



375 Lake Blvd., Ste. #100
530-241-1036; Fax 530-241-2703

PY _____ SOLICITUD PARA SERVICIOS

Marcar TODOS los que correspondan:		☐ Nuevo	☐ Actualizar LE	☐ Bebé de Madre Embarazada
Familia con custodia compartida/Separada:		☐ Tutor/Familia 1	☐ Tutor/Familia 2	☐ Re-Matricular-Descanso de Servicios
☐ Cambio de Lugar de la Familia en LE:		☐ Re-Matricula-Solicitado por Padre		☐ 3er año en HS
☐ Transferir de Lugar a Mitad de Año a:		☐ Regresar/Transición EHS – HS		

A1. SOLICITANTE (NIÑO O MADRE EMBARAZADA) SOLICITANDO SERVICIOS *Solamente nombres legales

Primer Nombre	Segundo Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Género
				☐ Masculino ☐ Femenino
Idioma Primario del Solicitante SI NO ES Inglés: ☐ Español ☐ Otro:			Fecha del Parto:	

A2. PADRE/TUTOR: * Solamente Nombres Legales

☐ Padre ☐ Tutor ☐ Crianza Temporal	Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino			
SITUACIÓN DE EMPLEO: ☐ Estudiante ☐ Ama de Casa ☐ Sin Trabajo (con beneficios) ☐ Sin Trabajo (sin beneficios) ☐ Empleado (MT/TC) ☐ Trabajador Independiente ☐ Trabajo de Temporada: # Meses? _____ ☐ Jubilado ☐ Discapacitado						
Padre Trabajando/se necesita horario (solamente para Estatal/Colaboración)						
1. Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom
☐ Padre ☐ Tutor ☐ Crianza Temporal	Nombre:	Fecha de Nacimiento:	Género: ☐ Masculino ☐ Femenino			
SITUACIÓN DE EMPLEO: ☐ Estudiante ☐ Ama de Casa ☐ Sin Trabajo (con beneficios) ☐ Sin Trabajo (sin beneficios) ☐ Empleado (MT/TC) ☐ Trabajador Independiente ☐ Trabajo de Temporada: # meses? _____ ☐ Jubilado ☐ Discapacitado						
Padre Trabajando/se necesita horario (solamente para Estatal/Colaboración):						
1. Lun	Mar	Mié	Jue	Vie	Sáb	Dom

A3. DOMICILIO FAMILIAR

Dirección donde Viven	Línea 2	Código Postal	Ciudad	Estado
Condado de Residencia: ☐ Shasta ☐ Trinity ☐ Siskiyou ☐ Otro				
Dirección Postal (Si es diferente)	Línea 2	Código Postal	Ciudad	Estado
#Teléf. Primario para Contacto:	Tipo (Marcar Uno)	#Teléf. Alternativo:	Tipo (Marcar Uno)	
	☐ Celular ☐ Casa ☐ Trabajo		Celular Casa Trabajo	
Dirección de Correo Electrónico: 1: _____ 2: _____				

A4. Solamente FAMILIAS CON CUSTODIA COMPARTIDA/SEPARADA: Se requieren los documentos de la Corte y completar la Solicitud y el Formulario de Elegibilidad. Los documentos deberán ser completados por las dos familias que comparten la custodia. *SALTARSE si usted recibe TANF/CalWORKS.

Nombre del Niño: _____

B1. CRITERIOS DE SELECCIÓN ADICIONAL (Marcar todos los que correspondan)

☐ 5 años: No hay disponibilidad del Kínder

B2. SELECCIÓN DE PROGRAMAS Y NECESIDAD PARA EL CUIDADO(Ver tarjeta de referencia para las Opciones de los Programas)

POR FAVOR SELECCIONAR UNO DE CADA UNO

EHS o HS; Basado en el Hogar Basado en el Centro Cuidado Familiar Infantil BH ok? Si No
Nombre del Lugar: _____ Todo el Día Medio Día

ESTUDIANTES:

Colegio: _____ ☐ Matriculado:# Unidades _____, ☐ Clases de Día ☐ Clases de Noche En el Campus
☐ Noche Adolescente matriculada en el colegio de secundaria en el campus:Nombre de la escuela _____
☐ Adolescente matriculada en Estudio Independiente: Nombre del Distrito Escolar donde reside: _____

NECESIDAD PARA EL CUIDADO DE COLABORACION CON SCOE Y ESTATAL:

Todos los Padres/Tutores no están disponibles a proveer cuidado durante las horas en el centro debido a: Trabajo ☐ Colegio ☐
☐ Buscando Trabajo ☐ Incapacidad de los Padres ☐ Otro: _____

B3 OTRAS CIRCUNSTANCIAS

MARQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN:

☐ Relación con Personal de SHS Nombre: _____

☐ Actualmente recibiendo servicios de SHS: Nombre de Otro Niño: _____ Lugar: _____

B4 RECURSOS PROPORCIONADOS Y NOTAS

☐ Tarjeta 211

☐ Servicios Claves

☐ Lista de Renta de Casas

☐ Folleto de Tripple P

☐ Folleto de Café para Padres

☐ Otro: _____

Notas Adicionales/Clarificaciones/Circunstancias Especiales:

Firma del Personal de Head Start

Fecha Firmada

Escribir el Nombre del Personal de Head Start: