



Durham Early Head Start Solicitud 2010 español



¿Qué es Early Head Start?

Early Head Start es un programa gratis y completo de desarrollo infantil y apoyo de familia. El programa es para familias con niños desde el nacimiento hasta los tres años de edad y para mujeres embarazadas. Los niños participan en actividades divertidas y educacionales diseñadas para fomentar el crecimiento y desarrollo. Las familias reciben información y ayuda en varios temas incluyendo educación en la niñez temprana, salud, nutrición y recursos de la comunidad.

¿Quién es elegible para los servicios de Durham Early Head Start?

- ✓ Mujeres embarazadas y niños que todavía no tienen 3 años de edad y que su dirección esté en Durham dentro de los siguientes códigos postales:

27701	27704	27706	27712
27703	27705	27707	27713

- ✓ Familias que cumplan con el ingreso como se determina por Federal Poverty Guidelines (Normas Federales de Pobreza.)

Tamaño de la familia	Ingreso familiar anual
1	\$14,079
2	\$18,941
3	\$23,803
4	\$28,665
5	\$33,527
6	\$38,389
7	\$43,251
8	\$48,113
Por cada persona adicional agregue: \$3,740	

- ✓ Niños en adopción temporal y niños de familias que reciben asistencia pública (TANF o SSI) sin importar el ingreso.
- ✓ Niños con discapacidades confirmadas podrían calificar sin importar el ingreso.

¿Cuales servicios están disponibles?

Servicios de visitas en el hogar: Las familias recibirán una visita en su hogar una vez por semana de un visitante de hogar quien ha sido entrenado en el currículo "Padres como Maestros". Los padres participaran en actividades de aprendizaje diseñadas para incrementar el aprendizaje de su hijo(a) y recibirán información y ayuda en temas de interés al igual que recursos e información de otros servicios. Las familias también tendrán la oportunidad de asistir a un Grupo de juego con otras familias con hijos dos veces por mes. Las visitas en el hogar están disponibles en español para las familias que hablan español.

Servicios en centro de guardería: Los niños recibirán cuidado de calidad por días completos en todo el año en un centro de cuidado de niños completamente calificado en la comunidad de Durham. Los maestros de Early Head Start cuidarán de su hijo(a) en un ambiente de aprendizaje estimulante para los niños. Los Coordinadores de servicios familiares se reunirán con los padres individualmente para darles apoyo e información en varias áreas, incluyendo salud, nutrición, crianza de niños y recursos de la comunidad.

Para más información o para pedir ayuda para llenar la solicitud, llame a:

Durham Early Head Start al 919-439-7107

Para los servicios de visitas en el hogar, puede llamar a Healthy Families Program al 919-419-3474 x. 313

Atención: Las solicitudes y ayuda bilingüe están disponibles en español.

NOMBRE DEL NIÑO(A) QUE SOLICITA _____

EDAD _____

FECHA DE NACIMIENTO _____ / _____ / _____

Toda la información en esta solicitud es confidencial

INFORMACIÓN DE PADRES Y FAMILIA

NOMBRE DEL ADULTO QUE SOLICITA PARA EL NIÑO(A) _____

PARENTESCO _____

FECHA _____ / _____ / _____

DIRECCIÓN _____

CIUDAD/ESTADO _____

CÓDIGO POSTAL _____

NÚMERO DE TELEFONO _____

DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente de la mencionada anteriormente) _____

NÚMERO DE CELULAR _____

Correo electrónico - _____

NÚMERO DEL TRABAJO _____

¿Por cuánto tiempo ha vivido este niño en esta dirección? _____

SI ESTÁ EMBARAZADA: Fecha de parto (mes/año): _____ / _____ ¿Está recibiendo cuidado prenatal? Si No

Tiene un coordinador de cuidado de maternidad o un trabajador de alcance? Yes No Nombre: _____

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:

	Madre/tutor legal(<i>si aplica</i>)	Padre/ tutor legal(<i>si aplica</i>)
Nombre:		
Fecha de nacimiento:		
¿De cual raza/etnicidad se considera usted? (Marque uno)	<input type="checkbox"/> Blanco/Anglo <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de América <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Multi racial u otro (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Blanco/Anglo <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de América <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Latino/Hispano <input type="checkbox"/> Multi racial u otro (especifique): _____
Idioma que hablan:		
¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa?		
(Si el inglés <u>no</u> es su primer idioma)	¿Qué tan bien habla inglés? <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> No mucho o nada ¿Qué tan bien lee y escribe inglés? <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> No mucho o nada	¿Qué tan bien habla inglés? <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> No mucho o nada ¿Qué tan bien lee y escribe inglés? <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> No mucho o nada
¿Cuál es su situación de empleo? (marque uno)	<input type="checkbox"/> Tiempo completo (30 +horas) <input type="checkbox"/> Medio tiempo (29 horas o menos) <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> No puedo trabajar por una discapacidad <input type="checkbox"/> En entrenamiento para un trabajo: _____ <input type="checkbox"/> Soy mi propio jefe (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Estoy buscando trabajo <input type="checkbox"/> Otro: (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Tiempo completo (30 +horas) <input type="checkbox"/> Medio tiempo (29 horas o menos) <input type="checkbox"/> Me quedo en casa <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> No puedo trabajar por una discapacidad <input type="checkbox"/> En entrenamiento para un trabajo: _____ <input type="checkbox"/> Soy mi propio jefe (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Estoy buscando trabajo <input type="checkbox"/> Otro: (especifique): _____
Horas de trabajo:	desde: _____ hasta: _____	desde: _____ hasta: _____
¿Está inscrito en la escuela?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Donde? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Donde? _____
¿Cuántos años de escuela completó?(marque uno):	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+
¿Tiene Diploma/GED o título de Universidad?	<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 de la cabeza de familia _____

El niño(a) vive con Ambos padres Padre Madre Padres adoptivos Abuela(os) Otro _____

¿Quién tiene la custodia **LEGAL** del niño(a) ? _____ ¿El niño(a) es adoptado temporalmente? Si No

¿Están ambos padres involucrados en la crianza del niño(a)? Si No

¿Hay problemas de custodia? Si No Si es así, explique: _____

¿Es usted?(marque uno): Soltera(o) Casada(o) Separada(o) Divorciada(o) Viuda(o) En Unión Libre

Escriba los nombres de todas las personas que viven con el niño(a). (hermanos, tíos, abuelos, o personas que no son de la familia):

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

Del número de personas mencionadas, cuántas personas son mantenidas por los padres o tutores del niño(a)? _____

Se seleccionan a los niños de acuerdo a sus necesidades. Sus respuestas sinceras a las siguientes preguntas, nos ayudarán a determinar las necesidades de su familia. Tomamos en cuenta varios hechos para inscribir a los niños con mayor necesidad. Las preguntas contienen temas privados y delicados.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad de acuerdo a la política del programa. .

- Sí No ¿Tiene dificultades para satisfacer las necesidades básicas del niño(a) como vivienda, cuidado de salud, y o comida?
Si es así, explique _____.
- Sí No ¿Han sido testigos usted o su hijo(a) del abuso de alcohol o drogas en su casa?
Si es así, explique _____.
- Sí No ¿Ha sido testigo su hijo(a) de violencia física o verbal en su comunidad?
- Sí No ¿Ha sido testigo su hijo(a) de violencia física o verbal en su hogar?
- Sí No ¿Piensa usted que su casa y o vecindario son inseguros?
- Sí No ¿Está usted sin hogar, sin techo o vive en un centro de refugio?
- Sí No ¿Ha tenido usted dificultad en el pasado para tener una casa o departamento estable?
- Sí No ¿Hay alguien en la familia que vive con usted que tiene una discapacidad documentada?
Si es así, ¿quién? _____.
- Sí No ¿Está esta persona recibiendo Ayuda como Suplemento del Seguro Social (SSI) para discapacitados?
- Sí No ¿Tiene alguno de los padres una enfermedad mental?
- Sí No ¿Está el padre o madre recibiendo ayuda de SSI por su enfermedad mental?
- Sí No ¿Ha perdido el niño(a) a su padre o madre recientemente por causa de muerte o encarcelamiento?
- Sí No ¿O por causa de separación, divorcio o abandono?
- Sí No ¿Ha estado su familia involucrada con el Servicio de Protección del Niño?(CPS)
- Sí No ¿Hay algún abuso o negligencia documentada?
- Sí No ¿Alguna vez ha perdido la custodia de su hijo(a)?
- Sí No ¿O ha dejado a su hijo(a) voluntariamente en otra casa?
- Sí No ¿Se sienten usted o su hijo(a) aislados; o tienen pocas oportunidades de interactuar con otros?
- Sí No ¿Ha habido cualquier otro evento serio que ha traído estrés a su familia recientemente?
Si es así, explique: _____

INFORMACIÓN DEL NIÑO(A)*(Si el niño(a) no ha nacido todavía, salte esta parte)*

NOMBRE DEL NIÑO(A) QUE SOLICITA _____

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____

 Masculino Femenino

¿De qué raza/grupo étnico cree que es su hijo(a)? (marque uno):

- Blanco/Anglosajón Negro/Áfrico-Americano Nativo-Americano Asiático De las Islas del Pacífico
 Latino/Hispano Multi-racial u otro (especifique): _____

¿Su hijo(a) ha estado en Early Head Start u otro Head Start antes? Sí No ¿cuando? _____¿Su hijo(a) tiene algún hermano(a) inscrito(a) en Early Head Start o Head Start ahora? Sí No¿Su hijo(a) tiene algún hermano(a) que ha estado inscrito(a) antes en Early Head Start o Head Start? Sí No¿Tiene seguro médico para su hijo(a)? Medicaid Health Choice Ninguno Otro _____¿Su hijo(a) nació a las 36 semanas o antes o pesó menos de 3 libras y 4 onzas? Sí No

¿Su hijo(a) tiene una condición de salud crónica o es medicamento frágil? explique: _____

¿A dónde lleva al niño(a) para los exámenes, vacunas y otros cuidados de salud? (apúntelos todos) _____

IMPORTANTE: Alentamos a las familias a proveer prueba de un examen físico y tarjeta de vacunas del niño(a) al solicitar Early Head Start. Requerimos un examen físico y tarjeta de vacunas para todos los niños inscritos Llámenos al 919-439-7107 si tiene dificultad en obtener ésta información.

¿Alguien ha expresado preocupación o ha recomendado servicios basados en la salud, aprendizaje, desarrollo o comportamiento del niño(a)?

- No Sí, un familiar Sí, Pediatra/Profesional de cuidado de salud : _____
 Sí, maestro(a) Sí, coordinador(a) de servicios de niños o trabajador(a) social: _____

Si es así, explique esas preocupaciones: _____

¿Ha recibido el niño(a) exámenes o evaluaciones por preocupaciones de comportamiento, salud o desarrollo, o para intervención temprana o servicios de educación especial?

- No Sí, Educación Excepcional Pre-escolar (sistema escolar)
 Sí, CDSA o CDL Sí, Pediatra Sí, hospital o clínica
 Sí, Psicólogo o trabajador(a) social Sí, CSC/Depto. de salud. Sí, otro: _____

Si es así, la evaluación resultó en elegibilidad para que el niño recibiera servicios de intervención temprana (como terapia, educación especial, servicios del habla)? Sí No No estoy segura(o)

¿Su hijo(a) tiene un IFSP (Plan de Servicios Individualizado Familiar) o IEP (Plan de Educación Individualizado)?

- Sí No No estoy seguro(a) En este momento no, pero sí en el pasado.

Si es así, explique: _____

Si su hijo(a) tiene un IFSP o IEP adjunte una copia a esta solicitud.

Estoy interesada en...(puede escoger más de uno.)

- Servicios de Visitas en el Hogar (Visitas y grupos de juegos) **PARA NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS Y MUJERES EMBARAZADAS.**
- Servicios de Cuidado de Niños (en un centro de guarderí en Durham) **PARA NIÑOS ENTRE 6 SEMANAS Y 3 AÑOS.**

¿Necesita cualquiera de lo siguiente?

- Necesito cuidado de niños para trabajar y, o ir a la escuela. Necesito cuidado de niños para buscar trabajo.
- Necesito cuidado de niños para volver a la escuela, entrenamiento de trabajo u otro entrenamiento (explique):

¿Está trabajando en el presente y, o va a la escuela más de 30 horas por semana? Sí No

¿ En que horario necesita cuidado de niños? desde: _____ hasta: _____

¿Recibe subsidio para cuidado de niños ahora? Sí No Si es así, Este niño(a) y/o hermanos

Si es así, marque uno: CCSA (Asociación de Servicios de Cuidado de Niños) DSS (Departamento de Servicios Sociales)

Si no es así, ha solicitado subsidio para cuidado de niños para este niño(a)? Sí No

