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Incapacidad de Aprendizaje	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Atraso Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deterioro Ortopédico (físico)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deterioro de Discurso o Idioma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trauma al Cerebro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deterioro Visual /Ceguera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otros (por favor explique) _____		

Dónde proporcionan los servicios? Escuela/Agencia: _____

Especialista o Proveedor Medico (Nombre y #Tel) _____

Si su niño está recibiendo servicios, por favor firme Consentimiento de liberación de Información.

Consentimiento de liberación de Información

Community Action Educación y Services para Niños liberación de Información considerando a (Nombre del Niño): _____

YO, _____, como Padre/Guardián, por presente doy mi permiso para que Community Action ECS contacte los de arriba para información con respecto a mi niño.

 Firma de Padre/Guardián

 Fecha