

BEAR RIVER HEAD START APLICACIÓN

AÑO ESCOLAR: 2016-17

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

95 West 100 South Suite 200 * LOGAN, UTAH 84321

CACHE COUNTY (435) 755-0081 O Sin costo al (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 costo para los padres/guardianes), de fondos federales. Las guías de ingresos federales y circunstancias del niño / familia son consideradas para determinar la elegibilidad. Por favor, complete una solicitud por separado para cada niño que solicita. **Favor de mantener a nuestra oficina informada de algún cambio (número o dirección).**

Esta aplicación no estará completa hasta que recibamos una copia de los siguientes:

- ☐ **Prueba de edad (acta de nacimiento O acta de bautismo)**
- ☐ **Verificación de ingresos-** Necesita Uno de los siguientes documentos, en orden de preferencia:
 - Formulario de impuestos (1040)
 - documento de Foster Care
 - Forma W-2
 - verificación de TANF
 - talones de cheques-preferible de 12 meses
 - una carta del patrón
 - asistencia pública SSI

*** Las familias que reciben beneficios: Asistencia Pública (TANF) o 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 en donde participe el niño(a) o la familia. Estos documentos, se mantendrán con la aplicación de su hijo/hija.

- ☐ **Registro de Vacunas** (por favor haga una copia de los dos lados. Las vacunas necesitan estar al día.)
- SI LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS NO SE ENTREGAN CON SU APLICACIÓN, NOSOTROS NO PODEMOS GUARDAR Y CONTINUAR EL PROCESO DE SU APLICACIÓN.**

Niños con **discapacidad O necesidades educativas especiales** son bienvenidos. Por favor incluya una copia del plan educativo IEP O IFSP de su niño con la aplicación.

Head Start involucra a las familias así como al niño de Head Start. El apoyo de los padres es esencial para el éxito del programa. Se les recomienda a los padres (familias) a ser voluntarios en el programa. Ser voluntarios puede incluir ayudar en la clase, preparar actividades para el hogar, ser miembro del comité de los Padres, etc.

Cuando sea aceptado en el programa, su niño será asignado en el programa de visitas al hogar O a un salón del centro preescolar.

Además, su familia recibirá servicios de un Intercesor Familiar. Los servicios del Intercesor Familiar se enfocan en fortalecer la familia, educación, alfabetismo, y el empleo.

Los niños de salones preescolares tomarán viajes divertidos cada mes en el autobús de Head Start.

BEAR RIVER HEAD START NO TIENE UN AUTOBÚS QUE LLEVE Y TRAIGA A LOS NIÑOS DE LA ESCUELA.

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

PADRES POR FAVOR GUARDEN ESTA PÁGINA, ES PARA SU INFORMACIÓN

TODOS LOS INGRESOS NECESITAN SER REPORTADOS

*Ingresos de Empleo o Desempleo *Asistencia Pública *Ingresos por cuenta propia, relacionados con agricultura
*Ingresos por cuenta propia *Pagos de manutención de su niño (Child Support) *Pagos de retiro o discapacidad *Foster Care

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

No hay clases en días festivos cuando la escuela pública toma vacaciones.

REQUISITOS DE DOCTOR Y DENTISTA - Llame a la asistente de salud al 1-877-755-0081 ext. 225

- ☐ **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 medicad 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 necesitan estar al corriente O al día para el preescolar

Por favor revise los requisitos médicos y dentales (que está adjunto con las formas de examen físico y dental) para obtener una lista de vacunas requeridas.

Una vez que complete y entregue la solicitud de mi niño/a, ¿que sucederá después?

Al recibir su solicitud, el equipo de reclutamiento e inscripción procesara 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 para cubrir una vacante.

¿Entrará mi niño/a en el programa?

Si su niño/a es un niño que 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 quien 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 la solicitud.