Si es así, marque CCSA **FECHA DE SOLICITUD:** _____ DSS **FECHA DE SOLICITUD :** _____

¿Su hijo(a) ha asistido a un centro de cuidado de niños o cuidado fuera del hogar? Sí No

Si es así, ¿dónde? _____ **¿Cuánto tiempo?** _____

¿Está yendo el niño(a) a una guardería en el presente? Sí No

¿Qué medio de transporte usa usted? Mi auto autobús un familiar/vecino(a) otro _____

Díganos, ¿Como supo de Durham Early Head Start? Esto nos ayuda a entender la mejor manera de alcanzar a las familias en nuestra comunidad (marque uno):

- Un anuncio/letrero que vi (¿dónde?): _____ De una amiga(o)/vecino/un familiar
- De alguien que trabaja con mi familia. (¿quién?): _____ Periódico.
- Una de las oficinas donde voy para otros servicios. (¿cuál?) _____
- Otro: _____

¿Hay otras agencias comunitarias que le dan servicios a usted o alguien más que vive en su casa? Sí No **Si es así, escríbalos a continuación.**

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DE LA PERSONA

Comentarios de la agencia: _____

¿Su familia recibe alguno de los siguientes servicios o asistencia? (Marque todo lo que aplica):

- Adopción temporal Medicaid/Medicare Cupones de alimentos WIC Asistencia de vivienda SSI SSA
- TANF/Asistencia pública/Work First Desempleo Sustento de niños Depto.de Servicios Sociales –subsidios de cuidado de niños Asociación de Servicios de Cuidado de Niños – subsidios de cuidado de niños Coordinación de servicios para Niños (Depto. de Salud)

Durham Early Head Start

Consentimiento para compartir información

(Esta forma se debe de completar e incluirla con su solicitud para servicios de Early Head Start.)

Nombre del niño(a): _____ **Fecha de nacimiento:** ____/____/____

El programa Durham Early Head Start trabaja en sociedad con agencias de la comunidad que dan servicios a niños y familias. Ésta sociedad nos ayuda a promocionar el acceso a programas de ayuda para familias que califican para recibirla. Su consentimiento para que nuestro personal del programa hable de las necesidades de su hijo(a) con otras agencias ayudará a asegurarnos que nuestros servicios hacia su familia sean eficientes y estén unidos con otros servicios que su familia pueda recibir.

ATENCIÓN: Si califica para programas de Head Start/Early Head Start, no significa que perderá los servicios que recibe en la actualidad.

Podríamos compartir información que contiene esta solicitud con las siguientes agencias:

- Departamento de Salud del Condado de Durham (Durham County Health Department)
- Departamento de Servicios Sociales (DSS)– TANF/Work First, guardería, Servicios de Protección al Niño.
- Agencia de Servicios de Desarrollo Infantil de Durham (CDSA)
- Asociación de Servicios de Cuidado de Niños (CCSA)
- Sociedad por los Niños de la Ciudad de Durham
- Socios de Cuidado de Niños de Durham Early Head Start
- Otro(s) (Complete:) _____

**CONSENTIMIENTO PARA COMPARTIR INFORMACIÓN CON LOS PROVEEDORES DE
CUIDADO DE SALUD DE SU HIJO(A):**

Escriba una lista de los pediatras de su hijo(a) y de cualquier otro lugar donde su hijo(a) ha sido visto por cuidado de salud o por cuidado especial:

- Clínica del Doctor/Centro de Cuidado de Salud (especifique): _____

Doy mi consentimiento para que el programa de Durham Early Head Start comparta y pida información con las agencias mencionadas anteriormente. Entiendo que este consentimiento es de voluntad propia y es válida hasta que mi hijo(a) esté inscrito(a) en un programa de Durham Early Head Start o hasta que yo lo cancele por escrito. Entiendo que esta página de mi solicitud puede enviarse por fax a las agencias mencionadas para comprobar mi consentimiento para este intercambio de información.

