



HEAD START/ EARLY HEAD START 2010-2011 SPANISH

Una vez que su solicitud es procesada, se le notificará si su niño califica para el programa Orange County Head Start/Early Head Start. Todos los niños que reúnan los requisitos, serán colocados en una lista de espera, hasta que haya una vacante en nuestro programa. **Se aceptan solicitudes durante todo el año.**

Asegúrese de incluir toda la documentación necesaria al enviar la solicitud

↓ No podremos determinar si su hijo califica para nuestro programa hasta que recibamos lo siguiente: ↓

- SOLICITUD COMPLETA Y FIRMADA (la firma se requiere en la página 6)
- CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN COMPLETO Y FIRMADO (página 5)
- COMPROBANTE DE INGRESOS (Copia del formulario W-2, declaración de Impuestos; o mínimo 3 talones de cheque consecutivos recientes. También debe incluir copias de cualquier otra fuente de ingresos que haya recibido) (página 6)
- COMPROBANTE DE LA EDAD DEL NIÑO – (Copia del ACTA DE NACIMIENTO o Pasaporte)
- COMPROBANTE DE QUE VIVE EN EL CONDADO DE ORANGE– (copia de cualquiera de los siguientes documentos que muestren su nombre y dirección actual - recibo de luz, agua, gas, teléfono (no celular) , cable, contrato de renta, escrituras, impuesto predial)

Si necesita ayuda para completar esta solicitud o tiene dudas en relación a la documentación requerida, por favor llame a la oficina de Orange County Head Start/Early Head Start al 919-490-5577 Ext. 248 o 242

*Las Solicitudes Incompletas no serán procesadas *

SI ESTÁ INTERESADO EN GUARDERÍA DE TIEMPO COMPLETO (más de 6 horas) para poder trabajar o estudiar, usted también debe llenar una solicitud con las agencias locales de subsidio en el condado Orange:

- CHILD CARE SERVICES ASSOCIATION (CCSA) 967-3272
- ORANGE COUNTY DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES (DSS) 245-280 o 968-2000

SI SU HIJO ES ACEPTADO EN NUESTRO PROGRAMA, TAMBIÉN REQUERIREMOS:

- Prueba de inmunizaciones: copia de la cartilla de vacunación de su hijo.
- Examen médico: copia del examen médico mas reciente del niño (de los últimos 12 meses)

Envíe por correo o entregue su solicitud con toda la documentación requerida (nosotros podemos sacar copias de sus documentos) a:

Orange County Head Start/Early Head Start
800 Eastowne Drive, Suite 105
Chapel Hill, NC 27514
919-490-5577 Ext. 248 or 242

O

Fairview Child and Family Center
125 Lawndale Avenue
Hillsborough, NC 27278
919-643-4000

NOMBRE DEL NIÑO PARA QUIEN SE LLENA SOLICITUD

EDAD

FECHA de NACIMIENTO

Toda la Información en esta Solicitud es tratada de manera confidencial

INFORMACIÓN DE LOS PADRES Y LA FAMILIA

NOMBRE DEL ADULTO QUE LLENA LA SOLICITUD

PARENTESCO CON EL NIÑO

FECHA DE HOY

DIRECCIÓN O DOMICILIO ACTUAL

CIUDAD/ESTADO

CODIGO POSTAL

TELÉFONO

DIRECCIÓN PARA RECIBIR CORRESPONDENCIA (Si es diferente a la de arriba)

TEL. CELULAR

DIRECCION DE CORREO Electrónico (e-mail) -

TEL. DEL TRABAJO

¿Por cuánto tiempo ha vivido su hijo en esta dirección? _____

SI ESTÁ EMBARZADA: Fecha de Parto (mm/aa): ____/____ ¿Está recibiendo servicios prenatales? Si No

¿Tiene un Coordinador de Cuidados Maternos o Trabajador social? Si No Nombre: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:

