

BEAR RIVER HEAD START APLICACIÓN

AÑO ESCOLAR: 2016-2017

Preschool Head Start (PHS) Early Head Start (EHS) Child Care Connection (CCC)

95 Oeste 100 Sur Suite 200 LOGAN, UTAH 84321

CACHE COUNTY (435) 755-0081 O EL NUMERO GRATUITO (877)755-0081 FAX: (435)755-0125
Box Elder (435) 723-7755 Fax 435-734-4932/ **Fielding** (435) 458-2700 / **Preston** (208) 852-3012 / **Oneida**
(208) 766-2200

Queridos Padres/Guardianes:

Bear River Head Start es un programa preescolar gratuito (no hay ningun costo para los padres/guardianes), de fondos federales. Las guías de ingresos federales y circunstancias del niño/familia son considerados para determinar la elegibilidad. Por favor, complete una solicitud para cada niño que solicita. **Por favor mantenga nuestras oficinas informados de cualquier cambio, como números de teléfono o direcciones.**

Por favor entreguen estos documentos con su aplicación:

- Prueba de Edad** - Certificado de nacimiento, certificado de bautizo / bendición u otro documento legal.
- Verificación de Ingresos** - Necesitamos 1 de los siguientes documentos (listados en orden de preferencia).
 - Forma W-2
 - Verificación de TANF
 - Formulario de impuestos (1040)
 - Asistencia Pública SSI
 - Talones de cheques – preferible de 12 meses
 - Documento de Foster Care
 - Una carta del patrón

***Las familias que reciben Asistencia Pública (TANF), SSI y los niños bajo cuidado temporal (Foster Care) son elegibles ***

Por favor mande una copia de los documentos de TANF, SSI, o Foster Care. Estos documentos se mantendrán con su aplicación.

SI LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS NO SE ENTREGAN CON SU APLICACIÓN, NOSOTROS NO PODEMOS CONTINUAR EL PROCESO DE SU APLICACIÓN.

Niños con **dicapacidad** o **necesidades** educativas especiales son bienvenidos. Por favor incluya una copia del plan educativo IEP o IFSP de su niño.

Head Start involucra a las familias, así como el Head Start para niños. el apoyo a los padres es esencial para el éxito del programa. Se recomienda a los padres (familias) para ser voluntarios en el programa. Ser voluntario puede incluir ayudar en la clase, preparación de actividades en el hogar, sirviendo en los comités de padres, etc.

Una vez aceptado/a en el programa, su hijo/a será asignado a una clase en el centro o en el hogar. Además, su familia va a recibir los servicios de un Intercesor Familiar. Estos servicios se enfocan en el fortalecimiento de la familia, alfabetismo/educación y el empleo.

Los niños en centros pueden tomar el autobús de Head Start para los paseos.
No se provee transporte hacia o desde la escuela.

He leído y entiendo lo escrito arriba y me gustaría aplicar para tener a mi hijo/a en Bear River Head Start. Entiendo que aunque entregue esta aplicación no tengo garantizado un puesto.

POR FAVOR GUARDEN ESTA FORMA, ES PARA SU INFORMACIÓN

TODOS LOS INGRESOS NECESITAN SER REPORTADOS

Ingresos de Empleo o Desempleo *Pagos de retiro o discapacidad* *Asistencia Pública*
cuidado temporal (Foster Care) *Pagos de mantención de su niño (Child Support)* *Ingresos de su cuenta propia*

Las clases de preescolar de Head Start son de Lunes a Jueves, 4 horas al día.

Seguimos el calendario del distrito escolar para las vacaciones.

¿Qué ocurre una vez que complete y entregue mi aplicación?

Al recibir su solicitud, el equipo de reclutamiento e inscripción procesará su aplicación y archivará su información en nuestra base de datos. Su niño/a entonces será colocado en la lista de espera para la escuela y opción apropiada.

Head Start tiene espacios específicos para los niños de edad elegible que están en la categoría de sobre ingresos, y la mayoría de esos lugares son ocupados con los niños con discapacidades identificadas.

