



Palo Verde Unified School District
Head Start/Early Head Start Program

Head Start/Early Head Start Application

Instructions: Please Print Legibly Using Black Or Blue Ink Only.

Office Use Only	
CPID No.:	_____
Term:	_____
Site:	_____

Applicant (Child) Information or Pregnant Woman				
First Name:	Last Name:	Middle:	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	Birth Date: / /
Which program are you applying for? <input type="checkbox"/> Early Head Start- Home Based <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Pregnant Woman				
Are you Pregnant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> no If yes, what is your Due Date: _____				
Which program option are you applying for? <input type="checkbox"/> Full Day* <input type="checkbox"/> AM Session <input type="checkbox"/> PM Session <input type="checkbox"/> Home Based <input type="checkbox"/> No Preference <small>*Note: To be prioritized for full day, both parent/guardian must be working (25+ hrs/wk) or in school full time (7+ units)</small>				
Does the applicant have a current IEP or IFSP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, can you provide a current copy of the IEP or IFSP? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Is the applicant currently in 24-hour foster care? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		If yes, do you have Education Rights? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Does applicant have special health needs, medical conditions, or allergies? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES, please explain: _____				

Family Information			
Primary Parent/Guardian/Caregiver:	Birth Date: / /	Cell Phone:	E-mail Address:
Secondary Parent/Guardian/Caregiver:	Birth Date: / /	Cell Phone:	E-mail Address:
Primary Phone:	Home Phone:	Alternate Phone:	Alternate Phone:
Do you authorize the program to send you important program information and notices through either of the following:		Text Message: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	E-mail: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Living Address:		City/Zip:	
Mailing Address (if different from Living Address):		City/Zip:	
Has applicant experienced recent loss of housing? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If YES, please describe current living arrangement: _____			
Parent(s)/Guardian(s) in the Home: <input type="checkbox"/> One Parent <input type="checkbox"/> Two Parents		Name of Person(s) Having Legal Custody of the Child:	
Primary Language Spoken at Home: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other: _____		Preferred Language of Written Material: <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other: _____	
Do you have an open CPS case? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Do grandparents have guardianship of the applicant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Family member at home with a permanent disability? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Incarcerated or terminally ill parent(s)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

List all other family members living in the household for whom you provide financial support Not Listed Above				
First Name:	Last Name:	Birth Date:	Is this person related to the child's parent(s)?	Is this person supported by the parent(s) income?
		/ /	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

Total* number of people living in the household (including you) for whom you provide financial support: _____	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

* Use box to the right to write the total number

An Incomplete Application Will Delay Enrollment

Applicant's Name: _____ Birth Date: _____

Primary Guardian	
Name:	Lives with Applicant: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Relationship to Applicant:	Has Legal Custody of Applicant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed	
Race: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> African American/Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Bi/Mult-racial <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Hispanic, Latino or Spanish Origin: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Highest Grade Completed: <input type="checkbox"/> Less than High School <input type="checkbox"/> Junior College (A.A. or A.S.) <input type="checkbox"/> High School or GED <input type="checkbox"/> College/University (B.A. or B.S.) <input type="checkbox"/> Technical or Trade Certificate <input type="checkbox"/> Graduate (M.A., M.S. Doctorate)	
Income Sources	Has Income: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you receive (check all that apply):	
<input type="checkbox"/> CalWORKs "Cash Aid"	Monthly Amount \$ _____
<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Alimony/Child Support	\$ _____
<input type="checkbox"/> Other	\$ _____
Employment Status	
<input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Seasonally Employed	
<input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Seeking Employment <input type="checkbox"/> Disabled	
Disabled from _____ To _____	
Employment Information	
Employer Name:	Employer Phone:
Pay Period: <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice Per Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Other: _____	
Gross Income: Total \$ _____ Per _____	
Paid by: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Personal Check <input type="checkbox"/> Company Check	
Total Hours Worked per Week: _____	
Do you authorize the program to contact your employer for verification? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
School or Training Information	
Are you in school or vocational/job training? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
School Name:	School Phone:
Total School Units/Training Hours Per Week:	_____
Active Military <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Military Veteran <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Secondary Guardian	
Name:	Lives with Applicant: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Relationship to Applicant:	Has Legal Custody of Applicant? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Marital Status: <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Separated <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed	
Race: <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Native Hawaiian/Pacific Islander <input type="checkbox"/> African American/Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Bi/Mult-racial <input type="checkbox"/> Other: _____ <input type="checkbox"/> Hispanic, Latino or Spanish Origin: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Highest Grade Completed: <input type="checkbox"/> Less than High School <input type="checkbox"/> Junior College (A.A. or A.S.) <input type="checkbox"/> High School or GED <input type="checkbox"/> College/University (B.A. or B.S.) <input type="checkbox"/> Technical or Trade Certificate <input type="checkbox"/> Graduate (M.A., M.S. Doctorate)	
Income Sources	Has Income: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Do you receive (check all that apply):	
<input type="checkbox"/> CalWORKs "Cash Aid"	Monthly Amount \$ _____
<input type="checkbox"/> Supplemental Security Income (SSI)	\$ _____
<input type="checkbox"/> Alimony/Child Support	\$ _____
<input type="checkbox"/> Other	\$ _____
Employment Status	
<input type="checkbox"/> Employed <input type="checkbox"/> Unemployed <input type="checkbox"/> Seasonally Employed	
<input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Seeking Employment <input type="checkbox"/> Disabled	
Disabled from _____ To _____	
Employment Information	
Employer Name:	Employer Phone:
Pay Period: <input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 Weeks <input type="checkbox"/> Twice Per Month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Other: _____	
Gross Income: Total \$ _____ Per _____	
Paid by: <input type="checkbox"/> Cash <input type="checkbox"/> Personal Check <input type="checkbox"/> Company Check	
Total Hours Worked per Week: _____	
Do you authorize the program to contact your employer for verification? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
School or Training Information	
Are you in school or vocational/job training? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
School Name:	School Phone:
Total School Units/Training Hours Per Week:	_____
Active Military <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Military Veteran <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

