



# Estrellas Brillantes Aplicación

Agnor-Hurt Cale   Scottsville   Stone-Robinson   Greer   Woodbrook

Nombre del Niño \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Apellido                      Nombre de Pila                      Segundo Nombre

Dirección \_\_\_\_\_ Zip \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ (opcional, para uso en estadísticas) Sexo \_\_\_\_\_

¿Con quien vive el niño(a)? Nombre \_\_\_\_\_ Relación al niño(a) \_\_\_\_\_

## I. Infomación de los padres

Nombre de la Madre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Horas que trabaja \_\_\_\_\_

Educación (grado que completo)/GED \_\_\_\_\_

Salario \_\_\_\_\_/por hora \_\_\_\_\_ semana o \_\_\_\_\_ al mes

Nombre del Padre \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono de la Casa \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajo \_\_\_\_\_

Horas que trabaja \_\_\_\_\_

Educación (grado que completo)/GED \_\_\_\_\_

Salario \_\_\_\_\_/por hora \_\_\_\_\_ semana o \_\_\_\_\_ al mes

Si alguien que no sea los padres tienen custodia, por favor conteste la siguiente sección:

Nombre de la persona que tiene la custodia \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Relación al niño \_\_\_\_\_ Grado que completo \_\_\_\_\_

Salario \_\_\_\_\_/por hora \_\_\_\_\_ semana o \_\_\_\_\_ al mes \_\_\_\_\_

## II. Por favor marque que beneficios Ud. o su niño(a) recibe:

\_\_\_\_\_ TANF    \_\_\_\_\_ Tarjeta para la comida    \_\_\_\_\_ Medicaid/FAMIS    Trabajador Social \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Clínica de WIC    \_\_\_\_\_ CHIP    \_\_\_\_\_ Region Ten    \_\_\_\_\_ Family Partners/ Healthy Families

## III. Miembros de la familia

Hermandas/Hermanos	Fecha de Nacimiento	Donde Vive	Grado cursa
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

Otras personas que viven en las casa	Edad	Relación	Grado completado
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____

Dirección de la casa desde el colegio: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### IV. Historia del Niño(a):

1. Recibe el niño(a) cuidado médico para alguna condición especial?  Sí  No  
Si su respuesta es Sí por favor explique \_\_\_\_\_
2. Es tratado por un médico para esta condición?  Sí  No  
Si su respuesta es Sí, dé el nombre del médico \_\_\_\_\_
3. Toma medicación habitualmente?  Sí  No  
Si su respuesta es Sí, dé el nombre de la medicación \_\_\_\_\_
4. Ha sido hospitalizado alguna vez?  Sí  No  
Si la respuesta es Sí, diga por que y cuando \_\_\_\_\_
5. Usa su hijo(a) algún aparato especial?( como silla de ruedas, audifono)?  Sí  No  
Si su respuesta es Sí, enumérelos. \_\_\_\_\_
6. Ha sido informado alguna vez por una maestro, doctor o enfermera que su hijo(a) tiene problemas?  
Audición  Sí  No                      Incapacidad Física  Sí  No  
Visión  Sí  No                              Problemas de Conducta  Sí  No  
Habla  Sí  No                                Nutrición/Con la comida  Sí  No  
Dental  Sí  No                                Desarrollo  Sí  No  
Emocionales  Sí  No                            Otros  Sí  No
7. ¿Ha asistido su hijo(a) a alguna institución pre-escolar?  Sí  No  
En caso de Sí, diga adonde y cuando \_\_\_\_\_
8. ¿Habla su hijo(a) en oraciones completas?  Sí  No
9. ¿Entienden lo que el dice?  Sí  No
10. ¿Tiene algun problema con el habla?  Sí  No
11. ¿Con que frecuencia juega con otros niños de su misma edad? \_\_\_\_\_
12. ¿Se lleva bien con los niños con los que juega?  Sí  No  
Si su respuesta es No, explique \_\_\_\_\_
13. ¿Está entrenado para usar el baño?  Sí  No
14. ¿Tiene perretas y o pierde el control fácilmente?  Sí  No  
En caso de Sí, explique \_\_\_\_\_
15. Haga una lista de todas las cosas que le preocupan de su hijo(a) \_\_\_\_\_

#### V. Historia de la familia

1. ¿Tiene alguno de los padres (guardian) problemas con la lectura o tuvo problemas de aprender en la escuela?  Sí  No
2. ¿Ha sido algún miembro de la familia víctima de la violencia?  Sí  No
3. ¿Han sido tratados Uds. o otros miembros de la familia por abuso de sustancias controladas?  Sí  No
4. ¿Hay alguien en su casa con alguna enfermedad física que requiera medicación o tratamiento?  Sí  No
5. ¿Hay alguien en su casa que ha participado en servicios de un consejero o servicios mentales?  Sí  No
6. ¿Hay alguien de la familia que este en la cárcel o que haya tenido probación (en el pasado o actualmente)?  Sí  No
7. ¿Hay otros programas o servicios en la comunidad con que Ud. o su familia participan?  Sí  No
8. ¿Que idioma se habla en la casa usualmente? \_\_\_\_\_
9. Por favor enumere cualquier otro problema que le preocupa a Ud. de su familia: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales:

Yo entiendo que esta información será usada unicamente para determinar la aceptación de mi hijo(a) en el Programa de Estrellas Brillantes, y se entregará solamente al personal que necesite esta información. (Si Ud. a sido referido a este programa por una trabajadora social o enfermera, quizás Ud. desee que ellos nos contacten directamente a nombre suyo).

Durante el proceso de la inscripción, compartiremos la información con Headstart.

**Por favor, incluya con esta aplicación una copia de su W-2 o de sus taxes del año pasado, o una copia de los talonarios de los pagos del mes anterior.**

Yo certifico que esta información es correcta y veraz:

\_\_\_\_\_  
Firma del padre o guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha