

HEAD START Y EARLY HEAD START

Instrucciones de aplicación

- Puede completar la solicitud en línea <http://threeiverscap.org/head-start>
- Complete la solicitud por completo. Asegúrese de firmar y de poner la fecha en la solicitud.
- ¿Tiene su hijo algún plan **IEP** o **IFSP** a través de su distrito escolar local? Si la respuesta es sí, por favor incluya una copia con su solicitud.
- ¿Sé consideran como personas **SIN HOGAR**? Si la respuesta es sí, su hijo es categóricamente elegible para Head Start o Early Head Start. Por favor llamar 1-800-277-8418 ext. 156 y puede completar otro documento.
- ¿Es su hijo un **NIÑO DE ACOGIDO**? Si la respuesta es sí, por favor incluye el mandato judicial. Niños de acogidos son categóricamente elegibles para Head Start o Early Head Start.
- ¿Recibe asistencia **FINANCIERA DEL CONDADO**? Si la respuesta es sí, por favor incluye la carta que dice cuánto recibirá. Si recibió asistencia financiera del condado este mes o el mes pasado, su hijo es automáticamente elegible para Head Start o Early Head Start y no necesitamos otros documentos de ingresos.
- ¿Recibe **SSI** (para cualquier persona de la familia)? Si la respuesta es sí, por favor incluye prueba del pago. Si alguien en la familia recibe SSI, su hijo es automáticamente elegible para Head Start o Early Head Start y no necesitamos otros documentos de ingresos.
- ¿Tiene **TRABAJO**? Si la respuesta es sí, por favor incluye su declaración de impuestos federales de 2017, su W2 de 2017, o otra prueba del ingreso que ganó usted el año pasado.
- ¿Recibe **PAGOS DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS**? Si la respuesta es sí, por favor incluye prueba que muestra cuánto recibió en 2017.
- Si **NO RECIBE INGRESOS**, por favor llamar 1-800-277-8418 ext. 156 y podemos discutir cómo completar la aplicación.
- Si es un padre o madre adolescente, y vive con su padres, nosotros NO cuenta los ingresos de sus padres.
- Necesitamos prueba de la fecha de nacimiento de su hijo con la solicitud. Puede ser algún documento que muestre la fecha de nacimiento.
- ¿Dónde **VIVEN** su familia? Por favor incluya prueba de su dirección particular. Puede ser la licencia de conducir, un documento o correo que muestra la dirección particular para que podamos determinar dónde servir a su familia.
- ¿Esta **EMBARAZADA**? Early Head Start está disponible para mamás embarazadas. Por favor completar la solicitud se llama Mamá Embarazada. La solicitud esta puede recoger una en cualquier en línea o oficina de Three Rivers.

LÍNEA DETIEMPO PARA LA HEAD START ACEPTACIÓN

- En ABRIL del 2018—Se aceptaran a los estudiantes que regresan.
- En MAYO del 2018—El primer grupo de estudiantes elegibles se seleccionara.
- En JUNIO del 2018—El segundo grupo de estudiantes elegibles se seleccionara.
- En JULIO del 2018—El tercer grupo de estudiantes elegibles se seleccionara.
- El 13 DE AGOSTO del 2018—El primer grupo de estudiantes con ingresos por encima del limite se seleccionara. Si su niño esta en el grupo de ingresos por encima del limite, no podra ser aceptado hasta el 13 de agosto. Eso es porque necesitamos servir todos los estudiantes elegibles antes de ofrecer un lugar a los estudiantes con ingresos por encima del limite.
- En SEPTIEMBRE del 2018—Los maestros lo contactarán para completar papeleo. **Las clases empiezan!**

Las Inscripciones para el programa escolar 2018-2019 se abrieron en Febrero del 2018. Las solicitudes con año escolar 2017-2018 serán aceptadas hasta el mes de Mayo del 2018.

HEAD START & EARLY HEAD START



Por favor lea las instrucciones cuidadosamente.

Llame al 507-732-8556 si tiene preguntas.

Cuéntenos sobre SU HIJO

Nombre completo LEGAL de su hijo(a):

Fecha de Nacimiento: _____

Raza de su hijo: _____

¿Es su hijo hispano o latino? SI NO

Género de su hijo: _____

¿Qué idioma habla su hijo en casa? _____

¿En dónde asistirá su hijo para el Kinder? _____

¿Tiene su hijo algún plan IEP o IFSP a través de su distrito escolar local? SI NO

Si la respuesta es sí, por favor incluya una copia con su solicitud.

¿Padece su hijo de alguna discapacidad o condición medica grave?
 SI NO

Si la respuesta es sí, por favor explique _____

¿A su hijo le han hecho una evaluación de su desarrollo a través de su distrito escolar local?
 SI NO

Dirección Particular:

Ciudad _____ Estado _____ CP _____

Dirección Postal: Al mismo de dirección particular

Ciudad _____ Estado _____ CP _____

¿En que condado vive?

GOODHUE RICE WABASHA _____

¿Asiste su hijo a guardería? SI NO

¿Qué días? lunes martes miércoles jueves

¿En dónde? _____

Cuéntenos sobre USTED

Nombre complete LEGAL de Usted:

Fecha de Nacimiento: _____

Raza: _____

¿Es usted hispano o latino? SI NO

Género: _____

¿Cuánta gente vive en su casa? _____

¿Cuánto inglés habla?

MUCHO ALGO POCO NADA

¿Necesita interprete? SI NO

¿Qué idioma se hablan en casa? _____

¿En que idioma prefiere recibir documentos?