Bear River Head Start Aplicación 2016-17

Información de los Miembros de la Familia

Personal Child Plus # _____ Date application received _____ Staff recruiter _____				
☐ Preschool Head Start (PHS) ☐ Early Head Start (EHS) ☐ Child Care Connection (CCC) ☐ Early Childcare Partnership (ECP) Para niños de 3- 5 años de edad Para niños de 0 - 3 y madres embarazadas Para niños de 3-5 años de edad Para niños de 0-4 años de edad				
Nombre del niño(a):		Nombre de preferencia		Fecha de nacimiento del niño(a):
Nombre del Adulto Primario: (persona llenando la aplicación)			Fecha de Nacimiento del Adulto Primario:	
Domicilio		Ciudad	Estado	Código Postal
Domicilio donde recibe correo (Si es diferente de su Domicilio)		Ciudad	Estado	Código Postal
¿Es donde vive un arreglo temporal? (No se aplica a contratos de renta) Sí ☐ No ☐		¿Sí su respuesta es si, es debido a pérdida de hogar O porque no puede seguir pagando su casa? Sí ☐ No ☐		
¿Cualquiera de los siguientes se aplica a su hogar en este momento? ☐ Compartiendo una residencia ☐ Viviendo en un hotel, O en un refugio ☐ Viviendo en un coche, el parque, un campamento, O en espacio público ☐ 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: ☐ Solo uno ☐ Los dos ☐ Cuidado Familiar ☐ Cuidado Temporal (Foster Care)				
Idioma principal hablado en casa:		Idioma en que prefiere las visitas/correspondencia: Inglés o Español		
Indique por favor su primera elección con un "1" y su segunda elección con un "2"				
Opciones del programa Early Head Start: Clases en el Centro UTAH __ Cache Visitas en el Hogar UTAH __ Box Elder __ Cache IDAHO __ Caribou/Bear Lake __ Franklin __ Oneida/S.Bannock				
Opciones del programa de Cuidado de niños: __Early Childcare Partnership __Child Care Connection				
Opciones del programa PHS de visitas en el Hogar: __ Box Elder __ Cache __ Idaho				
Opciones del programa PHS de clases en el Centro: UTAH __ Brigham 1 __ Brigham 2 __ Fielding __ Logan AM __ Logan AM (3 y 4 años) __ Logan PM __ Logan AM (3 años) __ Logan PM (3 años) __ Richmond __ Smithfield __ Hyrum AM __Hyrum PM IDAHO __ Paris __ Preston AM __ Preston PM __ Malad __ Soda Springs				
Por favor marcar todo lo que usted recibe: ☐ TANF ☐ SSI ☐ Medicaid ☐ WIC ID# _____ (Los siguientes documentos serán requeridos y archivados con la aplicación: SSI/TANF)				
Recomendaciones de (por favor presente documentación) ☐ Distrito Escolar ☐ Departamento de salud O WIC ☐ CAPSA ☐ Programa Up to 3 ☐ Doctor/Asistencia de salud ☐ La División de Servicios de Niños y Familia O CPS ☐ Otro (Explique) _____				

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

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 y, 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 _____

NECESIDADES DE CUIDADO DE NIÑOS

- Su niño necesita cuidado de tiempo completo/ todo el año mientras estudia o trabaja? ☐ SÍ ☐ NO
- Si respondió sí, son los servicios a través de Preschool Head Start, Child Care Connection, Early Childcare Partnership, or Early Head Start? ☐ SÍ ☐ NO
- Por favor marcar el tipo de cuidado que recibe su niño en el tiempo del día que no está en Preschool Head Start o Early Head Start.
- ☐ Casa de Cuidado Infantil ☐ Programa en la escuela pública
- ☐ Centro o Casa de Cuidado ☐ En casa o con familiar o con conocidos ☐ Otro
- Recibe asistencia pública para el cuidado de su niño? ☐ SÍ ☐ NO
- Nombre de proveedor _____
- (Por favor, proporcione la documentación subsidio con su solicitud)**

