



Head Start Application

Español (Spanish)

Las Escuelas Públicas de Seattle se comprometen a hacer que la información en línea sea accesible y utilizable para todas las personas, independientemente de su capacidad o tecnología. Cumplir con las pautas y normas de accesibilidad web es un proceso continuo en el que trabajamos constantemente para mejorar.

Si bien las Escuelas Públicas de Seattle se esfuerzan por publicar solo documentos optimizados para la accesibilidad, debido a la naturaleza y complejidad de algunos documentos, es posible que no esté disponible una versión accesible del documento. En estas circunstancias limitadas, el Distrito proporcionará un acceso alternativo igualmente efectivo.

Para preguntas y más información sobre este documento, por favor contacte a los siguientes:

Casey Drobnick
Head Start Family Services Supervisor
Early Learning Department
cadrobnick@seattlescshools.org

This application explains the documents needed to apply for the Head Start preschool program at Seattle Public Schools. Please complete the application and submit it to the department.



Head Start de las Escuelas Públicas de Seattle
Los niños deben tener 3 o 4 años antes del 31 de agosto



1. Complete el formulario de solicitud escribiendo sus respuestas.
2. Prueba de la fecha de nacimiento del niño (COPIA DE UNO DE LO SIGUIENTE):
 - Certificado de nacimiento
 - Pasaporte
 - Tarjeta Permanente de Residencia
3. Prueba de hogar dirección (COPIA DE UNO DE LO SIGUIENTE):
 - Factura de servicios públicos/factura de luz de la ciudad
 - Otro estado de cuenta: cable, teléfono, etc., contrato de arrendamiento, documentos DSHS
4. Prueba de ingresos para el último calendario año o más reciente 12 Meses (UNA COPIA DE TODAS LAS DECLARACIONES QUE MUESTREN EL INGRESO FAMILIAR TOTAL):
 - Renta Impuesto forma para el pasado año completado (1040, 1040A)
 - Formulario W2 del año pasado
 - Carta del empleador que indique los ingresos brutos totales de los últimos 12 meses
 - Carta de adjudicación/cambio para los beneficios de SNAP Food, TANF o documentación de Working Connections
 - Verificar respaldar cuidado Vivienda Suplemental Seguridad Renta (SSI)
 - Declaración de autodeclaración aceptable bajo ciertas condiciones
 - Talones de desempleo (3 meses) o talones de pago (3 meses)
5. Una copia de la documentación médica de su hijo si la tiene:
 - Examen del niño sano del proveedor médico
 - Examen dental del proveedor dental
 - Formulario de Certificado de Estado de Inmunización (CIS) O Certificado de Exención (COE)
6. Comuníquese con el personal de inscripción para una entrevista de inscripción.
 - **James Baldwin, Olympic Hills, Viewlands** - Angela 206-305-1453
 - **Broadview-Thomson, John Muir, MLK** - Apryle 206-640-7184
 - **Emerson, Kimball, Lowell, Wing Luke** - Mónica 206-430-2042
 - **Concord, Roxhill, West Seattle** - Lyall 206-531-5766

O envíe la solicitud por correo a: **Seattle Public Schools Head Start**
Parada de correo: 31-555
Apartado de correos 34165
Seattle, WA 98124-1165



FOR OFFICE USE
Date Received:



Escuelas Públicas de Seattle
Aplicación a Head Start
Mailstop: 31-555 PO Box 34165
Seattle, WA 98124-1165
(206) 252-0960



FOR OFFICE USE
Site: _____
 PART DAY FULL DAY

INFORMACIÓN DEL NIÑO

Nombre(s): _____ Apellido: _____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____

Raza: Asiático Negro Multirracial Nativo Americano Isleño del Pacífico Blanco Otro _____

Etnicidad: Hispano No-Hispano Primer Lenguaje del Niño: _____

Sexo: Masculino Femenino Alergias/Preocupaciones de Salud: _____

Seguro Médico del Niño: Medicaid (Apple Health) Seguro Privado Sin Seguro Otro: _____

Clínica Medica: _____ Clínica Dental: _____

Número Telefónico: _____ Número Telefónico: _____

¿Su hijo tiene una necesidad especial diagnosticada? Si No Especifique: _____

En caso afirmativo, ¿fue diagnosticado su hijo por un distrito escolar? Nombre del distrito escolar: _____

CUIDADO DE NIÑOS Nombre, Dirección, Teléfono: _____

INFORMACIÓN DEL HOGAR: Número respaldado por ingresos: Padre(s) _____ Niños _____ Otro Adulto _____

Recibiendo WIC? Sí No Recibiendo SNAP (estampas de comida)? Sí No

PADRE 1

Nombre(s): _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): ____ / ____ / ____

Relación con el niño: Padre Madre Adoptado
 Abuelo Abuela Otro _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) _____

Teléfono del Trabajo: (____) _____

Teléfono Celular: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Lenguaje Primario del Padre: _____

¿Necesita Interpretar? Sí No Vive con el niño? Sí No

EMPLEO

De Tiempo Completo De tiempo Parcial Sin Trabajo
 Buscando Trabajo No Busco Trabajo Estudiando

DIPLOMA O GRADO MÁS ALTO

Maestría Licenciatura Técnico
 Certificado Colegial Algo de Colegio, sin diploma
 Diploma GED Grado 12 Grado 11
 Grado 10 Grado 9 o menos

PADRE 2

Nombre(s): _____

Apellido: _____

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año): ____ / ____ / ____

Relación con el niño: Padre Madre Adoptado
 Abuelo Abuela Otro _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa: (____) _____

Teléfono del Trabajo: (____) _____

Teléfono Celular: (____) _____

Correo Electrónico: _____

Lenguaje Primario del Padre: _____

¿Necesita Interpretar? Sí No Vive con el niño? Sí No

EMPLEO

De Tiempo Completo De tiempo Parcial Sin Trabajo
 Buscando Trabajo No Busco Trabajo Estudiando

DIPLOMA O GRADO MÁS ALTO

Maestría Licenciatura Técnico
 Certificado Colegial Algo de Colegio, sin diploma
 Diploma GED Grado 12 Grado 11
 Grado 10 Grado 9 o menos

* Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es precisa a mi leal saber y entender.

X _____
Firma Requerida del padre o tutor

Fecha