Firma de Padres/Tutor legal

_____/_____/_____
Fecha

	Padre/Tutor legal	Madre/Tutor legal	Ingreso de otros familiares
Empleador en el presente			
¿Cuanto tiempo?	_____ años _____ meses	_____ años _____ meses	_____ años _____ meses
¿Cuántas horas trabaja por semana?			
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
¿Cada cuánto recibe pagos?	<input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> cada quincena <input type="checkbox"/> cada mes <input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> cada quincena <input type="checkbox"/> cada mes <input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> cada quincena <input type="checkbox"/> cada mes <input type="checkbox"/> dos veces al mes

DEBEN INCLUIRSE OTRAS FUENTES DE INGRESO

Sustento de niños (de todos los niños)	Cantidad mensual \$
Asistencia familiar (Work First/TANF)	Cantidad mensual \$
Ingreso Complemental del Seguro Social (SSI)	Cantidad mensual \$
Pagos por cuidado de adopción temporal	Cantidad mensual \$
Beneficios del Seguro Social (SSA)	Cantidad mensual \$
<u>Trabajo de práctica, trabajo de investigación o Beca</u>	Cantidad mensual \$
Desempleo	Cantidad mensual \$

Presente su forma de declaración de impuesto W-2 mas reciente; un mínimo de 3 talones de cheques consecutivos o una declaración de su jefe donde diga el número de horas que trabaja por semana y cuánto gana por hora. Todos los comprobantes deben mostrar el ingreso de los últimos 12 meses. También incluya copias de otras fuentes de ingresos que recibió como dijo anteriormente.

Atención: Las solicitudes no serán procesadas sin comprobante de ingresos u otra documentación requerida.

Lista de documentos completos:

Asegúrese que toda la documentación necesaria esté incluida antes de entregar la solicitud.

- ↓ No podemos determinar si su hijo(a) califica para nuestro programa hasta que recibamos lo siguiente: ↓
- SOLICITUD COMPLETA Y FIRMADA (Se require la firma en la página 6)
 - CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIAR INFORMACION (página 5)
 - COMPROBANTE DE INGRESO ADUNTO (Copia de impuesto, W-2 o los últimos 3 talones de cheques consecutivos. También incluya copias de otras fuentes de ingresos que recibió) (página 6)
 - COMPROBANTE DE EDAD EL NIÑO(A) – (Copia de acta de nacimiento o pasaporte)
 - COMPROBANTE DE DIRECCIÓN EN DURHAM – (copia de cualquiera de los siguientes documentos con su nombre y dirección postal actual - electricidad, agua, gas, teléfono (no celular) , cable, contrato de alquiler, el título de propiedad, recibo de impuesto de propiedad.)

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar esta solicitud o con documentos requeridos, llame a la oficina de Durham Early Head Start al 439-7107

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN, INCLUYENDO INGRESOS, PROVISTOS EN ESTA SOLICITUD ES EXACTA Y VERDADERA DE ACUERDO CON MI MEJOR CONOCIMIENTO

FIRMA DE PADRES/TUTOR LEGAL

_____/_____/_____
FECHA



¿CUAL ES EL SIGUIENTE PASO?...

Usted recibirá una carta o una llamada para confirmarle el estado de su solicitud. Le haremos saber si necesitamos más información. Los niños son escogidos para inscripción de acuerdo al criterio de DEHS y la información que usted dio en esta solicitud.

Una vez que su solicitud haya sido procesada, le notificaremos si su hijo(a) califica o no para el programa de Durham Early Head Start. Si no hay espacios disponibles, los niños que califican se pondrán en una lista de espera. Aceptamos solicitudes todo el año.

Hay alguien que nos pueda poner en contacto con usted para decirle del estado de su solicitud en caso que no la(o) podamos localizar? Si es así, escríbalo a continuación:

Nombre _____

Número de telefono _____

Nombre _____

Número de telefono _____

Por favor avísenos si su dirección, número de teléfono(s), ingreso u otra información cambia en la familia.

SI ES ACEPTADO(A) EN EL PROGRAMA, REQUERIREMOS LO SIGUIENTE:

- Comprobante de vacunas – copia de la tarjeta de vacunas de su hijo(a)
- Un examen físico – copia del examen físico mas reciente de su hijo(a) (en los últimos 12 meses)

Envíe por correo o deje la solicitud y todos los documentos requeridos a:

Para visitas en el hogar o cuidado de niños:

Durham Early Head Start
1201 S. Briggs Avenue, Suite 110
Durham, NC 27703
919-439-7107

Para visitas en el hogar SOLAMENTE:

Healthy Families Durham
411 W. Chapel Hill Street, suite 908
Durham, NC 27701
919-419-3474, ext. 313

(Podemos hacer copias de los documentos si es necesario)