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

¿Esta embarazada? ☐ SÍ ☐ No Sí usted contestó sí, favor de contestar las siguientes preguntas.	¿Qué tipo de cobertura tiene su embarazo? ☐ Asistencia Pública ☐ Seguro Privado ☐ Ninguno Nombre de Proveedor:	Recibe cuidado prenatal?: ☐ SÍ ☐ No
Fecha esperada del Parto ____/____/____	¿Esta participando en grupos de apoyo o educativos para el embarazo, nacimiento de niños, o crianza de hijos durante su embarazo actual? ☐ SÍ ☐ No	
Tiene visitas regulares de una Enfermera, Trabajadora Social, Persona de apoyo de la escuela, etc. durante su embarazo actual: ¿Quién la visita?: _____ Agencia: _____	El uso de sustancias durante el embarazo: (Marque todos los que aplican): Alcohol ☐ SÍ ☐ No Otras Drogas: ☐ SÍ ☐ No Especificar: _____ Cafeína ☐ SÍ ☐ No Drogas sin receta: ☐ SÍ ☐ No Especificar: _____ Cigarrillos ☐ SÍ ☐ No Con receta: ☐ SÍ ☐ No Especificar: _____	Su Proveedor de cuidado prenatal primario: _____ Su medico de cabecera o primario: (Sí es diferente) _____
Servicios Médicos o de salud que actualmente recibe: ☐ Actualmente no recibo ningún servicio ☐ Asistencia Médica, Fecha de inicio ____/____/____ ☐ Tratamiento por Abuso de Sustancias, Fecha de inicio ____/____/____ ☐ Otros Servicios, Especifique _____ ☐ Consejería de salud mental / Tratamiento, Fecha de inicio ____/____/____ ☐ WIC / Otros servicios de Nutrición, Fecha de inicio ____/____/____		

FAVOR DE NO ESCRIBIR DEBAJO DE ESTA LINEA

Family Income for the last 12 months						
Type codes: ERN-Earned SUB-Subsidized TANF-TANF SSI-SSI				Verification codes: W2-W-2 TX-Tax Forms CS-Checks stubs EL-Employer Letter TANF-TANF Other-fill in verification		
Family Member	Date	Amount	Per Week Month	Annual Amount	Type	Verification

Proof of Birth Verified with: ☐ Birth/Government ID Certificate ☐ Blessing/Christening Certificate ☐ Authorized Verification from Hospital ☐ Government Identification Initialed by: _____	Up to Date Immunizations (Copy included with application) ☐ Yes ☐ No Initialed by: _____	Yearly Income: Verified by: _____ Date: _____ ☐ Income Eligible ☐ Over Income ☐ Other _____
--	---	--

Información de Miembros de la Familia

Adulto Primario

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento
¿Vive con la Familia? Sí ☐ No ☐ Provee apoyo financiero Sí ☐ No ☐ Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino		
Nivel de Educación ☐ Maestría ☐ Licenciatura ☐ Bachillerato/carrera corta ☐ Entrenamiento/ Cert. Técnico ☐ Poca Universidad/Escuela Técnica ☐ Diploma de Preparatoria(high school)	☐ GED ☐ Grado 12 ☐ Grado 11 ☐ Grado 10 ☐ Grado 9 o Menos especifique_____	Estatus Laboral ☐ Tiempo Completo (35 horas o más) ☐ Tiempo Completo y Entrenamiento ☐ Medio Tiempo ☐ Medio Tiempo y Entrenamiento ☐ Escuela o Entrenamiento ☐ Retirado o Discapacitado ☐ Temporal ☐ Desempleado ☐ Ama de Casa
Habilidad del Inglés ☐ Nada (No habla ni entiende) ☐ Poco (No habla pero entiende) ☐ Algo (Habla y entiende poco) ☐ Bien (Habla y entiende)	Idioma Principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____ Origen:	Raza (Marque todos los que aplican) ☐ Asiático ☐ Indio Americano ☐ Negro ☐ Isla del Pacifico ☐ Blanco ☐ Hispano ☐ Otro _____
¿Qué es su relación al niño aplicando para Bear River Head Start? ¿Tiene custodia legal del niño? Sí ☐ No ☐		
Correo electrónico:		

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 () () ()
Domicilio (sí es diferente de la familia)	Ciudad	Estado
Domicilio donde recibe correo (Sí es diferente de su Domicilio)	Ciudad	Estado
Nivel de Educación ☐ Maestría ☐ Licenciatura ☐ Bachillerato/carrera corta ☐ Entrenamiento/ Cert. Técnico ☐ Poca Universidad/Escuela Técnica ☐ Diploma de Preparatoria(high school)	☐ GED ☐ Grado 12 ☐ Grado 11 ☐ Grado 10 ☐ Grado 9 o Menos especifique_____	Estatus Laboral ☐ Tiempo Completo (35 horas o más) ☐ Tiempo Completo y Entrenamiento ☐ Medio Tiempo ☐ Medio Tiempo y Entrenamiento ☐ Escuela o Entrenamiento ☐ Retirado o Discapacitado ☐ Temporal ☐ Desempleado ☐ Ama de Casa
Habilidad del Inglés ☐ Nada (No habla ni entiende) ☐ Poco (No habla pero entiende) ☐ Algo (Habla y entiende poco) ☐ Bien (Habla y entiende)	Idioma Principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____ Origen:	Raza (Marque todos los que aplican) ☐ Asiático ☐ Indio Americano ☐ Negro ☐ Isla del Pacifico ☐ Blanco ☐ Hispano ☐ 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 () () ()

