



**Colorado Early Education Network  
Head Start and Early Head Start**

2021 Clubhouse Drive Suite 102  
Greeley, CO. 80634  
970-515-6664 ext.100

**2024-2025  
Application Process**

- Step 1:** Complete the application and submit the following:
- Income for the year 2023 (total of 12 months) (choose one to submit)
    1. Income Tax forms (1040/1040A, **1<sup>st</sup> page only**)
    2. W-2's
    3. One month of Paycheck Stubs
    4. Letter from Employer
    5. TANF Award Letter
    6. SNAP Award Letter
    7. SSI Statement
  - Verification of Date of Birth (choose one to submit)
    1. Birth Certificate
    2. Baptismal Certificate
    3. Passport

- Step 2:**  Immunization Records  
Parent/Guardian may return application to the nearest CEEN Head Start Center or Early Head Start Center

***Colorado Early Education Network is an equal opportunity program. Colorado Early Education Network provides enrollment to eligible children regardless of race, sex, creed, color, national origin or disability.***



**Note:** If application is not completed with the information in Step 1, the child will not be placed into the program.

---

---

**Proceso de Aplicación**

- Paso 1:** Llene la aplicación y trae lo siguiente:
- Ingresos del año 2023 (total de 12 meses) (escoja una para traer)
    1. Formularios de impuestos (1040/1040A, **1<sup>a</sup> pagina**)
    2. W-2's
    3. Talones de cheque (de un mes)
    4. Carta de su empleador
    5. Carta de TANF
    6. Carta de SNAP
    7. Carta de SSI
  - Verificación de fecha de nacimiento (escoja una para traer)
    1. Acta de Nacimiento
    2. Certificado de Bautismo
    3. Pasaporte

- Paso 2:**  Registro de Vacunas  
Padres/Guardiánes pueden regresar la aplicación al centro de CEEN Head Start y Early Head Start más cercano

***Colorado Early Education Network es un programa de igualdad de oportunidades. Colorado Early Education Network ofrece inscripción a niños elegibles, sin importar raza, sexo, credo, color, origen, nacionalidad o discapacidad.***



**Note:** Si la aplicación no está completa con la información de Paso 1, el niño no será puesto en el programa.



|  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> CEEN Head Start Program | <input type="checkbox"/> CEEN Early Head Start | <input type="checkbox"/> Additional screening needed |
| Staff person: _____                              |  |  |
| Print Name                                       | Program  | Date:  |

**Applicant (child's Information):**

Child's Legal Name: \_\_\_\_\_  
First Middle Last

Date of Birth: \_\_\_\_\_ Gender:  Male  Female  
Month/Day/Year

Physical Address: \_\_\_\_\_  
Street Address City State Zip Code

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell Phone: \_\_\_\_\_

Text Messaging: \_\_\_\_\_ Email Address: \_\_\_\_\_

Child's Ethnicity:  Hispanic  Non-Hispanic Child's Race:  White  Black/African American  Native American  Native Hawaiian/Pacific Islander  Asian  Chinese  Korean  Vietnamese  Other:

Child's Language:  English  Spanish  Other: \_\_\_\_\_

Does your child speak English?  None  Some  Fluent

Does your child speak other languages?  None  Some  Fluent

**Parent/ Guardian Information:**

Adult's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
First Middle Last Month/Day/Year

Relationship to child: \_\_\_\_\_ Lives with the child:  Yes  No

Languages Spoken:  English  Spanish  Other (Specify): English Fluency:  None  Some  Fluent

Other language Fluency:  None  Some  Fluent

Grade Completed:  Less than 9th  Some High School  High School Graduate  GED  College Degree

Occupation:  Unemployed  Employed Full Time  Employed Part Time  Seasonal  Temporary  
 School Full Time  School Part Time  Training

Employer: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

**Parent/ Guardian Information (living in Separate Home with Parenting Rights):**

Adult's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  
First Middle Last Month/Day/Year

Relationship to child: \_\_\_\_\_ Lives with the child:  Yes  No

Languages Spoken:  English  Spanish  Other (Specify): English Fluency:  None  Some  Fluent

Other language Fluency:  None  Some  Fluent

Grade Completed:  Less than 9th  Some High School  High School Graduate  GED  College Degree

Occupation:  Unemployed  Employed Full Time  Employed Part Time  Seasonal  Temporary  
 School Full Time  School Part Time  Training

