



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

710 11th Ave, Ste. L90
Greeley, CO 80631

**2022-2023
Application Process**

Step 1:

Complete the application and submit the following:

- ☐ Income for the year 2021 (total of 12 months) (choose one to submit)
 1. Income Tax forms (1040/1040A, **1st page only**)
 2. W-2's
 3. One month of Paycheck Stubs
 4. Letter from Employer
 5. TANF Award Letter
 6. SSI Statement
- ☐ Verification of Date of Birth (choose one to submit)
 1. Birth Certificate
 2. Baptismal Certificate
 3. Passport
- ☐ Immunization Records

Step 2:

Parent/Guardian may return application to the nearest CEEN Head Start Center or Early Head Start Center or mail to the address above.

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 2021 (total de 12 meses) (escoja una para traer)
 1. Formularios de impuestos (1040/1040A, **1^a pagina**)
 2. W-2's
 3. Talones de cheque (de un mes)
 4. Carta de su empleador
 5. Carta de TANF
 6. Carta de SSI
- ☐ Verificación de fecha de nacimiento (escoja una para traer)
 1. Acta de Nacimiento
 2. Certificado de Bautismo
 3. Pasaporte
- ☐ Registro de Vacunas

Paso 2:

Padres/Guardiánes pueden regresar la aplicación al centro de CEEN Head Start y Early Head Start más cercano o enviarlo por correo a la dirección de arriba.

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.



Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

☐ CEEN Head Start Program ☐ Colorado Preschool Program ☐ 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/Legal 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/Legal 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: _____

Income Information: (this information will be shared with District 6 Colorado Preschool Program and Head Start)

1) What is your gross monthly income:

2) How many people are supported by your income:

3) Additional income (Child Support, etc.):

Assistance Information: ☐ TANF ☐ CCAP ☐ Foster Care/Kinship ☐ WIC ☐ SSI Disability ☐ SNAP



Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

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.

Other Information (If yes, please explain)	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 AND 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? 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: _____ ☐ Elementary school of siblings:

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, you grant CEEN Head Start and Colorado Preschool Program permission to share this application with each other. We will not share it with any other organization other than those mentioned above.

Adult Signature

Date

Adult Signature

Date



Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

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

☒ 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



Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

Teacher: _____	Center: _____	☐ AM ☐ PM ☐ FDPY ☐ 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.)

1) Name: _____	Relationship: _____	Language: ☐ 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: CEEN will not deny access to parent not living in home unless legal 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? ☐ No ☐ Yes
a. What?
- 4) Do you have concerns about your child's weight? ☐ No ☐ Yes
- 5) Is your child on a special diet? ☐ No ☐ Yes
a. What kind?
- 6) Does your child use a bottle? ☐ No ☐ Yes
- 7) Does your child have trouble chewing or swallowing? ☐ No ☐ Yes
- 8) Does your child eat or chew things that are not food? ☐ No ☐ Yes

- 9) Do you have any of these areas of concern about your child? ☐ None ☐ Learning ☐ Hearing
☐ Vision ☐ Motor skills (hopping, skipping, jumping, cutting w/scissors, and holding a pencil)
☐ Social skills (friends) ☐ Speech skills ☐ Behavior Concerns Explain:
☐ Has the child received any type of speech services, physical therapy, or counseling?
 IF yes, with Who: Where: When:

10) Physical Condition:

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

Certification: I certify that this information is true. If any part is false, including income, areas of concerns with learning, behavior or physical; my participation in this agency's program may be reconsidered or terminated. I also understand that the information in this application will be held in strict confidence within the agency.

