



# 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		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
Contacto	Número de teléfono: (____) ____ -- ____ ¿Puede recibir mensajes de texto? Sí No			Correo electrónico: _____ Métodos preferidos de comunicación: Correo electrónico Texto Llama por teléfono			
	Ingresos	Recibe ingresos? Sí No					

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"/> SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)
	<input type="checkbox"/> Asistencia de Efectivo (MFIP)	<input type="checkbox"/> DWP (Programa de trabajo Divisional)	<input type="checkbox"/> Desempleo	<input type="checkbox"/> Otro: _____
	<input type="checkbox"/> SSI (Seguridad Suplementaria)	<input type="checkbox"/> Soporte De Infantes	<input type="checkbox"/> Discapacidad a corto o largo plazo	<input type="checkbox"/> Sin Ingresos

Opciones de programa					
<input type="checkbox"/> <b>Early Head Start Visitas a Casa</b>	<b>Faribault</b>	<b>Northfield</b>	<b>Red Wing</b>	<b>Wabasha</b>	<b>Zumbrota</b>
<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><b><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></b></p> <p><b><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></b></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](http://threeiverscap.org/head-start). Llame al 507-696-1970 si tiene preguntas. Envíe por correo electrónico la solicitud completa a [cklein@threeiverscap.org](mailto:cklein@threeiverscap.org) o visite la página de [threeiverscap.org](http://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 en una **CASA HOGAR** o viviendo con otro miembro de la familia? Si la respuesta es sí, por favor incluye la orden judicial expedida por la corte. Los niños que se encuentran en una casa hogar son categóricamente elegibles para asistir al programa de Head Start o Early Head Start.

¿Recibe asistencia **FINANCIERA DEL CONDADO**? Si la respuesta es sí, por favor incluya 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 Usted asistencia de Comida (**SNAP**)? Si es así, su hijo(a) serán automáticamente elegible para asistir al programa de Head Start y Early Head Start, por favor proporcione una copia o fotografía de su tarjeta EBT o pida una copia en el condado de lo que usted recibe. Usted no necesita otro comprobante 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 asistir al Head Start o Early Head Start y no necesitamos otros documentos de ingresos.

¿Tiene **TRABAJO**? Si es así, envíe su Declaración de impuestos federales 2022. 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 2022. 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 2022 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 2022. 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 recibida en 2022.

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.