UNION COUNTY COMMUNITY ACTION, INC.
HEAD START/EARLY HEAD START PROGRAM APPLICATION

HOME-BASED: **ANSON** **RICHMOND** **UNION**

CENTER: UNION- Winchester **ANSON**- Faison Morven Central **RICHMOND**- South Hamlet Fayetteville Street (circle one)

1. **Child's Legal Name**
Last_____First_____Birthday ____/____/_____

Child's SS#: _____,_____,_____ Race: Indian Asian Black Native Hawaiian White Bi-racial (circle one)

Sex: Male or Female Primary Language: _____

2. **Family living in household (*List only the family members LIVING in the home*):**

Primary Parent/Guardian of child	Birthday	Sex	Highest Grade Completed	Employer
_____ First and Last Name	___/___/____	____	_____	_____
_____ First and Last Name	___/___/____	____	_____	_____

Other Children Living in Household:	Birthday	Sex	Other Children:	Birthday	Sex
_____	___/___/____	____	_____	___/___/___	___
_____	___/___/____	____	_____	___/___/___	___
_____	___/___/____	____	_____	___/___/___	___

3. **Marital Status** (circle one): Married Divorced Widowed Single

4. **Mailing & Home address**_____
PO Box & Street City State Zip

5. **Directions to home**: _____
_____

6. **Phone** (Home) ( )_____,_____ Other Phone ( )_____,_____

7. **Child's Medicaid # or Health Insurance Policy #**: _____

8. **Child will get to program by (circle one)** B=Bus W=Walking P=Parent O=Other

9. **Does child have a disability?** Yes No Suspected **(Please attach available documentation from the doctor)**
For example: Speech delayed, Developmental, IEP (Individualize Education Program, IFSP (Individualize Family Service Plan) or etc.

10. **Referred to program?** Yes No Referring Agency/Person: _____

11. **Please check all that apply so that we can accurately determine the level of need for your family**:
- ❑ Receiving TANF/WORK FIRST/SSI (supplemental security income) – provide record of payment
- ❑ Family crisis – describe crisis:_____
- ❑ Pregnant – due date: _____ Doctor:_____
- ❑ Child currently in protective custody ☐ Substance abuse/Domestic Violence Issues
- ❑ Disabled Parent/Guardian – Name_____ Disability: _____
- ❑ Teen Parent ☐ Parent in educational training (GED/College)
- ❑ Child on waiting list previous year ☐ Child returning to program
- ❑ Child exposed to toxic stress(*medical, physical, or sexual abuse, moral turpitude, unstable home, area unsafe where child lives, parent/guardian has history of parental rights being terminated*)
- ❑ Homeless (*no housing, living in motel/hotel for lack of suitable housing, doubled up with family or friends due to economic conditions, runaway/throwaway children and youth, living in transitional housing, and etc.*)
- ❑ Parent active duty in Military
- ❑ Child's sibling enrolled – name of sibling and school year attended: _____

I certify that this information is true. If any part is false, my participation in this agency's programs may be terminated and I may be subject to legal action. I also understand that the information in this application will be held in strict confidence.

Signature: _____ **Date:** _____

Application updated: March 2018

UNION COUNTY COMMUNITY ACTION, INC.
APLICACION PROGRAMA HEAD START/EARLY HEAD START

BASADO EN EL HOGAR: **ANSON** **RICHMOND** **UNION**

CENTRO: **UNION** – Winchester **ANSON** – Faison Morven Central **RICHMOND** – South Hamlet Fayetteville (circule uno)

1. **Nombre Legal del/la Niño (a)**
Apellido _____ Nombre _____ Fecha de Nacimiento ____/____/_____

Seguro Social del/la Niño (a) _____, _____, ____ Raza: India Asiática Negra Nativo Hawaiano Blanca Biracial (circule uno)

Sexo: Masculino o Femenino Lenguaje Primario: _____

2. **Familia Viviendo en la casa (Liste SOLO los miembros que están VIVIENDO en la casa – Padres e hijos)**

Padre (s) / Tutor (es) del/la Niño (a)	Fecha de Nacimiento	Sexo	Grado Escolar Completado	Empleador
_____	___/___/____	____	_____	_____
Nombre y Apellido (s)				
_____	___/___/____	____	_____	_____
Nombre y Apellido (s)				

Otros niños viviendo en la casa:	Fecha de Nacimiento	Sexo	Otros niños:	Fecha de Nacimiento	Sexo
_____	___/___/_____	_____	_____	___/___/____	_____
_____	___/___/_____	_____	_____	___/___/____	_____
_____	___/___/_____	_____	_____	___/___/____	_____
_____	___/___/_____	_____	_____	___/___/____	_____

3. Estado Marital (circule uno): Casado(a) Divorciado(a) Viudo(a) Soltero(a)

4. Dirección Postal y Residencial: _____
Casilla de Correo (POB Box) y Calle Ciudad Estado Código Postal

5. Dirección de cómo llegar a su casa: _____
_____

6. Teléfono (Casa) ( ) _____,_____ Otro Número de Teléfono ( ) _____,_____

7. Número del Medicaid del/la niño (a) o Número de la Póliza Del Seguro Médico: _____

8. El/La niño (a) llegará al programa en (circule uno) B= Bus C= Caminando P= Padres O= Otros

9. Tiene el/la niño (a) alguna Discapacidad? Si No Sospecha usted de alguna? **(Por favor incluya documentación del doctor)**
Por ejemplo esto se refiere a: atraso en el habla, preocupación acerca del desarrollo normal del/la niño (a), otros.IEP(Programa de Educación Individualizada), IFSP(Plan de Servicio de Familia Individualizado)

10. Fue referido al programa? Si No Agencia/Persona que lo refirió: _____

11. **Por favor seleccione todo lo que aplique a su situación para que podamos determinar el nivel de necesidad de su familia:**

☐ Recibe TANF/WORK FIRST/SSI (Seguro Social Suplementario) – provea registros de pagos recibidos
☐ Crisis Familiar – describa la crisis: _____
☐ Embarazada? Fecha de Parto: _____Doctor: _____
☐ Está el Niño(a) en Custodia de Protección? ☐ Abuso de Substancias/Violencia Doméstica
☐ Padre/Tutor Discapacitado? – Nombre _____ Qué tipo de Discapacidad: _____
☐ Padre Adolescente ☐ Padre en Estudios de Capacitación (GED/College)
☐ Niño(a) en lista de espera el año anterior ☐ Niño(a) regresando al programa
☐ Niño(a) expuesto(a) al estrés tóxico (*médicamente, físicamente, o abuso sexual, depravación moral, hogar inestable, zona donde vive el/la niño(a) es insegura, padre/tutor tiene historia de la patria potestad haber sido terminada)*
☐ Familia sin hogar (*no vivienda, viviendo en un motel/hotel por falta de una vivienda adecuada, viviendo con familiares o amigos debido a condiciones económicas, huyendo/niños y adolescentes corridos de la casa, viviendo en vivienda de transición (temporalmente), etc.)*
☐ Padre en Servicio Militar
☐ Hermano(a) del/la niño(a) que estuvo matriculado – nombre del hermano(a)-año escolar que asistió: _____

Certifico que ésta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia pueden ser terminados y podría ser sujeto de una acción legal. También entiendo que la información en ésta aplicación será mantenida en estricta confidencia.

Firma _____ **Fecha:** _____