Employer: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

|  |
|--|
| <b>Income Information:</b>                       |
| 1) What is your gross monthly income:            |
| 2) How many people are supported by your income: |
| 3) Additional income (Child Support, etc.):      |

|  |
|--|
| <b>Assistance Information:</b> <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> CCAP <input type="checkbox"/> Foster Care/Kinship <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> SSI Disability <input type="checkbox"/> SNAP |
|--|

**Family Information:**

Number in Family\_\_\_ Total number of children\_\_\_ Number of Children age 0-3\_\_\_ Number of children age 4-5\_\_\_

Indicate Family Type:  Two parent family (married or common law)  Foster Family  
 Single parent family: Child lives with  Mom  Dad  
 Lives with Relative (Please Specify) \_\_\_\_\_

Does the child have a relative working for CEEN?  Yes  No If yes, name \_\_\_\_\_

**Disabilities Information**

Has your child been diagnosed with a disability or a developmental delay?  Yes  No  
 If yes, you may be asked to provide additional documentation.

| <b>Other Information (If yes, please explain)</b>  | Yes | No |
|--|-----|----|
| 1) Do you have concerns about your child’s behavior; sleep/eating difficulty, low self-esteem, attention span, refusal behavior, or difficulty in play and interaction skills? |     |    |
| 2) Was there any significant birth and developmental history?  |     |    |
| 3) Are there any indirect family issues which include: substance/drug abuse, alcohol abuse, other abuse, medical issues or depression?   |     |    |
| 4) Child’s parent recently, currently, or going to be incarcerated?  |     |    |
| 5) Is there any history of family learning problems?   |     |    |
| 6) Do your school age children qualify for free or reduced-cost lunch?   |     |    |
| 7) Was either biological parent of the child under 18 years of age <b>AND</b> unmarried at the birth of the child?   |     |    |
| 8) Do you have any concerns with your child’s ability to communicate verbally?   |     |    |
| 9) Is the child’s sibling attending another preschool program?<br>If yes please specify:   |     |    |
| 10) Does child have a deceased parent?   |     |    |
| 11) Is your child potty trained?   |     |    |

**Home/School Information:** Who cares for your child when you not available: \_\_\_\_\_

Child Care Center (please specify): \_\_\_\_\_  Relative or other adult in your home  
 Child Care Home (please specify): \_\_\_\_\_  Relative or other adult in their home  
 Other: \_\_\_\_\_ What elementary school do siblings attend: \_\_\_\_\_

**Housing Information:**

Housing/Public  Rent  Own  Safe-House  Living with others  
 In the past year, has your family moved?  No  Once  Twice  3 times or more  
 Have you been homeless in the past 12 months?

**By signing this application; I certify that all of this information is true. I also certify that there is no misleading information or absence of relevant information. I understand that the agency providing the application will share my information and application with Head Start.**

Adult Signature

Date

Adult Signature

Date



**Family Partnership Agreement** *(Staff will review with the adult)*

|  |  |                   |  |                  |                  |
|--|--|-------------------|--|------------------|------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> These are the areas my family needs help in finding resources ( <i>Needs Assessment</i> ): |  |                   |  |                  |                  |
| Employment   |  | Childcare         |  | Education/GED    | Job Training     |
| Food/Clothing  |  | Transportation    |  | English/Literacy | Legal Help       |
| Health Insurance   |  | Housing           |  | Illness          | Marital Problems |
| Other financial Circumstances  |  | None at this time |  |                  |                  |

1) Family Goal: What is one thing your family would like to accomplish or work on during this school year?

---



---



---

2) Who will be working toward this goal?

---



---



---

3) What are some basic steps that will help your family achieve this goal? \_\_\_\_\_

---



---

4) Is the male in the household interested in Male Involvement Activities such as parenting activities, support groups, etc.? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Adult's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Adult's Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Verification-Staff Member's Signature

\_\_\_\_\_  
Date



|                |               |   |
|----------------|---------------|---|
| Teacher: _____ | Center: _____ | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> FDPY <input type="checkbox"/> Extended |
|----------------|---------------|---|

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_  Male  Female  
 Adult: \_\_\_\_\_ Adult: \_\_\_\_\_  
 Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  
 Mailing Address ( Same as above): \_\_\_\_\_  
 Language spoken by child: \_\_\_\_\_ Other languages spoken by child: \_\_\_\_\_  
 Language spoken at home: \_\_\_\_\_