¿Cuándo sabré si mi niño/a fue aceptado en el programa?

Si Uds. entregan una solicitud entre Enero y Agosto (para el próximo año escolar— que empieza en Septiembre del 2016), y SI su niño/a es seleccionado/a para asistir a Bear River Head Start, Uds. recibirán una carta informándoles que su niño/a ha sido aceptado dentro del programa.

Después del 24 de Agosto del 2016, su niño/a permanecerá en la lista de espera hasta que haya un lugar y sean seleccionados (con base en los criterios de calificaciones). **Uds. serán llamados** por el equipo de reclutamiento e inscripción SI su niño/a fue seleccionado/a.

¿Entrará mi niño/a en el programa?

Si su niño/a esta bajo cuidado temporal (Foster Care) ó sin hogar, sus oportunidades son excelentes, pero **no podemos garantizar que su niño/a entrará**. El Gobierno Federal determina quién tiene más prioridad para recibir los servicios de “Head Start” y los niños bajo cuidado temporal (Foster Care) y sin hogar son niños prioritarios.

Si su niño/a tiene la **edad y sus ingresos son elegibles**, sus oportunidades son muy buenas; pero no podemos garantizar que su niño/a entrará. **¡Tenemos una lista de espera cada año!** El programa **NO ES** basado en quien entrega su aplicación primero, pero mientras más pronto entregue su aplicación es mejor, ya que las primeras selecciones son hechas durante el verano. Los Reglamentos del Gobierno requieren que se sirva a **aquellos en la comunidad que más necesitan los servicios**. Por lo tanto, cada caso está calificado con base en la información proporcionada en su aplicación.

Si usted ha sido seleccionado para estar en el programa tendrán que cumplir los requisitos que siguen:

REQUISITOS DE DOCTOR Y DENTISTA - Si tiene alguna pregunta por favor llame a nuestras oficinas:
(435)755-0081

- Examen Físico:** Su hijo/a necesita un examen físico con su doctor anualmente.
- Hematocrito/Hemoglobina:** Su hijo/a necesitará un examen de hematocrito O hemoglobina hecho junto con el examen físico si no tiene WIC para el año escolar 2016-2017.
- Examen del Plomo:** Si su hijo/a tiene 12 meses o más de edad nunca ha tenido una prueba del plomo, obtenga un análisis de plomo en el momento de su desarrollo físico, o llame al médico de su hijo/a para una orden de laboratorio. Si su hijo/a no tiene Medicaid llame a la especialista de salud al 435-755-0081, ext. 324
- Examen Dental:** Su niño necesitará un examen dental con un dentista si él / ella es de 12 meses o más. Si su hijo está en un horario regular de seis meses con su cuidado dental, por favor obtenga una copia del último examen de seis meses de su hijo.
- Inmunizaciones:** Las vacunas deben estar al corriente al momento de inscripción.

Bear River Head Start Aplicación 2016-17

Información de los Miembros de la Familia

| | | | | |
|--|--|---|--|-------------------------------------|
| <i>Staff Only</i> Child Plus # _____ Date application received _____ Staff recruiter _____ | | | | |
| Nombre del niño/a: | | Nombre de Preferencia: | | Fecha de nacimiento: |
| Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino | | | | |
| Habilidad del Inglés: <input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende) <input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende) <input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco) <input type="checkbox"/> Bien (Habla y entiende) | Idioma Principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Origen: | Raza (Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Biracial <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |
| Domicilio: | Ciudad: | Estado: | Código Postal: | Condado: |
| Domicilio donde recibe correo: (Sí es diferente de su Domicilio) Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____ | | | | |
| ¿Es donde vive un arreglo temporal? (No se aplica a contratos de renta) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Sí su respuesta es si, es debido a pérdida de hogar O porque no puede seguir pagando su casa? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | ¿Cualquiera de los siguientes se aplica a su hogar en este momento? <input type="checkbox"/> Compartiendo una residencia <input type="checkbox"/> Viviendo en un hotel, O en un refugio <input type="checkbox"/> Viviendo en un coche, el parque, un campamento, O en espacio público <input type="checkbox"/> Viviendo en un espacio sin servicios adecuados | | |
| Teléfono de casa: () () | Teléfono celular: () () | Teléfono del trabajo: () () | Teléfono de mensaje/nombre: () () | |
| Numero de habitantes en hogar: | Numero de miembros de Familia: | Numero de niños en su familia: | Numero de niños de 0 - 3 años: | Numero de niños de 4-5 años: |
| Padres en el Hogar: <input type="checkbox"/> Solo uno <input type="checkbox"/> Los dos <input type="checkbox"/> Cuidado Familiar <input type="checkbox"/> Cuidado Temporal (Foster Care) | | | | |
| Idioma principal hablado en casa: | | Idioma en que prefiere las visitas/correspondencia (marque uno): Inglés o Español | | |
| Por favor marcar todo lo que usted recibe: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> SNAP (Los siguientes documentos serán requeridos y archivados con la aplicación: SSI/TANF) | | | | |
| Recomendaciones (presente documentación): <input type="checkbox"/> Distrito Escolar <input type="checkbox"/> Departamento de salud O WIC <input type="checkbox"/> CAPSA <input type="checkbox"/> Programa Up to 3 <input type="checkbox"/> Doctor/Asistencia de salud <input type="checkbox"/> La División de Servicios de Niños y Familia O CPS <input type="checkbox"/> Otro (Explique) _____ | | | | |

NECESIDADES DE CUIDADO DE NIÑOS

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Su niño necesita cuidado de tiempo completo/ todo el año mientras estudia o trabaja? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO • Por favor marque el tipo de cuidado que recibe su niño en el tiempo del día que no está en Preschool Head Start o Early Head Start. <input type="checkbox"/> Casa de Cuidado Infantil <input type="checkbox"/> Programa en la escuela publica <input type="checkbox"/> Centro o Casa de Cuidad <input type="checkbox"/> En casa o con familiar o con conocidos <input type="checkbox"/> Otro • Recibe asistencia publica para el cuidado de su niño? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | <ul style="list-style-type: none"> • Si indicó sí, son los servicios a través del preescolar, Child Care Connection, Early Childcare Partnership, o Early Head Start? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO • Nombre del Proveedor _____ |
|---|--|

Madres de Early Head Start: Si esta embarazada, llene esta parte.

| | |
|--|--------------------------------------|
| ¿Esta embarazada? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Fecha esperada del Parto ___/___/___ |
|--|--------------------------------------|

Necesidades de servicios (si se le aplica)

Por favor explique las preocupaciones específicas por las cuales cree usted que su hijo(a) debe asistir a Head Start.
 (Ejemplo: preocupación de la familia/niño(a) / necesidades /condiciones, incapacidad, preocupación del desarrollo, divorcio, padre tiene dificultad hablando /leyendo, muerte en la familia dentro del último año _____)

¿Está su niño(a) en un IEP/IFSP?

No Sí **ALGUNA PREOCUPACIÓN**

Nombre del Distrito Escolar o programa (Ejemplo: Up-to-Three O Idaho Infant & Toddlers): _____

Como guardián legal de _____, Yo doy permiso para que el distrito escolar mencionado anteriormente intercambie información con respecto a mi niño(a) por causas de prioridad de inscripción en el Programa de Head Start.

Firma Padre/Guardián _____

INFORMACIÓN Y CONTACTOS DE EMERGENCIA

QUE NO SEA EL ADULTO PRIMARIO O SECUNDARIO, pero otros que pueden tomar decisiones por su hijo, si usted no está disponible.

| | | |
|---|-----------------------------------|--|
| Nombre: _____ | Relación al Niño/a : _____ | Contacto: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | Liberar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Dirección: _____ | | |
| Números de Teléfono: Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____ | | |
| Nombre: _____ | Relación al Niño/a : _____ | Contacto: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | Liberar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Dirección: _____ | | |
| Números de Teléfono: Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____ | | |
| Nombre: _____ | Relación al Niño/a : _____ | Contacto: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| | | Liberar: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Dirección: _____ | | |
| Números de Teléfono: Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____ | | |

Información de Miembros de la Familia

Adulto Primario (Persona que está llenando la solicitud)

| | | |
|--|---|---|
| Nombre: _____ | Apellido: _____ | Fecha de Nacimiento: _____ |
| ¿Vive con la Familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Provee apoyo financiero: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| Nivel de Educación <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Bachillerato/carrera corta <input type="checkbox"/> Entrenamiento/ Cert. Técnico <input type="checkbox"/> Poca Universidad/Escuela Técnica | <input type="checkbox"/> Preparatorio <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 9 o Menos Especifique _____ | Estatus Laboral <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento <input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Ama de Casa |
| Habilidad del Inglés <input type="checkbox"/> Nada (No habla ni entiende) <input type="checkbox"/> Poco (No habla pero entiende) <input type="checkbox"/> Algo (Habla y entiende poco) <input type="checkbox"/> Bien (Habla y entiende) | Idioma Principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____ Origen: _____ | Raza (Marque todos los que aplican) <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isla del Pacifico <input type="checkbox"/> Biracial <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| ¿Qué es su relación al niño/a aplicando para Bear River Head Start? | | ¿Tiene custodia legal del niño/a? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Correo electronico: _____ | | |

Adulto Secundario

| | | | | | |
|--|--------------------------------|---|-----------------------------------|--|----------------|
| Nombre: | | Apellido: | | Fecha de Nacimiento: | |
| ¿Vive con la Familia? Sí [] No [] | | Provee apoyo financiero: Sí [] No [] | | Sexo: [] Femenino [] Masculino | |
| Teléfono de casa () | Teléfono celular () | Teléfono del trabajo () | Teléfono de mensaje () | | |
| Domicilio(sí es diferente de la familia) | | Ciudad | Estado | Código Postal | Condado |
| Domicilio donde recibe correo (Sí es diferente de su Domicilio) | | Ciudad | Estado | Código Postal | Condado |
| Nivel de Educación | | Estatus Laboral | | | |
| [] Preparatorio | | [] Tiempo Completo (35 horas) | | [] Retirado o | |
| [] Maestría | | [] GED | | [] Discapacitado | |
| [] Licenciatura | | [] Tiempo Completo y Entrenamiento | | [] Temporal | |
| [] Bachillerato/carrera corta | | [] Medio Tiempo | | [] Desempleado | |
| [] Entrenamiento/Cert. Técnico | | [] Medio Tiempo y Entrenamiento | | [] Ama de Casa | |
| [] Poca Universidad/Escuela Técnica | | [] Escuela o Entrenamiento | | | |
| [] Grado 9 o Menos | | | | | |
| Especifique _____ | | | | | |
| Habilidad del Inglés | | Idioma Principal: | | Raza (Marque todos los que aplican) | |
| [] Nada (No habla ni entiende) | | [] Inglés [] Español | | [] Nativo Americano [] Asiático | |
| [] Poco (No habla pero entiende) | | [] Otro _____ | | [] Isla del Pacifico [] Biracial | |
| [] Algo (Habla y entiende poco) | | Origen: | | [] Africano Americano [] Blanco | |
| [] Bien (Habla y entiende) | | | | [] Otro _____ | |
| ¿Qué es su relación al niño aplicando para Bear River Head Start? | | | | | |
| ¿Tiene custodia legal del niño? Sí [] No [] | | | | | |
| Correo electrónico: | | | | | |

Información de Contacto para los Padres que no tiene Custodia

| | | |
|---|-----------------------|-------------------------|
| Da su permiso para que Bear River Head Start pueda contactar al Padre que no tiene la custodia para el propósito de Head Start? [] Sí [] No | | |
| Nombre: | Domicilio | Teléfono de casa () |
| Fecha de Nacimiento: | Ciudad | Teléfono de celular () |
| | Estado/ Código Postal | Teléfono de trabajo () |

OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA (Los que no están aplicando para Head Start)

| | | |
|---|------------------|---|
| Nombre del Niño(a): | Apellido: | Sexo: [] Femenino [] Masculino |
| Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí [] No [] | | Fecha de Nacimiento: |
| Cual es la relación con el niño aplicando: | | Vive con la familia? Sí [] No [] |
| Raza (Marque todos los que aplican) | | |
| [] Asiático [] Nativo Americano [] Africano Americano [] Isla del Pacific [] Blanco [] Otro _____ | | |
| Nombre del Niño(a): | Apellido: | Sexo: [] Femenino [] Masculino |
| Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí [] No [] | | Fecha de Nacimiento: |
| Cual es la relación con el niño aplicando: | | Vive con la familia? Sí [] No [] |
| Raza (Marque todos los que aplican) | | |
| [] Asiático [] Nativo Americano [] Africano Americano [] Isla del Pacific [] Blanco [] Otro _____ | | |

| | | |
|---|------------------|---|
| Nombre del Niño(a): | Apellido: | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Fecha de Nacimiento: |
| Cual es la relación con el niño aplicando: | | Vive con la familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Raza (Marque todos los que aplican) | | |
| <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Isla del Pacific <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

| | | |
|---|------------------|---|
| Nombre del Niño(a): | Apellido: | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Fecha de Nacimiento: |
| Cual es la relación con el niño aplicando: | | Vive con la familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Raza (Marque todos los que aplican) | | |
| <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Isla del Pacific <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

| | | |
|---|------------------|---|
| Nombre del Niño(a): | Apellido: | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Fecha de Nacimiento: |
| Cual es la relación con el niño aplicando: | | Vive con la familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Raza (Marque todos los que aplican) | | |
| <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Africano Americano <input type="checkbox"/> Isla del Pacific <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ | | |

OTROS NIÑOS Y ADULTOS EN EL HOGAR

| | | |
|---|---|---|
| Nombre del Niño(a): | Apellido: | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Fecha de Nacimiento: |
| Cual es la relación con el niño aplicando: | | Vive con la familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Estatus Laboral | <input type="checkbox"/> Medio Tiempo | <input type="checkbox"/> Temporal |
| <input type="checkbox"/> Menor de edad | <input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento | <input type="checkbox"/> Retirado o discapacitado |
| <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más) | <input type="checkbox"/> Escuela o Entrenamiento | <input type="checkbox"/> Desempleado |
| <input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento | | <input type="checkbox"/> Ama de Cas |

| | | |
|---|--|---|
| Nombre del Niño(a): | Apellido: | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Fecha de Nacimiento: |
| Cual es la relación con el niño aplicando: | | Vive con la familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Estatus Laboral | <input type="checkbox"/> Menor de edad | <input type="checkbox"/> Menor de edad |
| <input type="checkbox"/> Menor de edad | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas/más) | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más) |
| <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más) | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento |
| <input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento | | |

| | | |
|---|--|---|
| Nombre del Niño(a): | Apellido: | Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino |
| Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | | Fecha de Nacimiento: |
| Cual es la relación con el niño aplicando: | | Vive con la familia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |
| Estatus Laboral | Estatus Laboral | Estatus Laboral |
| <input type="checkbox"/> Menor de edad | <input type="checkbox"/> Menor de edad | <input type="checkbox"/> Menor de edad |
| <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más) | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas/más) | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas o más) |
| <input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento | <input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento |

Indique por favor su primera selección con un "1" y su segunda selección con un "2"

| Preschool Head Start (PHS) Para niños de 3(cumplidos el 1 de sept.) a 5 años de edad | Early Head Start (EHS) Para niños de 0 - 3 y madres embarazadas | Childcare Partnership Para niños de 0-5 años de edad |
|--|---|---|
| PHS de Visitas en el Hogar: ___ Box Elder ___ Cache ___ Idaho PHS Clases en el Centro UTAH: ___ Brigham 1 ___ Hyrum AM ___ Brigham 2 ___ Hyrum PM ___ Fielding ___ Smithfield ___ Logan AM ___ Richmond ___ Logan PM ___ Logan AM (3&4 yr. olds) ___ Logan AM (3 yr. olds) ___ Logan PM (3 yr. olds) PHS de Clases en el Centro IDAHO: ___ Paris ___ Preston AM ___ Preston PM ___ Malad ___ Soda Springs | Clases en el Centro UTAH: ___ Cache Visitas en el Hogar UTAH: ___ Box Elder ___ Cache Visitas en el Hogar IDAHO: ___ Caribou/Bear Lake ___ Franklin | ___ Child Care Connection (CCC) Para niños de 3-5 años de edad |