¿Cual es su numero de teléfono? _____

¿Puede recibir mensajes de texto? SI NO

¿Cual es su correo electrónico? _____

Métodos preferidos de comunicación:

CORREO ELECTRÓNICO TEXTO

LLAMA POR TELÉFONO CORREO POSTAL

¿A su familia se les aplica alguna de las siguientes circunstancias?

- Vivimos en un hotel o en un campamento porque el dinero no nos alcanza para tener nuestra propia vivienda
- Vivimos en un refugio temporal o de emergencia
- Compartimos vivienda con otra gente debido a la pérdida de nuestra vivienda o dificultades económicas.
- Vivimos en un vehículo de cualquier tipo
- Recibimos asistencia financiera del condado
- Recibimos SSI (para cualquier persona de la familia)
- Mi hijo es un niño de acogido
- Nos consideramos como personas sin hogar

¿Quién vive en su casa? Favor de incluir a quienes viven en su casa, incluido usted. Si requiere más espacio, puede anexar otra hoja.

Nombre Legal Completo	Relación con usted	Género	Fecha de Nac. OBLIGATORIO	Raza	¿Hispano?	¿Tiene ingresos?
1.		M F			S N	S N
2.		M F			S N	S N
3.		M F			S N	S N
4.		M F			S N	S N
5.		M F			S N	S N
6.		M F			S N	S N
7.		M F			S N	S N

Si hay 2 adultos viviendo en el hogar, ¿son los dos padres biológicos o adoptivos del niño quien aplica para Head Start? SI NO

Si hay 2 adultos viviendo en el hogar, ¿son legalmente casados? SI NO

¿Recibe pagos de manutención de niños? SI NO i la respuesta es sí, incluya pruebas del pagos reciben en 2017 o en los últimos 12 meses

¿Ha experimentado su hijo algunas de estas situaciones? No es obligatorio contestar, pero nos ayudaría servirles mejor a su familia.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Abuso de drogas o alcohol | <input type="checkbox"/> Padre adolescente | <input type="checkbox"/> El niño vive con un adulto que no es su padre |
| <input type="checkbox"/> Abuso domestico | <input type="checkbox"/> Fallecimiento de familiar directo | <input type="checkbox"/> Los padres no pueden comunicar sin interprete |
| <input type="checkbox"/> Abandono/Abuso/Maltrato Infantil | (Relación con el niño _____) | <input type="checkbox"/> Somos migrantes o refugiados |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad mental de alguno de los padres | <input type="checkbox"/> Divorcio o separación de los padres | <input type="checkbox"/> Familiar directo padece de alguna enfermedad grave (explicar): |
| <input type="checkbox"/> Algún padre con retraso del desarrollo | (Fecha _____) | _____ |
| <input type="checkbox"/> Están trabajando o han trabajado con alguna agencia para necesidades socioemocionales | <input type="checkbox"/> Disminución significativa e impactante del ingreso familiar (ej. Desempleo prolongado) Explicar: _____ | <input type="checkbox"/> Referencia a Head Start por agencia de servicios sociales |
| <input type="checkbox"/> Familia desplazada de su hogar | <input type="checkbox"/> Encarcelamiento | <input type="checkbox"/> Padre Soltero |
| <input type="checkbox"/> Hemos vivido en un refugio de emergencia o de transición | (Relación con el niño _____) | <input type="checkbox"/> Otro hijo mío ha asistido a la Head Start (Nombre: _____) |
| <input type="checkbox"/> Incapaz de pagar renta/hipoteca/utilidades | <input type="checkbox"/> Despliegue militar de uno de los padres | <input type="checkbox"/> Otra razón _____ |
| <input type="checkbox"/> Nuestra casa fue embargada | <input type="checkbox"/> El niño pasó tiempo con familia de acogida | |

PRIVACIDAD DE DATOS/AUTORIZACION DE COMPARTIR INFORMACION/FIRMA

Doy permiso para que Three Rivers Head Start:

- Comparta e intercambie información sobre mi hijo o mi familia, incluyendo pero limitado a: información del IEP/IFSP, evaluaciones, nombres, números de teléfono, y direcciones con mi distrito escolar local, salud publica, o cualquier agencia que yo haya indicado en esta solicitud. Reconozco que esto puede ser útil durante el proceso de la solicitud y para coordinar servicios para mi hijo
- Obtenga, evalúe, y comparta información sobre mi hijo con la escuela para que se le puedan hacer referencias y ofrecer recursos apropiados. Entiendo que todo este proceso es para ayudarme a mi a preparar a mi hijo para el Kindergarten
- Se comunice con mis fuentes de ingreso y que obtenga información sobre mi sueldo. Entiendo que esto puede ayudar en el proceso de solicitud y a determinar la elegibilidad de mi hijo para el programa

Recuerde: eso es solamente una solicitud y no garantiza inscripción al programa. Por favor mantener a Three Rivers Head Start informados sobre cualquier cambio de dirección o numero de teléfono. Su derecho de privacidad es protegido por el Acta de Privacidad de Minnesota. La información privada en esta solicitud será utilizada para determinar su elegibilidad y para el planeamiento del programa. No se requiere legalmente proporcionar esta información.

Certifico que la información que he dado es veraz y correcto según mi mejor conocimiento. Entiendo que proveer información incorrecta puede descalificar a mi familia del programa y en algunas casos puede constituir un fraude.



Firma del Padre: _____

Fecha: _____