**Family Members in the Home**

| Names of Family Members living in the home | Date of Birth | Sex | Relationship to child | Education level | Language Spoken | Daytime Phone |
|--|---------------|-----|-----------------------|-----------------|-----------------|---------------|
|  |               |     |                       |                 |                 |               |
|  |               |     |                       |                 |                 |               |
|  |               |     |                       |                 |                 |               |
|  |               |     |                       |                 |                 |               |
|  |               |     |                       |                 |                 |               |
|  |               |     |                       |                 |                 |               |

Transportation: My child has my permission to be transported to and from school in the form of:  
 Parent    Day Care Provider: Name \_\_\_\_\_  Other: \_\_\_\_\_

**Emergency Contacts of who can pick your child (if child becomes ill, injured, etc.)**      **Language:**

1) Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  E  S  
 Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  Other

2) Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  E  S  
 Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  Other

3) Name: \_\_\_\_\_ Relationship: \_\_\_\_\_  E  S  
 Address: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_  Other

| DO NOT REALEASE MY CHILD TO:<br>CEEN will not deny access to parent<br>not living in home unless legal<br>documentation on file: | Custody Papers | Restraining Order | Date Effective | County | Expiration Date |
|--|----------------|-------------------|----------------|--------|-----------------|
|  |                |                   |                |        |                 |

|                           |              |                |
|---------------------------|--------------|----------------|
| Doctors Name: _____       | Phone: _____ | Address: _____ |
| Dentist Name: _____       | Phone: _____ | Address: _____ |
| Preferred Hospital: _____ | Phone: _____ | Address: _____ |

Adult Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

## Child's Nutrition and Health History

### Nutrition Survey:

|   |
|---|
| 1) What foods does your child especially like?  |
| 2) Are there any foods your child dislikes?   |
| 3) Is there any food your child should not eat for medical, religious or personal reasons? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes<br>a. What? |
| 4) Do you have concerns about your child's weight? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes   |
| 5) Is your child on a special diet? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes<br>a. What kind?   |
| 6) Does your child use a bottle? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes   |
| 7) Does your child have trouble chewing or swallowing? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes   |
| 8) Does your child eat or chew things that are not food? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes   |

|  |
|--|
| 9) Do you have any developmental concerns about your child? <input type="checkbox"/> None <input type="checkbox"/> Learning <input type="checkbox"/> Hearing<br><input type="checkbox"/> Vision <input type="checkbox"/> Motor skills (hopping, skipping, jumping, cutting w/scissors, and holding a pencil)<br><input type="checkbox"/> Social skills (friends) <input type="checkbox"/> Speech skills <input type="checkbox"/> Behavior Concerns Explain:<br><input type="checkbox"/> Has the child received any type of speech services, physical therapy, or counseling?<br>IF yes, with Who:                      Where:                      When: |
|--|

|   |
|---|
| 10) Physical Condition:<br><input checked="" type="checkbox"/> If the child had any of the following. Please write date on side. <input type="checkbox"/> None<br><input type="checkbox"/> Heart Problems (heart murmur, etc.) <input type="checkbox"/> Head Injuries w/unconsciousness<br><input type="checkbox"/> Physical Abuse <input type="checkbox"/> Hearing Problems<br><input type="checkbox"/> Asthma/Chronic cough <input type="checkbox"/> Vision Problems <input type="checkbox"/> Wears Glasses<br><input type="checkbox"/> Seizures <input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Eating disorders <input type="checkbox"/> Sleep-disorders<br><input type="checkbox"/> Sexual Abuse <input type="checkbox"/> Dental Problems<br><input type="checkbox"/> Recurring Ear Infection <input type="checkbox"/> Anemia: Date of Hematocrit-Hemoglobin: _____<br><input type="checkbox"/> Lead Poisoning<br>Date Tested: _____<br>Is the child currently on any medication? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO: What Type: _____<br>Any allergies? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO What Type: _____<br>Does your child have medical insurance? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicaid # |
|---|

***Certification: I certify that this information is true. I also certify that there is no absent or misleading information in regards to my income, child health, or behavior. I understand that the information in this application will be held in strict confidence within the agency.***

|                 |      |
|-----------------|------|
| Adult Signature | Date |
| Staff Signature | Date |