Adult Signature

Date

Staff Signature

Date



Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

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 28-35 hours a week or parents that are in job training/school 28-35 hours a week.
- Early Head Start 10 hours a day, 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 (Extended Day and AM/PM)
	Centennial (Extended Day and AM/PM)		Madison (Extended Day)
	Dos Rios (Extended Day and AM/PM)		Plaza (AM/PM sessions)
	23 rd Avenue (Extended Day)		John Evans Head Start (Ext Day and AM/PM)
	Jefferson Early Head Start		John Evans Early Head Start

County Centers			
	Milliken (FDPY available and AM/PM)		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)

- | | |
|--|--|
| ☐ Morning (3.5 hr preschool) | ☐ Afternoon (3.5 hr preschool) |
| ☐ Full Day (8 hr preschool) | ☐ No preference |
| ☐ Early Head Start (6weeks-36 months) | ☐ Extended Day (6 hour preschool) |

Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

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

Información de Padre/Guardián:

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 Ingles: ☐ 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: _____

Información de Padre/Guardián:

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 Ingles: ☐ 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: (Esta información será compartida con el programa preescolar del Distrito 6 de Colorado y Head Start)

- 1) ¿Cuál es su ingreso mensual?
- 2) ¿Cuántas personas 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

Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

Sección 3: Información sobre la familia:

Personas en la familia ____ Número total de niños ____ Número de niños entre 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? Si la pregunta es si, por favor especifique:		
10) ¿Tiene el niño un padre fallecido?		
11) ¿Está entrenado para ir al baño de su hijo?		

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: _____ ☐ Escuela de 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, usted otorga permiso para compartir información en esta aplicación a CEEN Head Start y Colorado Preschool Program. Nosotros no compartiremos su información con ninguna otra organización que no sean las mencionadas.

Firma del adulto

Firma del adulto

Fecha

Universal Page 2



Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

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

☒ 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?

Nombre de adulto	Fecha	Firma de adulto	Fecha
------------------	-------	-----------------	-------

Verification-Staff Member's Signature	Date
---------------------------------------	------



Universal Application for Colorado Early Education Network and District 6 Colorado Preschool Program

Maestra	Centro:	☐ AM ☐ PM ☐ FDPY ☐ 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 ☐ Inglés
☐ Otro |
| Dirección: _____ | Teléfono: _____ | |
| 2) Nombre: _____ | Relación: _____ | ☐ Español ☐ Inglés
☐ Otro |
| Dirección: _____ | Teléfono: _____ | |
| 3) Nombre: _____ | Relación: _____ | ☐ Español ☐ Inglés
☐ Otro |
| Dirección: _____ | Teléfono: _____ | |

NO ENTREGUE A MI HIJO A: 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
- | | |
|---|--|
| ☐ Problemas del corazón (heart murmur, etc.) | ☐ Lesiones a la cabeza (inconsciente) |
| ☐ Abuso físico | ☐ Problemas del oído |
| ☐ Asthma/toz crónica | ☐ Problemas de visión ☐ Lleva lentes |
| ☐ Convulsiones | ☐ Diabetes |
| ☐ Desorden alimenticia | ☐ Trastorno de sueño |
| ☐ Abuso sexual | ☐ Problemas dentales |
| ☐ Infección de oído recurrente | ☐ Anemia: Fecha de Hematocrito-Hemoglobina: _____ |
| ☐ 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. Si alguna parte es falsa, incluyendo ingresos, áreas de preocupación con el aprendizaje, comportamiento o físico; mi participación en el programa de esta agencia puede ser reconsiderada o terminada. También entiendo que la información en esta solicitud se llevará a cabo con estricta confianza dentro de la Agencia.

Firma del adulto

Fecha

Staff Signatura

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 de 28-35 horas a la semana o padres que trabajan tiempo completo/están en entrenamiento de trabajo.
- Early Head Start: 10 horas al día, lunes a viernes. Edades entre 6 semana a 36 meses.

Yo solicito el siguiente centro:

Centros de Greeley			
	Billie Martinez (día extendido)		Keith McNeill (día extendido y AM/PM)
	Centennial (día extendido y AM/PM)		Madison (día extendido)
	Dos Ríos (día extendido y AM/PM)		Plaza (AM/PM)
	23rd Avenue (día extendido)		John Evans (día extendido y AM/PM)
	Jefferson Early Head Start		John Evans Early Head Start

Centros del condado			
	Milliken (Todo el día y medio día AM/PM)		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)

☐ Todo el día (8 horas)

☐ No tengo preferencia

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

☐ Día extendido (6 horas, preescolar)