	Madre/Tutor Legal (Si aplica)	Padre//Tutor Legal (Si aplica)
Nombre:		
Fecha de Nacimiento:		
¿ De qué raza u origen étnico se considera? (marque sólo una)	<input type="checkbox"/> Blanco/Anglosajón <input type="checkbox"/> Negro/Áfrico americano <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Mixto u otra: _____	<input type="checkbox"/> Blanco/Anglosajón <input type="checkbox"/> Negro/Áfrico americano <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Mixto u otra: _____
¿Qué idiomas habla?		
¿Qué Idioma se habla en casa principalmente?		
(Si el inglés <u>no es</u> su idioma principal)	¿Qué tan bien habla usted el inglés? <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Nada/Casi Nada ¿Qué tan bien usted puede leer y escribir el inglés? <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Nada/Casi Nada	¿Qué tan bien habla usted el inglés? <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Nada/Casi Nada ¿Qué tan bien usted puede leer y escribir el inglés? <input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Muy poco <input type="checkbox"/> Nada/Casi Nada
¿Cuál es su situación de empleo? (marque sólo una)	<input type="checkbox"/> Tiempo completo (30+ hrs) <input type="checkbox"/> Medio tiempo (29 hrs o menos) <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> No puedo trabajar debido a una incapacidad <input type="checkbox"/> En capacitación para trabajar : _____ <input type="checkbox"/> Soy mi propio jefe (especifique): <input type="checkbox"/> Buscando empleo activamente <input type="checkbox"/> Otro: (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Tiempo completo (30+ hrs) <input type="checkbox"/> Medio tiempo (29 hrs o menos) <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> No puedo trabajar debido a una incapacidad <input type="checkbox"/> En capacitación para trabajar : _____ <input type="checkbox"/> Soy mi propio jefe (especifique): <input type="checkbox"/> Buscando empleo activamente <input type="checkbox"/> Otro: (especifique): _____
Horario de Trabajo:	De: _____ Hasta: _____	De: _____ Hasta: _____
¿Está inscrito en alguna escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Dónde? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Dónde? _____
¿Cuál es el grado escolar más alto que usted completó?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Universidad 1 2 3 4 5+	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Universidad 1 2 3 4 5+
¿Terminó Preparatoria/GED? ¿ Tiene título universitario?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Título: _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Título : _____

Continuación de Información de la Familia:

Nombre del Jefe de Familia: _____

Este niño vive con Ambos padres Padre Madre Padre(s) Adoptivo(s) Abuelo(s) Otro _____

¿Quién tiene custodia **LEGAL** del niño? _____ ¿Está el niño adoptado temporalmente? Si No

¿Están los dos padres del niño(a) criando a este niño? Si No

¿Existen problemas con la custodia? Si No Si Contestó que Si, por favor explique: _____

Estado Civil (marque uno): Soltero(a) Casado(a) Separado(a) Divorciado(a) Viudo(a)

Escriba el nombre de todas las personas que viven en casa con este niño (Hermanos(as), Tíos(as), Abuelos(as), no familiares, etc):

NOMBRE	Sexo	Edad	Fecha de Nacimiento	Parentesco con el niño(a)

De las personas listadas arriba, ¿Cuántas son mantenidas por el padre(s)/tutor(es) de este niño? _____

Nosotros seleccionamos a los niños en base a sus necesidades. Sus respuestas honestas a las siguientes preguntas nos ayudará a determinar las necesidades de su familia.

Esta información se mantendrá estrictamente confidencial, de acuerdo a la política del programa.

- Si No ¿Alguna vez se le ha dado estatus de refugiado?
- Si No ¿Tiene problemas para cubrir las necesidades básicas de su hijo: vivienda, salud, y /o comida?
Si contesto que sí, por favor Explique: _____
- Si No ¿Han sido testigos usted o este niño del abuso de alcohol o drogas en su casa?
Si contesto sí, por favor Explique: _____
- Si No ¿Ha sido este niño testigo de violencia domestica (física o verbal) en su comunidad?
- Si No ¿Ha sido este niño testigo de violencia doméstica (física o verbal) en su casa?
- Si No ¿Es usted un desamparado (sin hogar) o vive en el refugio para gente sin hogar?
- Si No ¿Siente usted que su casa y/o vecindario son inseguros o peligrosos?
- Si No ¿Ha tenido problemas en el pasado para poder permanecer en una casa o en un departamento?
- Si No ¿Algún familiar que vive en su casa, tiene una discapacidad documentada? Sí es así, ¿quién? _____
- Si No Este familiar, ¿Está recibiendo servicio del SSI (Supplemental Security Income) por necesidades especiales?
- Si No ¿Alguno de los padres tiene alguna enfermedad mental?
Si es así, ¿quien? _____
- Si No ¿Recibe el padre o la madre SSI por su enfermedad mental?
- Si No ¿Este niño ha perdido a alguno de sus padres debido a muerte o encarcelamiento recientemente?
- Si No ¿Este niño ha perdido alguno de sus padres debido a divorcio, separación, o abandono?
- Si No ¿Ha tenido problemas su familia con el Servicio de Protección del Niño (CPS)?
- Si No ¿Ha habido alguna denuncia por abuso o negligencia?
- Si No ¿Ha perdido usted la custodia de su hijo/a?
- Si No ¿Ha cedido usted voluntariamente a su hijo en otro hogar?
- Si No ¿Usted o su niño se sienten aislados o tienen muy poca oportunidad de relacionarse con otras personas?
- Si No ¿Ha tenido problemas serios recientemente, que han causado estrés en su familia? Si contesto sí, por favor especifique: _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO

(Si su hijo no ha nacido todavía, pase a la siguiente página)

_____/_____/_____
NOMBRE DEL NIÑO PARA QUIEN SE LLENA SOLICITUD Fecha de nacimiento Masculino Femenino

¿De qué raza u origen usted considera a su hijo? (elijá una):

- Blanco/Anglosajón Negro/Áfrico-Americano Indígena Americano Asiático Isleño pacífico
 Latino/Hispano Mixto u otro (especifique): _____

¿Su hijo ha participado en Early Head Start o Head Start anteriormente? Sí No ¿Cuándo? _____

Su hijo ¿Tiene algún hermanito que esté inscrito actualmente en Early Head Start o Head Start? Sí No

Su hijo ¿Tiene algún hermanito que haya estado inscrito anteriormente en Early Head Start o Head Start? Sí No

Seguro médico de su hijo: Medicaid Health Choice Ninguno Otro _____

¿Su hijo nació a las 36 semanas o menos de embarazo o pesó menos de 3 lbs. y 4 oz. cuando nació? Sí No

¿Su hijo padece de alguna enfermedad crónica o es médicamente frágil? Favor de explicar: _____

¿A dónde lleva a su hijo a recibir exámenes médicos, vacunas y otros cuidados de salud? (escriba todos los lugares) _____

IMPORTANTE: Recomendamos a las familias que nos entreguen copia del examen médico y cartilla de vacunas al entregar esta solicitud. Nosotros requerimos un examen médico reciente y cartilla de vacunas actualizada para todos los niños inscritos. Por favor llámenos al 919-490-5577, ext 259 si tiene problemas en obtener estos registros.

¿Le ha expresado alguna persona preocupación o le ha recomendado algún servicio basado en la salud, aprendizaje, desarrollo o comportamiento de este niño?

- No Sí, miembro de la familia Sí, Pediatra/un profesional del cuidado de la salud: _____
 Sí, profesor Sí, Coordinador del Servicio de Niño u otro trabajador social: _____

Si contesto sí, por favor explique: _____

¿Alguna vez ha recibido este niño alguna evaluación o examen de desarrollo debido a preocupaciones acerca de su comportamiento, salud o desarrollo o por servicios de intervención temprana o educación especial?

- No Si, Educación Excepcional Preescolar (sistema escolar)
 Si, CDSA o CDL Si, Pediatra Si, Hospital o Clínica
 Si, Psicólogo o Trabajador Social Si, CSC/Depto. de Salud Si, otro: _____

¿Si contesto que sí al punto anterior, el examen resultó en la elegibilidad del niño para recibir servicios de intervención temprana (como terapia, educación especial, o servicios de habla)? Sí No No estoy seguro

¿Actualmente tiene su niño un Plan de Servicio Individual de Familia (IFSP)?

- Sí No No estoy seguro En este momento no, pero lo ha tenido antes

Si la respuesta es sí, por favor explique: _____

Si su hijo tiene un IFSP o IEP por favor, adjunte una copia a esta Solicitud.

Estoy interesado en...(puede seleccionar más de una opción)

- Servicios al Hogar (visitas al hogar y grupos de juego entre padres e hijos) **PARA NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS y MUJERES EMBARAZADAS**
- Servicios de guardería **PARA NIÑOS DE 6 SEMANAS A 5 AÑOS** ****SELECCIONE UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES****
- Guarderías en el área Chapel Hill/Carrboro Centro del Niño y la Familia Fairview en Hillsborough Cualquier lugar
- Salón de Pre-K/More@4 en las Escuelas Elementales del Condado de Orange (no en las Escuelas de Chapel Hill/Carrboro)

Díganos si necesita usted lo siguiente:

- Necesito cuidado infantil para continuar trabajando y/o estudiar Necesito cuidado infantil para encontrar un trabajo.
- Necesito cuidado infantil para regresar a la escuela/capacitación de trabajo/otra capacitación (especifique): _____

¿Actualmente usted trabaja o estudia más de 30 horas a la semana? ? Si No

¿Qué horario necesita para el cuidado infantil de su hijo(a)? De: _____ **A:** _____

¿Usted recibe subsidio actualmente para el cuidado infantil? No Si, para este niño Si, para su(s) Hermano(s)

Si es así, ¿Cuál tipo? CCSA (Child Care Services Association) DSS (Department of Social Services)

Si no está recibiendo subsidio, ¿Ha solicitado subsidio para el cuidado de este niño? Si No

Si es así ¿Dónde? CCSA. FECHA QUE SOLICITÓ ____/____/____ DSS. FECHA QUE SOLICITÓ: ____/____/____

¿Alguna vez ha asistido este niño a una guardería o ha sido cuidado por alguien fuera de su hogar? Si No

¿Dónde? _____ **¿Por cuánto tiempo?** _____

¿Este niño asiste actualmente a esta guardería? Si No

¿Qué medio de transporte usa usted? Mi coche Autobús Coche de un familiar/Vecino Otro _____

Ya que nuestros Salones de Pre-K de Head Start (4 años de edad) no ofrecen cuidado infantil de tiempo completo,

¿Buscará/necesitará usted horas adicionales de cuidado infantil antes de las 8am o después de las 2pm? Si No

De ser así, ¿Cuál es su plan para el cuidado de su hijo? _____

Por favor, díganos cómo se enteró acerca de Head Start/Early Head Start del Condado de Orange. Esto nos ayudará a conocer cuáles son las mejores maneras de llegar a las familias de nuestra comunidad (marque una opción):

- Vi un volante/aviso (¿dónde?): _____ De un amigo/vecino/familiar
- Por alguien que trabaja con mi familia (¿Quién?): _____ Periódico
- Una de las oficinas en las que recibo servicios (¿Cual?) _____
- Otro: _____

¿Existen otras agencias comunitarias que le brinden servicios a usted o alguien más en su casa? Sí No

Si es así, por favor menciónelos en la tabla a continuación.

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DE LA PERSONA

Comentarios de la Agencia: _____

¿Su familia recibe alguno de los siguientes beneficios de asistencia o servicios? (Marque todos los que apliquen)

- Adopción temporal (Foster Care) Medicaid/Medicare Estampas de Comida WIC Housing Assistance
- SSI SSA TANF/Asistencia Pública/Work First Desempleo Manutención del Niño (Child Support)
- Depto. de Servicios Sociales – Subsidio de Cuidado Infantil Child Care Services Association – Subsidio de Cuidado Infantil
- Coordinación de Servicios al Niño (Departamento de Salud)

CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN

Nombre del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: ____/____/____

El programa de Orange County Head Start/Early Head Start opera en asociación con agencias de la comunidad que sirven a niños y familias. Esta asociación nos ayuda a promover acceso para apoyar a los programas para las familias que son elegibles para recibir estos programas. Su consentimiento para que nuestro personal discuta las necesidades de su hijo con otras agencias ayudará a asegurar que nuestros servicios para su familia sean eficientes y unificados con los otros servicios que su familia podría recibir.

NOTA: La elegibilidad para el programa de Head Start/Early Head Start no resultará en la pérdida de ningún servicio que usted ya recibe

Es posible que tengamos que intercambiar información obtenida en esta Solicitud con las siguientes agencias.