The Colorado Early Education Network provides free preschool services to eligible children ages 6 weeks to 5 years old in 12 centers. The Head Start and Early Head Start centers offer the following program options for families:

- Half Day Sessions AM: 3.5 hours a day, Tuesday to Friday
- Half Day Sessions PM: 3.5 hours a day, Tuesday to Friday
- Full Day Sessions: 8 hours a day, Monday to Friday. This session is available to parents who work a minimum of 32-40 hours a week or parents that are in job training/school full-time. **Limited slots available at Milliken.**
- Extended Day Sessions: 6 hours a day, Monday to Friday. This Session will have a preference for parents who work a minimum of 28 hours per week or parents that are in job training/school 28+ hours a week.
- Early Head Start, Monday to Friday. Ages 6 weeks through 36 months.

I am applying for the following Head Start center:

| Greeley Centers |  |  |   |
|-----------------|--|--|---|
|                 | Billie Martinez (Extended Day)         |  | Keith McNeill EHS Toddler 18months-36months |
|                 | Centennial (Extended Day and AM/PM)    |  | Madison (Extended Day)                      |
|                 | Dos Rios (Extended Day and AM/PM)      |  | Plaza (Extended Day)                        |
|                 | 23 <sup>rd</sup> Avenue (Extended Day) |  | John Evans Head Start (Ext Day and AM/PM)   |
|                 | Jefferson Early Head Start             |  | Steve Norgren Early Head Start              |

| County Centers |                                  |  |                         |
|----------------|----------------------------------|--|-------------------------|
|                | Milliken (FDPY and Extended Day) |  | La Salle (Extended Day) |

***CEEN Head Start will try to honor your first choice however depending on learning, social or behavioral concerns CEEN Head Start will place the child in a classroom that will help the child be successful and ready for School.***

I am willing to enroll my child in others centers near my home address

I am interested in my child attending the following sessions:

***(Based on Availability and Completed forms)***

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Morning (3.5 hrs. preschool)         | <input type="checkbox"/> Afternoon (3.5 hrs. preschool)  |
| <input type="checkbox"/> Full Day (8 hrs. preschool)          | <input type="checkbox"/> No preference                   |
| <input type="checkbox"/> Early Head Start (6 weeks-36 months) | <input type="checkbox"/> Extended Day (6-hour preschool) |

**Información de niño (solicitante):**

Nombre legal del niño: \_\_\_\_\_  
Primero Segundo nombre Apellido

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Genero:  Masculino  Femenino  
Mes/Día/Año

Dirección de Domicilio: \_\_\_\_\_  
Calle Ciudad Estado Código Postal

Teléfono de Casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Mensaje de texto: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Origen étnico :  Hispano  No Hispano Raza del niño:  Blanco  Negro/Afroamericano  Indio Americano  Hawaiano/Habitantes de islas de pacifico  Aciano  Chino  Coreano  Vietnamita

Lenguaje del niño:  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

¿Su niño habla inglés?  Nada  Poco  Competente

¿Su niño habla otros lenguajes?  Nada  Poco  Competente

**Padre/ Guardián Legal:**

Nombre de Adulto: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo Apellido Mes/Día/Año

Relación al niño: \_\_\_\_\_ Vive con el niño:  Si  No

Lenguaje hablado:  Inglés  Español  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Fluidez de Inglés:  Nada  Poco  con fluidez Fluidez en otro lenguaje:  Nada  Poco  con fluidez

Nivel de educación:  Menos de la Preparatoria  Algo de Preparatoria  Graduado  GED  Título Universitario

Ocupación:  Desempleado  Trabajo de tiempo completo  Trabajo de medio tiempo  Estacional

Temporal  Escuela de tiempo completo  Escuela medio tiempo  Entrenamiento

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Padre/ Guardián Legal (Habitando en diferente hogar con derechos paternales):**

Nombre del adulto: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellido Mes/Día/Año

Relación al niño: \_\_\_\_\_ Vive con el niño:  Si  No

Lenguaje hablado:  Inglés  Español  Otro (especifique): \_\_\_\_\_

Fluidez de Inglés:  Nada  Poco  con fluidez Fluidez en otro lenguaje:  Nada  Poco  con fluidez

Nivel de educación:  Menos de la Preparatoria  Algo de Preparatoria  Graduado  GED  Título Universitario

Ocupación:  Desempleado  Trabajo de tiempo completo  Trabajo de medio tiempo  Estacional

Temporal  Escuela de tiempo completo  Escuela medio tiempo  Entrenamiento

Empleador: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

**Ingresos Información:**

1) ¿Cuál es su ingreso mensual?