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_____

NIÑO/A APLICANDO PARA EL PROGRAMA

Nombre del Niño(a):		Apellido:	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
		Fecha de Nacimiento:	
Habilidad del Inglés ☐ Nada (No habla ni entiende) ☐ Poco (No habla pero entiende) ☐ Algo (Habla y entiende poco) ☐ Bien (Habla y entiende)	Idioma Principal: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro _____ Origen:	Raza (Marque todos los que aplican) ☐ Asiático ☐ Indio Americano ☐ Negro ☐ Isla del Pacifico ☐ Blanco ☐ Hispano ☐ Otro_____	

OTROS NIÑOS EN LA FAMILIA (Que no esta 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 ☐

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 ☐

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 ☐

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 ☐

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 ☐

OTROS NIÑOS Y ADULTOS EN EL HOGAR

Nombre:	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 su familia? Sí ☐ No ☐
Estatus Laboral	☐ Medio Tiempo	☐ Temporal
☐ Menor de edad	☐ Medio Tiempo y Entrenamiento	☐ Retirado o discapacitado
☐ Tiempo Completo (35 horas o más)	☐ Escuela o Entrenamiento	☐ Desempleado
☐ Tiempo Completo y Entrenamiento		☐ Ama de Casa

Nombre:	Apellido:	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí ☐ No ☐		Fecha de Nacimiento:
Su relación con el niño aplicando:		Vive con su familia? Sí ☐ No ☐
Estatus Laboral	☐ Medio Tiempo	☐ Temporal
☐ Menor de edad	☐ Medio Tiempo y Entrenamiento	☐ Retirado o discapacitado
☐ Tiempo Completo (35 horas o más)	☐ Escuela o Entrenamiento	☐ Desempleado
☐ Tiempo Completo y Entrenamiento		☐ Ama de Casa

Nombre:	Apellido:	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí ☐ No ☐		Fecha de Nacimiento:
Su relación con el niño aplicando:		Vive con su familia? Sí ☐ No ☐
Estatus Laboral	☐ Medio Tiempo	☐ Temporal
☐ Menor de edad	☐ Medio Tiempo y Entrenamiento	☐ Retirado o discapacitado
☐ Tiempo Completo (35 horas o más)	☐ Escuela o Entrenamiento	☐ Desempleado
☐ Tiempo Completo y Entrenamiento		☐ Ama de Casa

Nombre:	Apellido:	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí ☐ No ☐		Fecha de Nacimiento:
Su relación con el niño aplicando:		Vive con su familia? Sí ☐ No ☐
Estatus Laboral	☐ Medio Tiempo	☐ Temporal
☐ Menor de edad	☐ Medio Tiempo y Entrenamiento	☐ Retirado o discapacitado
☐ Tiempo Completo (35 horas o más)	☐ Escuela o Entrenamiento	☐ Desempleado
☐ Tiempo Completo y Entrenamiento		☐ Ama de Casa

Nombre:	Apellido:	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí ☐ No ☐		Fecha de Nacimiento:
Su relación con el niño aplicando:		Vive con su familia? Sí ☐ No ☐
Estatus Laboral	☐ Medio Tiempo	☐ Temporal
☐ Menor de edad	☐ Medio Tiempo y Entrenamiento	☐ Retirado o discapacitado
☐ Tiempo Completo (35 horas o más)	☐ Escuela o Entrenamiento	☐ Desempleado
☐ Tiempo Completo y Entrenamiento		☐ Ama de Casa

