

HEAD START & EARLY HEAD START



Por favor lea las instrucciones cuidadosamente.
Llame al 1-800-277-8418 ext. 304 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: _____

¿Qué idioma(s) habla su hijo en casa?

¿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

Cuéntenos sobre USTED

Nombre complete legal de Usted: _____

¿Esta usted embarazada en este momento? SI NO

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

¿En que idioma prefiere recibir documentos?

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

Dirección Particular:

Ciudad _____ Estado ____ CP _____

Dirección Postal: Al mismo de dirección particular

Ciudad _____ Estado ____ CP _____

¿En que condado vive?
 GOODHUE RICE WABASHA _____

¿Le gustaría ser agregado a una lista de viaje compartido con otras familias que fueron aceptadas?
 SI NO

¿Quién vive en su casa? Favor de incluir a quienes viven en su casa, incluido usted. Si requiere más espacio, puede anexas 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 NO APLICA

¿Recibe pagos de manutención de niños? SI NO Si la respuesta es sí, incluya pruebas del pagos reciben en 2018 o en los últimos 12 meses

¿Hay alguien embarazada en casa? SI NO Si la respuesta es sí, ¿quien? _____

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

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 comunique 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: _____



Como inscribir a su hijo(a) en Head Start o Early Head Start

- Puede completar la solicitud en línea <http://threeriverscap.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 o en VIVENDA TEMPORAL? 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. 304 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 2018, su W2 de 2018, 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 2018.
- Si NO RECIBE INGRESOS, por favor llamar 1-800-277-8418 ext. 304 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.
- ¿Esta EMBARAZADA? Early Head Start está disponible para mamás embarazadas. Por favor asegurese de marcar esta opción en la primera pagina de la solicitud

LÍNEA DE TIEMPO PARA LA HEAD START ACEPTACIÓN

- En marzo del 2019—Se aceptaran a los estudiantes que regresan
- En abril del 2019—El primer grupo de estudiantes elegibles se seleccionara
- En mayo del 2019—El segundo grupo de estudiantes elegibles se seleccionara
- En junio del 2019—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 podrá ser aceptado hasta el julio. Eso es porque necesitamos servir todos los estudiantes elegibles antes de ofrecer un lugar a los estudiantes con ingresos por encima del limite.
- En junio del 2019— estudiantes elegibles aceptado por orden de llegada
- En septiembre del 2019—Los maestros lo contactarán para completar papeleo. **Las clases empiezan!**