2) ¿Cuántas personas viven en el hogar y se mantienen de estos ingresos?

3) Ingresos adicionales (manutención de hijos, etc.):

**Información de Asistencia:**  TANF  CCAP  Cuidado de crianza/parentesco  WIC  SSI Discapacidad  SNAP



**Sección 3: Información sobre la familia:**

Personas en la familia \_\_\_\_ Número total de niños \_\_\_\_ Número de niños entra 0-3 \_\_\_\_ Número de niños entre 4-5 \_\_\_\_  
 Indique el tipo de familia:  Familia de dos Padres (Casados o unión libre)  Familia de "Foster"  
 Familia singular: Niño/a vive con  Mama  Papa  
 Vive con un familiar (especifique) \_\_\_\_\_  
 ¿Tiene el niño un familiar que trabaja para CEEN Head Start?  Sí  No ¿Cómo se llama? \_\_\_\_\_

**Información sobre Discapacidades:**

¿Su niño ha sido diagnosticado con una discapacidad o retraso en el desarrollo?  Sí  No  
 Si su respuesta es que si, se le puede pedir que presente documentación.

| Otra información (Si la respuesta es sí por favor explique) :  | Si | No |
|--|----|----|
| 1) ¿Tiene preocupación sobre el comportamiento de su niño/a; tiene dificultad al dormir/comer, auto estima bajo, poca atención, comportamiento negativo, o dificultad al jugar o habilidad de interacción? |    |    |
| 2) ¿Hubo algún problema durante el nacimiento o desarrollo de su hijo?   |    |    |
| 3) ¿Hay problemas indirectos en su familia, como: Abuso de droga o sustancias, Abuso de alcohol, otro tipo de abuso, asuntos médicos o depresión?  |    |    |
| 4) ¿El padre/Madre del niño ha sido recientemente o actualmente encarcelado?   |    |    |
| 5) ¿Hay problemas de aprendizaje en su familia?  |    |    |
| 6) ¿Sus niños califican para comidas gratis o a bajo costo?  |    |    |
| 7) ¿Algunos de los padres biológicos eran menores de 18 años y no estaban casados en el momento del nacimiento del niño/a?   |    |    |
| 8) ¿Tiene alguna preocupación sobre la habilidad de habla de su niño/a?  |    |    |
| 9) ¿Algún familiar del niño está escrito en otro programa de Pre-school?<br>Si la pregunta es si, por favor especifique:   |    |    |
| 10) ¿Tiene el niño un padre fallecido?   |    |    |
| 11) ¿Su hijo está entrenado para ir al baño?   |    |    |

**Información casa/escuela:**

¿Quién cuida de su niño cuando usted no está disponible? \_\_\_\_\_  
 Centro de guardería (Especifique): \_\_\_\_\_  Familiar o persona que vive en su casa  
 Guardería en hogar (Especifique): \_\_\_\_\_  Familiar o persona que vive en casa del familiar  
 Otro: \_\_\_\_\_ A que escuela asisten los niños en la familia: \_\_\_\_\_

**Información de vivienda:**

Vivienda pública  Renta  Propia  Casa-segura  Viviendo con otras personas  
 ¿Su familia se ha movido en el último año?  No  Una vez  dos veces  3 veces o mas  
 ¿Ha estado sin hogar en los últimos 12 meses?  Sí  No

**Al firmar esta aplicación; yo certifico que esta informacion es verdadera. Tambien certifico que la informacion no es engañosa y que informacion relevante no esta ausente. Entiendo que la agencia que me entrego la aplicacion compartira mi informacion y aplicacion con Head Start.**

Firma del adulto

Firma del adulto

Fecha

**Asociación de familias** *(Staff will review with the adult)*

|  |                                    |  |                         |                   |                            |
|--|------------------------------------|--|-------------------------|-------------------|----------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Mi familia necesita ayuda con los siguientes recursos ( <i>Needs Assessment</i> ): |                                    |  |                         |                   |                            |
|  | Trabajo                            |  | Guardería               | Educación/GED     | Entrenamiento de trabajo   |
|  | Comida/Ropa                        |  | Transportación          | Ingles/Literatura | Ayuda legal                |
|  | Seguro medico                      |  | Vivienda                | enfermedad        | Problemas en el matrimonio |
|  | Otras circunstancias financieras : |  | Ninguno en este momento |                   |                            |

1. ¿Meta familiar: Que meta quisiera su familiar lograr este año?

