



HEAD START & EARLY HEAD START APPLICATION

1414 North Star Dr, Zumbrota, MN 55992
 Phone: 800-277-8418
 Fax: 507-933-4481
 Email: cklein@threeriverscap.org



Head Start/Participante de Early Head Start						
Primer Nombre		Segundo Nombre			Apellido	
Fecha de Nacimiento		Género	Masculino Femenino	Idioma(s)		
Raza	Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico	Negro or Afro Americano Blanco Multiracial	Otro: _____	Etnicidad	Hispano/Latino No-Hispano/Latino	
Discapacidad	¿A su hijo le han hecho una evaluación de su desarrollo a través de su distrito escolar local? Sí No			¿Tiene su hijo algún plan IEP o IFSP? Sí No Si es así que Distrito? _____		
	¿Padece su hijo de alguna discapacidad o condición medica grave? Sí No			¿Tiene usted alguna preocupación sobre el Desarrollo de su hijo(a)? Sí No Si la respuesta es sí, por favor explique: _____		

Padre primario/Guardian						
Primer Nombre		Apellido			Relación con el niño(a):	
Fecha de Nacimiento		Género	Male Female	Language(s)		
Raza	Asiático Indio Americano o Nativo de Alaska Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico	Negro or Afro Americano Blanco Multiracial	Otro: _____	Etnicidad	Hispano/Latino No-Hispano/Latino	
Contacto	Número de teléfono: ¿Puede recibir mensajes de texto? Sí No			Correo electrónico: Métodos preferidos de comunicación:		
	Ingresos Recibe ingresos? Sí No			Correo electrónico Texto Llama por teléfono		

Personas adicionales que vivan en la casa <i>Si requiere más espacio, puede anexar otra hoja</i>						
Nombre Legal Completo	Relación con su hijo	Género	Fecha de nacimiento	Raza Referencia abajo	¿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
¿Hay alguien embarazada en casa? Sí No Si la respuesta es sí, ¿quien? _____						

Raza AN=Indio Americano o Nativo de Alaska A=Asiático B=Negro or Afro Americano M=Multiracial or Biracial
 N=Nativo de Hawái u otra Isla del Pacifico O=Otro W=Blanco

Información del Hogar			
Dirección Particular	Dirección Particular		Apt or Lot #
	Ciudad, Estado, CP		Condado
Dirección Postal	(si es diferente de la dirección particular)		
Estatus de los padres	Un Padre		¿Como se enteró de nosotros?
	Dos Padres		

¿Hay alguna circunstancia que le aplique a su familia?
<input type="checkbox"/> Vivimos en un hotel o en un campamento porque el dinero no nos alcanza para tener nuestra propia vivienda <input type="checkbox"/> Vivimos en un refugio temporal o de emergencia <input type="checkbox"/> Compartimos vivienda con otra gente debido a la pérdida de nuestra vivienda o dificultades económicas <input type="checkbox"/> Vivimos en un vehículo de cualquier tipo <input type="checkbox"/> Nos consideramos como personas sin hogar <input type="checkbox"/> Mi hijo es un niño de acogido <input type="checkbox"/> Esta el niño bajo la custodia de un miembro de la familia que no sea el padre?

Información de Ingresos <i>Deberá proporcionar TODOS los ingresos que usted tuvo en los últimos 12 meses, o los ingresos del año anterior</i>			
Ponga un círculo en las fuentes de ingreso que usted o cualquier otra persona que viva en la casa tenga	<input type="checkbox"/> Salario	<input type="checkbox"/> Seguridad Social (SSDI, RSDI, SSA)	<input type="checkbox"/> Empleo por cuenta propia/ Ingresos agrícolas
	<input type="checkbox"/> Asistencia de Efectivo (MFIP)	<input type="checkbox"/> DWP (Programa de trabajo Divisional)	<input type="checkbox"/> Soporte De Infantes
	<input type="checkbox"/> SSI (Seguridad Suplementaria)	<input type="checkbox"/> Discapacidad a corto o largo plazo	<input type="checkbox"/> Sin Ingresos
			<input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____

Opciones de programa					
<input type="checkbox"/> Early Head Start Visitas a Casa	Faribault	Northfield	Red Wing	Wabasha	Zumbrota
<i>para mujeres embarazadas y niños de 0 a 3 años. Este programa incluye visitas a domicilio semanal y actividades bimestrales de Socialización.</i>	<input type="checkbox"/> Día Completo <input type="checkbox"/> Por la mañana <input type="checkbox"/> Por la tarde	<input type="checkbox"/> Día Completo	<input type="checkbox"/> Por la mañana <input type="checkbox"/> Por la tarde	<input type="checkbox"/> Por la mañana	<input type="checkbox"/> Por la mañana

FIRMA DE PRIVACIDAD DE DATOS, Y DIVULGACION DE INFORMACION
<p>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. Sin embargo, no proporcionar la documentación o información solicitada podría significar que su familia no pueda recibir los servicios de Head Start.</p> <p><i>Doy permiso para que Three Rivers Head Start comparta e intercambie información sobre mi hijo(a) o mi familia, que incluye, entre otros: información del IEP / IFSP, evaluaciones, nombre (s), número (s) de teléfono y dirección (es) con mi distrito escolar local, Salud Pública u otra agencia / proveedor externo que haya indicado en mi entrevista.</i></p> <p><i>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.</i></p> <p>Firma del Padre: _____ Fecha: _____</p>

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

Mantenga esta página como referencia

Su solicitud no estará completa hasta que recibamos todos los documentos que se enumeran a continuación. Puede completar la solicitud en línea si entra a la página de threeiverscap.org/head-start. Llame al 507-696-1970 si tiene preguntas. Envíe por correo electrónico la solicitud completa a cklein@threeiverscap.org o visite threeiverscap.org para encontrar la ubicación de Three Rivers más cercana.

Cómo determinar si su familia es elegible:

- ¿Se considera usted en una **SITUACIÓN DE VIVIENDA TEMPORAL o SIN HOGAR**? Si es así, usted es categóricamente elegible para el programa de Head Start o Early Head Start. Si este es el caso por favor Llame al 507-696-1970 y pida otro formulario por separado para esta situación. Usted no necesita comprobar ingresos.
- ¿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 es así, envíe su Declaración de impuestos federales 2021. Si ambos padres viven en la casa y no presentan impuestos juntos, necesitamos copias de ambas declaraciones de impuestos. Si no declara impuestos, puede proporcionar sus W-2 del año 2021. También podemos aceptar los talones de cheque de los pasados 12 meses o una carta firmada de su empleador que indique todos los ingresos obtenidos en 2021 o en los últimos 12 meses.
- ¿Recibe **PAGOS DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS**? Si es así, inicie una sesión en su cuenta en línea e imprima la página que muestra toda la manutención infantil que recibió en el año 2021. Si no tiene acceso a su cuenta en línea, pídale a su trabajador(a) que le proporcione una copia impresa de toda la manutención infantil recibido en 2021.
- Si usted ha recibido beneficios de **SEGURO SOCIAL, DESEMPLEO o DISCAPACIDAD** en el último año, necesitaremos documentación al respecto.

Verificar la fecha de nacimiento de su hijo

- Por favor proporcione una copia del certificado de nacimiento de su hijo(a) O cualquier otro documento oficial que indique la fecha de nacimiento impresa.
- Si no cuenta con algún documento oficial con la fecha de nacimiento de su hijo(a), pero ha recibido vacunas en Minnesota, es posible que podamos verificar la fecha de nacimiento con ese documento.

¿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.