I certify that the information in this application is true and complete to the best of my knowledge. I understand that failure to report correct information may be grounds for rejection of this application or termination of childcare services. I will notify the agency immediately if there is any change in my income, family size, home address, employment, or reason for needing childcare services.

Parent/Guardian/Caregiver Signature: _____ Date: _____



Solo para uso de la oficina

CPID No.: _____

Term: _____

Site: _____

Solicitud para el Head Start/Early Head Start

Instrucciones: llenar con letra de molde con tinta azul o negra solamente.

Información del solicitante (niño/a) o Mujer Embarazada				
Nombre:	Apellido:	Segundo nombre:	Género: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fec. Nac.: / / Mes Día Año
¿Qué programa está solicitando: <input type="checkbox"/> Educación Temprana basado en el hogar (EHS-HB) <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Embarazada				
Esta Embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> no aplicable Si, cual es la fecha anticipada de nacimiento: __/__/__				
¿Qué opción está solicitando? <input type="checkbox"/> Turno completo* <input type="checkbox"/> Medio turno AM <input type="checkbox"/> Medio turno PM <input type="checkbox"/> Domiciliaria (HB) <input type="checkbox"/> Sin preferencia <small>*Atención: para tener prioridad para turno completo, ambos padres o ambos tutores deben estar trabajando (25+ horas/semana) o en la escuela turno completo (7+ unidades)</small>				
¿Tiene el solicitante un IEP o IFSP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, ¿puede presentar una copia del IEP o IFSP actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Vive actualmente el solicitante en hogar de crianza? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, ¿tiene usted los derechos educativos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene el solicitante necesidades especiales de salud, condiciones médicas o alergias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, favor de explicar.				

Información de la familia			
Nombre del padre/tutor/ proveedor de cuidado principal:	Fec. Nac.: / / Mes Día Año	Teléfono celular:	Correo electrónico:
Nombre del padre, tutor o proveedor de cuidado secundario:	Fec. Nac.: / / Mes Día Año	Teléfono celular:	Correo electrónico:
Teléfono principal:	Teléfono de casa:	Teléfono alternativo:	Teléfono alternativo:
¿Autoriza al programa a enviarle información y avisos importantes?		Por mensaje de texto: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por correo electrónico: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de casa:	Ciudad y zona postal:		
Domicilio de correo (si es diferente a la dirección de casa):	Ciudad y zona postal:		
¿Se quedó el solicitante sin vivienda recientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, por favor describa su situación actual.			
Padres o tutores en el hogar: <input type="checkbox"/> Hogar monoparental (One) <input type="checkbox"/> Pareja de padres o tutores		Nombre de la persona o personas con la custodia legal del niño:	
Idioma materno hablado en casa: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		Idioma en el cual se prefiere el material escrito: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Tiene un caso abierto con la CPS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tienen los abuelos la custodia del solicitante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Hay algún pariente en el hogar con una discapacidad permanente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Están el padre y/o la madre encarcelados o desahuciados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Liste todos los demás parientes NO ANTES LISTADOS que viven en el hogar a quienes usted da ayuda financiera				
Nombre:	Apellido:	Fec. Nac.: Mes Día Año	¿Tiene esta persona algún parentesco con el niño?	¿Apoya económicamente el ingreso de los padres a esta persona?
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Cantidad total* de personas que viven en el hogar (incluyéndose usted) a quienes apoya económicamente: (Family size)

* Use la casilla a la derecha para anotar la cantidad total.

--

Nombre del solicitante: _____ Fec. Nac.: _____

Tutor principal	
Nombre:	Vive con el solicitante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parentesco con el solicitante:	Con custodia legal del solicitante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado marital: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	
Raza: <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Bi/multiracial <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Mayor grado de escolaridad: <input type="checkbox"/> Menos de preparatoria <input type="checkbox"/> Colegio (A.A. o A.S.) <input type="checkbox"/> Preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Colegio/universidad (B.A. o B.S.) <input type="checkbox"/> Técnica o certificado de un oficio <input type="checkbox"/> Posgrado (M.A., M.S., doctorado)	
Fuente de ingresos	¿Percibe ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe (marque todo lo que aplique):	
<input type="checkbox"/> Asistencia monetaria (Cash Aid) CalWORKs?	Cantidad mensual \$ _____
<input type="checkbox"/> Ingresos suplementarios deseguridad (SSI)?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Manutención/Manutención de menores?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otro?	\$ _____
Empleo (Employment)	
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Empleo eventual	
<input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> En busca de empleo <input type="checkbox"/> Discapacitado	
Discapacitado de _____ a _____	
Información del empleador (Employer Info)	
Nombre del empleador: (Employer)	Teléfono del empleador: (Phone)
Periodo de pago: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes (Pay period) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Sueldo en bruto: (Gross) Total \$ _____ por _____	
Pago: <input type="checkbox"/> En efectivo <input type="checkbox"/> Cheque personal <input type="checkbox"/> Cheque de la compañía	
Total horas laboradas por semana: _____	
¿Autoriza al programa a comunicarse con su empleador para verificar? (Contact employer) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información de la escuela o capacitación	
¿Asiste a la escuela o a capacitación vocacional o laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la escuela: (Name)	Teléfono de la escuela:
Total de unidades en la escuela/horas de capacitación por semana:	_____
Militar Activo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Tutor secundario	
Nombre: (Name)	Vive con el solicitante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parentesco con el solicitante:	Con custodia legal del solicitante: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado marital: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	
Raza: <input type="checkbox"/> Amerindio/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Bi/multiracial <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Hispano, latino o de origen hispano: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Mayor grado de escolaridad: <input type="checkbox"/> Menos de preparatoria <input type="checkbox"/> Colegio (A.A. o A.S.) <input type="checkbox"/> Preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Colegio/universidad (B.A. o B.S.) <input type="checkbox"/> Técnica o certificado de un oficio <input type="checkbox"/> Posgrado (M.A., M.S., doctorado)	
Fuente de ingresos	¿Percibe ingresos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe (marque todo lo que aplique):	
<input type="checkbox"/> Asistencia monetaria (Cash Aid) CalWORKs?	Cantidad mensual \$ _____
<input type="checkbox"/> Ingresos suplementarios deseguridad (SSI)?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Manutención/Manutención de menores?	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otro?	\$ _____
Empleo (Employment)	
<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Empleo eventual	
<input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> En busca de empleo <input type="checkbox"/> Discapacitado	
Discapacitado e _____ a _____	
Información del empleador (Employer Info)	
Nombre del empleador: (Employer)	Teléfono del empleador: (Phone)
Periodo de pago: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes (Pay period) <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Sueldo en bruto: (Gross) Total \$ _____ por _____	
Pago: <input type="checkbox"/> En efectivo <input type="checkbox"/> Cheque personal <input type="checkbox"/> Cheque de la compañía	
Total de horas laboradas por semana: _____	
¿Autoriza al programa a comunicarse con su empleador para verificar? (Contact employer) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información de la escuela o capacitación	
¿Asiste a la escuela o a capacitación vocacional o laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la escuela: (Name)	Teléfono de la escuela:
Total de unidades en la escuela/horas de capacitación por semana:	_____
Militar Activo <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Veterano <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Certifico que los datos en esta solicitud son verdaderos y completos conforme mi mejor conocimiento. Entiendo que si presento datos incorrectos puedo provocar el rechazo de esta solicitud o dar por terminados los servicios de cuidado infantil. Notificaré a la agencia de inmediato si hay algún cambio en mi ingreso, composición familiar, dirección, empleo o motivos por los cuales son necesarios los servicios de cuidado infantil.

Firma de padre, tutor o proveedor de cuidado: _____ Fecha: _____