---



---



---

2. ¿Quién trabajara para lograr esta meta?

---



---



---

3. ¿Cuáles son algunos pasos básicos que su familia puede tomar para lograr su meta? \_\_\_\_\_

---



---

4. ¿El hombre de la casa está interesado en actividades del involucramiento de padres?

---

\_\_\_\_\_  
Firma de adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Verification-Staff Member's Signature

\_\_\_\_\_  
Date



|         |         |  |
|---------|---------|--|
| Maestra | Centro: | <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> FDPY <input type="checkbox"/> Extendido |
|---------|---------|--|

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_  Mas.  Fem.  
 Adulto primario: \_\_\_\_\_ Adulto secundario: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
 Dirección ( mismo de arriba): \_\_\_\_\_  
 Lenguaje hablado por el niño: \_\_\_\_\_ Otros lenguajes hablados por el niño: \_\_\_\_\_  
 Lenguaje hablado en casa: \_\_\_\_\_

**Miembros de la familia en casa**

| Nombre de miembros de la familia viviendo en casa | Fecha de Nacimiento | Sexo | Relación del niño | Nivel de Educación | Lenguaje hablado | Teléfono durante el día |
|---|---------------------|------|-------------------|--------------------|------------------|-------------------------|
|   |                     |      |                   |                    |                  |                         |
|   |                     |      |                   |                    |                  |                         |
|   |                     |      |                   |                    |                  |                         |
|   |                     |      |                   |                    |                  |                         |
|   |                     |      |                   |                    |                  |                         |
|   |                     |      |                   |                    |                  |                         |

Transportación: Mi niño/a tiene permiso para ser transportado a la escuela y de la escuela en forma de:

Padre  Guardería: Nombre \_\_\_\_\_  Otro: \_\_\_\_\_

**Contactos de emergencia, quien puede recoger a su niño/a (si su niño/a no se siente bien, lesionado, etc.)**      **Lenguaje:**

1) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  Español  Ingles  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  Otro

2) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  Español  Ingles  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  Otro

3) Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_  Español  Ingles  
 Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  Otro

| NO ENTREGUE A MI HIJO A:<br>CEEN no negará el acceso al padre que no vive en el hogar, a menos que haya documentación legal: | Papeles de custodia | Orden de retención | Fecha vigente | Condado | Fecha de caducidad |
|--|---------------------|--------------------|---------------|---------|--------------------|
|  |                     |                    |               |         |                    |

|                             |           |            |
|-----------------------------|-----------|------------|
| Doctor:                     | Teléfono: | Dirección: |
| Dentista:                   | Teléfono: | Dirección: |
| Hospital de su preferencia: | Teléfono: | Dirección: |

Firma del adulto: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Registro de nutrición del niño/ Historia de salud del niño

### Encuesta de nutrición:

- 1) ¿Cuáles comidas le gustan a su hijo en especial?
- 2) ¿Hay comidas que a su hijo no le gusten?
- 3) ¿Hay comidas que su hijo no puede comer por razones médicas, religiosas o personales?  No  Si  
a. ¿Cuáles?
- 4) ¿Tiene preocupación por el peso de su hijo/a?  No  Si
- 5) ¿Su hijo está en una dieta especial?  No  Si  
a. ¿Cuáles?
- 6) \*¿Su hijo/a usa un biberón?  No  Si
- 7) \*¿Su hijo/a tiene dificultad al masticar o tragar?  No  Si
- 8) \*¿Su hijo/a come o masca cosas que no sean comida?  No  Si

- 9) ¿Áreas de preocupación de su hijo?  Ninguna  Aprendizaje  Oído  
 Visión  Habilidades de motor (Brincar, saltar,)  Habilidades sociales(amigos)  
 Habilidades del habla  Preocupaciones del comportamiento Explique:  
 ¿Su hijo/a ha recibido servicios de habla, terapia física o consejería?  Si  No  
 Si, con quien: \_\_\_\_\_ Donde: \_\_\_\_\_ Cuando: \_\_\_\_\_