OTROS NIÑOS Y ADULTOS EN EL HOGAR

Nombre:	Apellido:	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí ☐ No ☐		Fecha de Nacimiento:
Su relación con el niño aplicando:		Vive con su familia? Sí ☐ No ☐
Estatus Laboral	☐ Medio Tiempo	☐ Temporal
☐ Menor de edad	☐ Medio Tiempo y Entrenamiento	☐ Retirado o discapacitado
☐ Tiempo Completo (35 horas o más)	☐ Escuela o Entrenamiento	☐ Desempleado
☐ Tiempo Completo y Entrenamiento		☐ Ama de Casa

Nombre:	Apellido:	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí ☐ No ☐		Fecha de Nacimiento:
Su relación con el niño aplicando:		Vive con su familia? Sí ☐ No ☐
Estatus Laboral	☐ Medio Tiempo	☐ Temporal
☐ Menor de edad	☐ Medio Tiempo y Entrenamiento	☐ Retirado o discapacitado
☐ Tiempo Completo (35 horas o más)	☐ Escuela o Entrenamiento	☐ Desempleado
☐ Tiempo Completo y Entrenamiento		☐ Ama de Casa

Nombre:	Apellido:	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí ☐ No ☐		Fecha de Nacimiento:
Su relación con el niño aplicando:		Vive con su familia? Sí ☐ No ☐
Estatus Laboral	☐ Medio Tiempo	☐ Temporal
☐ Menor de edad	☐ Medio Tiempo y Entrenamiento	☐ Retirado o discapacitado
☐ Tiempo Completo (35 horas o más)	☐ Escuela o Entrenamiento	☐ Desempleado
☐ Tiempo Completo y Entrenamiento		☐ Ama de Casa

Nombre:	Apellido:	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí ☐ No ☐		Fecha de Nacimiento:
Su relación con el niño aplicando:		Vive con su familia? Sí ☐ No ☐
Estatus Laboral	☐ Medio Tiempo	☐ Temporal
☐ Menor de edad	☐ Medio Tiempo y Entrenamiento	☐ Retirado o discapacitado
☐ Tiempo Completo (35 horas o más)	☐ Escuela o Entrenamiento	☐ Desempleado
☐ Tiempo Completo y Entrenamiento		☐ Ama de Casa

Nombre:	Apellido:	Sexo: ☐ Femenino ☐ Masculino
Son de la misma familia de parte de matrimonio, sangre, O adopción: Sí ☐ No ☐		Fecha de Nacimiento:
Su relación con el niño aplicando:		Vive con su familia? Sí ☐ No ☐
Estatus Laboral	☐ Medio Tiempo	☐ Temporal
☐ Menor de edad	☐ Medio Tiempo y Entrenamiento	☐ Retirado o discapacitado
☐ Tiempo Completo (35 horas o más)	☐ Escuela o Entrenamiento	☐ Desempleado
☐ Tiempo Completo y Entrenamiento		☐ Ama de Casa

INFORMACION MÉDICA

Nombre del Niño/a: _____ ID#: _____ Location: _____

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: _____ **Contacto:** Sí [] No [] **Liberar:** Sí [] No []
Nombre y apellido

Relación al Niño/a : _____ Dirección: _____

Números de Teléfono: Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

Nombre: _____ **Contacto:** Sí [] No [] **Liberar:** Sí [] No []
Nombre y apellido

Relación al Niño/a : _____ Dirección: _____

Números de Teléfono: Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____

Información médica del niño(a)

Información de Seguro: Tipo (Asistencia Pública, por ejemplo, Medicaid, EPSDT o equivalente) _____
Nombre del proveedor de Seguro _____
Numero de la póliza de seguro _____

Proveedor de atención primaria: Nombre del medico _____
Fecha de la ultima o próximo examen físico _____
Numero de telefono _____

Proveedor de Cuidado Dental: Nombre del dentista _____
Fecha de la ultima o próximo examen dental _____
Numero de telefono _____

Consentimientos para una evaluación médica

Otros permisos

Dental	Y N	Hemoglobina/Hematocrit	Y N	Compartir registros de salud con el sistema	Y N
Plomo	Y N	Otro (especificar)	Y N	escolar	
Altura/Peso	Y N			El uso de la fotografía del niño(a)	Y N
				Otro (especificar)	Y N

Alergias

Medicacion

Yo / Nosotros damos permiso para que el personal de Bear River Early Head Start / Preescolar Head Start para proporcionar los primeros auxilios y buscar atención médica de emergencia, si es necesario, para mí / nosotros y mi / nuestro hijo _____.