- Departamento de Salud del Condado de Orange (OCHD)
- Departamento de Servicios Sociales (DSS) – TANF/Work First Day Care, Child Protective Services
- Agencia de Servicio del Desarrollo del Niño de Durham (CDSA)
- Asociación de Servicios del Cuidado del Niño (CCSA)
- Asociación del Condado de Orange para Niños Pequeños/More At Four
- Escuelas de Chapel Hill - Carrboro
- Escuelas del Condado de Orange
- KidScope
- Socios de Cuidado infantil de OCEHS - Community School for People Under Six, Frank Porter Graham Child Care Center
Operation New Life Child Development Center, Chapel Hill Cooperative Preschool-
Infant/Toddler Site
- Programa Early Head Start o Head Start o Guardería al que asistió anteriormente - **Favor de escribir nombre y dirección:** ↓

CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIAR INFORMACIÓN CON LOS PROVEEDORES DE CUIDADO DE SALUD DE SU HIJO:

Por favor escriba los nombres de pediatras, especialistas y proveedores de cuidados de salud que asisten a su hijo(a):

- Consultorio Médico/Centro de Atención Médica (favor de especificar): _____
- Otro Proveedor del Cuidado de Salud (favor de especificar):_ _____

Yo doy mi consentimiento al programa de Head Start/Early Head Start del Condado de Orange para intercambiar información con las agencias mencionadas arriba. Entiendo que este consentimiento es voluntario y es válido hasta que mi familia esté inscrita en el programa de Head Start/Early Head Start del Condado de Orange, o hasta que yo cancele este consentimiento por escrito. Entiendo que ésta página de mi solicitud puede ser enviada a las agencias nombradas arriba para mostrarles mi consentimiento de intercambio de información.

Firma del Padre/Tutor Legal

_____/_____/_____
Fecha

DEBE INCLUIR COMPROBANTE DE INGRESOS
AL ENTREGAR ESTA SOLICITUD

(Las Aplicaciones no pueden procesarse sin comprobante de ingresos)

Para determinar su elegibilidad, los Estándares de Desempeño de Head Start requieren que compruebe:

- Todo ingreso recibido por el niño que está aplicando, así como el ingreso de sus padres o tutores legales,
- Y el ingreso de cualquier familiar emparentado a los padres del niño por nacimiento, matrimonio o adopción, que viva en la misma casa y que también sea mantenido por los padres del niño.

	Padre/Tutor Legal	Madre/ Tutor Legal	Otro Pariente/Familiar
Patrón /Compañía de empleo actual			
Antigüedad:	_____ Años _____ Meses	_____ Años _____ Meses	_____ Años _____ Meses
Horas trabajadas semanalmente			
Ingreso Mensual/Anual	\$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	\$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	\$ _____ <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
Pago Recibido	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Quincenal

OTRAS FUENTES DE INGRESOS QUE DEBE INCLUIR

Child Support (de todos sus hijos)	Cantidad Mensual \$
Work First/TANF	Cantidad Mensual \$
Ingreso Suplemento del Seguro Social (SSI)	Cantidad Mensual \$
Pagos de Adopción Temporal Foster Care	Cantidad Mensual \$
Beneficio del Seguro Social (SSA)	Cantidad Mensual \$
Trabajo-Estudio, Beca de Investigación o de Premio	Cantidad Mensual \$
Desempleo	Cantidad Mensual \$

**Su Solicitud no
será procesada
si no incluye
comprobante
de ingresos**

Envíe su forma W-2 más reciente, formulario de Impuestos; al menos 3 talones de cheque consecutivos o una carta de su empleador que refleje el número de horas trabajadas por semana y cuánto gana por hora. Usted debe comprobar los ingresos obtenidos en los últimos 12 meses. También debe incluir copias de otros ingresos como se ha especificado arriba.

CUAL ES EL SIGUIENTE PASO....

Usted recibirá una carta que le informe el estado de su solicitud o si necesitamos más información. Necesitaremos comunicarnos con usted, mientras determinamos si su hijo es elegible o si hay un espacio disponible en nuestro programa. Anote los datos de dos personas que nos puedan ayudar a localizarlo, en caso de que no podamos comunicarnos con usted, para informarle de su Solicitud:

Nombre _____

Teléfono _____

Nombre _____

Teléfono _____

Por favor contáctenos si cambia su dirección, número de teléfono(s), ingresos, u otra información de su familia.

YO CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROVEÍDA EN ESTA SOLICITUD, Y EN LOS DOCUMENTOS INCLUIDOS, INCLUYENDO INGRESOS, ES CORRECTA Y VERÍDICA.

Firma del Padre(s)/Tutor Legal

_____/_____/_____
Fecha