### 10) Condición física:

- Si el niño/a tiene algo de lo siguiente. Por favor escriba la fecha el lado.  Ninguno
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón (heart murmur, etc.) | <input type="checkbox"/> Lesiones a la cabeza (inconsiente)                        |
| <input type="checkbox"/> Abuso físico                               | <input type="checkbox"/> Problemas del oído  |
| <input type="checkbox"/> Asthma/toz crónica                         | <input type="checkbox"/> Problemas de visión <input type="checkbox"/> Lleva lentes |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones                               | <input type="checkbox"/> Diabetes  |
| <input type="checkbox"/> Desorden alimenticia                       | <input type="checkbox"/> Trastorno de sueño  |
| <input type="checkbox"/> Abuso sexual                               | <input type="checkbox"/> Problemas dentales  |
| <input type="checkbox"/> Infección de oído recurrente               | <input type="checkbox"/> Anemia: Fecha de Hematocrito-Hemoglobina: _____           |
| <input type="checkbox"/> Intoxicación de Plomo                      |  |

Fecha de evaluación: \_\_\_\_\_  
 ¿Está el niño actualmente en algún medicamento  SI  NO ¿Qué tipo: \_\_\_\_\_  
 cualquier alergia:  SI  NO: ¿Qué tipo: \_\_\_\_\_  
 ¿Su hijo/a tiene seguridad médica?  No  Privada  CHP+  Medicaid # \_\_\_\_\_

**Certificación: Certifico que esta información es verdadera. Certifico que no ahí informacion engañose en relevancia a mis ingresos, áreas de preocupación con el aprendizaje, comportamiento o físico. También entiendo que la información en esta solicitud se llevará a cabo con estricta confianza dentro de la Agencia.**

\_\_\_\_\_  
Firma del adulto

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Staff Signature

\_\_\_\_\_  
Fecha



Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program  
 Colorado Early Education Network provee servicios pre-escolar a niños entre 6 semanas y 5 años de edad en 12 centros. Los centros de CEEN Head Start and CEEN Early Head Start ofrecen las siguientes opciones para las familias:

- Sesiones de medio día en la Mañana: 3.5 horas al día, martes a viernes
- Sesiones de medio día en la tarde: 3.5 horas al día, martes a viernes
- Sesiones de día completo: 8 horas al día, lunes a viernes. Esta sesión está disponible para padres que trabajan por lo menos 32-40 horas por semana o padres que están en entrenamiento de trabajo o escuela de tiempo completo. **El cupo es limitado** en el centro de **Milliken**.
- Sesión de día extendido: 6 horas al día, de lunes a viernes. Se dará preferencia a padres que trabajan un mínimo de 28 horas a la semana o padres que trabajan tiempo completo/están en entrenamiento de trabajo.
- Early Head Start, lunes a viernes. Edades entre 6 semanas a 36 meses.

Yo solicito el siguiente centro:

| Centros de Greeley |                                    |  |                                      |
|--------------------|------------------------------------|--|--------------------------------------|
|                    | Billie Martinez (día extendido)    |  | Keith McNeill EHS (18meses-36 meses) |
|                    | Centennial (día extendido y AM/PM) |  | Madison (día extendido)              |
|                    | Dos Ríos (día extendido y AM/PM)   |  | Plaza (día extendido)                |
|                    | 23rd Avenue (día extendido)        |  | John Evans (día extendido y AM/PM)   |
|                    | Jefferson Early Head Start         |  | Steve Norgren Early Head Start       |

| Centros del condado |  |  |                          |
|---------------------|--|--|--------------------------|
|                     | Milliken (Todo el día y día extendido) |  | La Salle (día extendido) |

**CEEN Head Start tratará de honrar su primera elección, sin embargo, dependiendo del aprendizaje, las preocupaciones sociales o de comportamiento CEEN Head Start colocará al niño en un aula que ayudará al niño a tener éxito en la escuela.**

Estoy dispuesto a inscribir a mi hijo/a o otros centros cerca de mi casa.

Estoy interesado en que mi hijo participe en la siguiente sesión **(Basado en disponibilidad y formulario completado)**

Mañana (3.5 horas, preescolar)  Tardes (3.5 horas, preescolar)

Día completo (8 horas)  No tengo preferencia

Early Head Start (edades entre 6 semana a 36 meses)

Día extendido (6 horas, preescolar)