Firma: _____ Fecha: _____

BEAR RIVER HEAD START
FORMA DE AUTORIZACIÓN PARA LAS AREAS DE SALUD Y EDUCACIÓN

Nombre del Niño/a: _____ Fecha de Nacimiento: _____ Número de Teléfono: _____

ID #: _____ Location: _____

PERMISO PARA OBTENER O LIBERACIÓN DE INFORMACION DE DATOS DE LA SALUD

Yo doy mi permiso para que el personal de Bear River Head Start obtenga los datos sobre la salud de mi hijo/a (del doctor, dentista, WIC, Medicaid, departamento de salud y otras compañías de aseguranza) para cumplir con los requisitos médicos, dental, y salud mental y los requisitos del Performance Standard. Esta información se puede obtener ellos por correo, teléfono, y/o por fax.

También yo doy mi permiso para que mi doctor/dentista comparta la información de salud necesaria al Personal de Salud de Head Start. Mi doctor/dentista puede compartir esta información por correo, teléfono, y/o por fax.

Yo entiendo que esta información es para uso profesional solamente, y que se manejará con la mayor discreción.

AUTORIZACIÓN PARA OTRA INFORMACIÓN: (Por favor, marque sus iniciales. Se necesita actualizar cada año)

_____ Yo doy mi permiso para la administración de primeros auxilios por el personal de Head Start en caso de emergencia.

_____ Yo doy mi permiso para que el personal de Head Start administre pruebas a mi hijo (de vista, oído, estatura, y peso).

_____ Yo doy mi permiso para que el nombre de mi hijo se de a conocer en el salón de clases en caso de que exista una condición médica o alergia de la cual tenga que estar enterado todo el personal de Head Start.

_____ Yo doy mi permiso para el uso de videos y fotos de mi hijo/a para promover el programa en la comunidad (periódico, etc.)

_____ Yo doy mi permiso a Head Start de usar videos y fotos para evaluar a los estudiantes de la universidad que están ayudando en la clase y promover su programa.

_____ Yo doy mi permiso para que Head Start grabe en video para uso en observaciones del salón.

_____ Yo doy mi permiso para que los padres quienes están en la clase saquen fotos y videos de la clase.

_____ Yo doy mi permiso para que Head Start lleve a mi hijo/a a paseos.

_____ Yo doy mi permiso que, en caso de emergencia, Head Start pueda mandar a mi hijo/a solo con las personas anotadas atrás de esta página.

_____ Cada niño en el programa completará una prueba del desarrollo para determinar su madurez académico al principio del año en Head Start. Esta información será usada por la maestra para planear actividades y metas para los estudiantes. Yo entiendo que los resultados de cualquiera prueba serán confidenciales y revisados conmigo. Entiendo también que me puedo rehusar a que le hagan la prueba a mi hijo/a.

_____ Yo doy mi permiso para que Head Start haga observaciones de salud mental en la clase y socializaciones.

Yo entiendo que esta forma de autorización es válida por un año o por todo el tiempo que mi hijo/a este inscrito en el programa de Bear River Head Start. Entiendo que puedo cancelar/revocar esta autorización en cualquier momento al escribir a la oficina de Head Start.

Firma del Padre/Guardián

Fecha

Firma del personal

Fecha

Bear River Head Start
FORMA DE INFORMACIÓN MÉDICA

Nombre del niño(a) _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre de los padres _____ Número de teléfono _____

¿Ha recibido su niño/a servicios de WIC desde Diciembre 2016? [] sí [] no

**Por Favor, escriba la ciudad específica del departamento de WIC donde recibe servicios su hijo/a _____
de WIC _____**

Sí ha recibido servicios, por favor firme abajo. Al firmar, Usted está dando permiso a Bear River Head Start para pedir documentación de la prueba de sangre (Hematocrito/Hemoglobina) mas reciente de su niño de la oficina de WIC.

Como padre/apoderado de _____, doy mi permiso a Bear River Head Start para recibir documentación de la prueba de sangre (Hematocrito/Hemoglobina) de mi hijo/a.