MARQUE LOS QUE LE APLIQUEN A USTED: Actualmente Registrado en otro Head Start
 Registrado en el pasado en Head Start Planea registrarse con algún otro Head Start

¿Ha sido condenado por un delito en los últimos siete (7) años? ___No ___Si

Si usted marcó sí, por favor explique _____

Convicción no afectará la inscripción a su hijo.

En caso afirmativo, por favor explique _____

CONDENA NO SERA UNA BARRERA PARA LA INSCRIPCION DE SU NIÑO(A)

Certificación: "He revisado cuidadosamente los documentos y la información que he proporcionado al personal de Bear River Head Start. Al firmar este formulario, certifico a mi mejor conocimiento y creencia que toda la información respecto a la elegibilidad proporcionada por mí es verdadera y correcta." "Entiendo, además, que se trata de una solicitud de servicios que se pagan con fondos federales y que proporcionando intencionalmente información engañosa, inexacta o falsa de una naturaleza material podría resultar en serias consecuencias legales para mí."

Firma de Padre/Guardián _____ **Fecha** _____

Firma de Madre/Guardián _____ **Fecha** _____

Firma de Personal/Testigo _____ **Fecha** _____

BELOW THIS LINE STAFF USE ONLY
USO DE PERSONAL SOLAMENTE

This section is to be completed by the staff recruiter. Please complete interview with parent, INITIALS by those that apply and an NA if it does not. Esta sección debe ser completada por el personal. Por favor complete la entrevista con los padres, ponga sus INICIALES a los que aplique y una NA a los que no aplique.

- _____ Current Income (check stubs, W2, tax form 1040, or employer letter)
Verificación de ingresos (Formulario de impuestos (1040), forma W-2, talones de cheques, carta de portón)
- _____ Proof of age-birth certificate OR christening/blessing certificate
Prueba de edad (acta de nacimiento O acta de bautismo)
- _____ Scholarship/grants
Becas
- _____ Child Support
Menutenicon de hijos
- _____ If marked Yes, as living arrangement temporary, document why.
Si marco SI, donde vive un arreglo temporal, explique su situación
- _____ Verify all members have a full date of birth
Verifique que todos los miembros de la familia tengan una fecha de nacimiento completa.
- _____ SSI, TANF, or Foster Placement form
Forma de SSI, TANF, o colocación de hogar (Foster care)
- _____ Complete emergency contact information
Complete la forma de Información de Contactos de Emergencia
- _____ Both parents education/employment status filled in with both or one working parents income.
Educación/estatus laboral de ambos padres, igual que el ingreso de ambos o de un solo padre.
- _____ Head Start choice option is marked with a “1” and second choice is marked with a “2”.

I, the parent have completed this interview with a Bear River Head Start staff. He/she has reviewed that all information has been submitted with my application. By signing this form, I certify to the best of my knowledge and belief that all information regarding eligibility provided by me is true and accurate.

Yo el padre he completado esta entrevista con un representante de Bear River Head Start. El/Ella revisado que toda la información se ha presentado con mi solicitud. Al firmar este formulario, certifico a lo mejor de mi conocimiento y creencia que se proporciona toda la información relativa a elegibilidad por mí es verdadera y exacta.

I, staff member of Bear River Head Start, have reviewed and conducted this interview with the parent/guardian.
Yo, representante de Bear River Head Start, he revisado y completado esta entrevista con el padre/guardián.

Parent/Guardian Signature _____ **Date** _____
Firma del Padre/Guardián *Fecha*

Witness/Staff Signature _____ **Date** _____
Firma del Testigo/Personal *Fecha*