



# 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:

Kellie Morrill  
Head Start Family Services Supervisor  
Early Learning Department  
[klmorrill@seattleschools.com](mailto:klmorrill@seattleschools.com)

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?  Sí  No Especifique: \_\_\_\_\_

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

¿Tiene alguna preocupación sobre el aprendizaje o el desarrollo de su hijo?  Sí  No Especificar: \_\_\_\_\_

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