Firma del Padre/Apoderado

Fecha

FORMA DE PERMISO DE EVALUACIÓN

Bear River Head Start tiene mi permiso para hacer las evaluaciones necesarias durante el año. Estas evaluaciones sencillas incluyen los siguientes: (Por favor ponga sus iniciales en cada espacio)

_____ Audición y Visión _____ Evaluación del Desarrollo _____ Peso/Altura _____ Evaluación Emocional/Social

Estas evaluaciones son requeridas para todos los niños en Head Start. Le aseguramos que la información de los exámenes será usada para planear actividades especiales para su niño.

Padre(s)/Guardián legal: _____ Fecha: _____

RECORD DE SALUD DEL NIÑO

Embarazo/historial de nacimiento (Por favor explique las respuestas “sí” en la línea después de la pregunta).

Sí No

- — ¿Tuvo la madre problemas de salud durante el embarazo o durante el parto? _____
- — ¿Visitó la madre a un doctor menos de 2 veces durante el embarazo? _____
- — ¿Nació el niño fuera de un hospital? _____
- — ¿Nació el niño más de 3 semanas temprano o tarde? _____
- — ¿Tuvo el niño un peso bajo al nacer? _____
- — ¿Cuánto pesó el niño al nacer? _____ libras, _____ onzas.
- — ¿Hubo algunas preocupaciones de salud con el niño al nacer? _____
- — ¿Hubo algunas preocupaciones de salud con el niño en el cuarto de bebés? _____
- — ¿Tuvieron que quedarse el niño o la madre en el hospital más de lo debido por razones médicas? _____
- — ¿Está embarazada la madre ahora? _____

Hospitalizaciones y enfermedades (Por favor explique las respuestas “sí” en la línea después de la pregunta).

Sí No

- — ¿Han operado al niño o ha estado hospitalizado? _____
- — ¿Ha tenido el niño un accidente serio (huesos quebrados, heridas en la cabeza, caídas, quemaduras, envenenamiento)? _____

- — ¿Ha tenido el niño una enfermedad seria? _____
- — ¿Ha tenido el niño radiografías del pecho? _____

Problemas de salud

¿Tiene su niño algunas de las siguientes condiciones **frecuentemente**? (Por favor explique las respuestas “sí” en la línea después de la pregunta).

Sí No

- — dolor de garganta _____
- — tos _____
- — infección urinaria o problemas orinando _____
- — dolor de estómago, vomito, diarrea _____

¿Su hijo ha tenido **O** actualmente tiene algunas de las siguientes enfermedades o condiciones? (Por favor marque cualquier enfermedad o condición que aplica)

- | | | |
|--|---|---|
| ☐ diviesos | ☐ tos ferina | ☐ enfermedad del corazón/sanguinia |
| ☐ viruela | ☐ urticaria | ☐ enfermedad del hígado |
| ☐ eczema | ☐ polio | ☐ fiebre reumática |
| ☐ rubéola | ☐ asma | ☐ sarampión |
| ☐ escarlatina | ☐ tendencia a sangrar | ☐ papera |
| ☐ diabetes | ☐ células falciformes | ☐ epilepsia |
| ☐ nivel de plomo alto | ☐ sobre peso | ☐ bajo de peso |
| ☐ problemas con los dientes, ensias, o boca | ☐ abuso o abandono de niño | ☐ staphylococcus aureus resistente a metilina (MRSA) |
| | | ☐ lesión cerebral traumática |

Por favor explique cualquier enfermedad o condición que fue marcada arriba:

Sí No

- — ¿Ha tenido su hijo una convulsión? Sí la respuesta es sí ¿cuándo pasó la última vez? _____
- — ¿Está tomando su hijo medicina para las convulsiones? Sí la respuesta es sí ¿cuál medicina? _____

ALERGIAS (Por favor escriba todas las alergias y la **REACCIÓN DEL NIÑO** a los alérgenos cuando es expuesto a ellos).

COMIDA Alergias/Reacción _____

MEDICAMENTOS Alergias/Reacción _____

OTRO Alergias cuando está cerca de animales, pieles, polvo, etcétera/Reacción _____

Visión y audición (Por favor explique las respuestas “sí” en la línea después de la pregunta).

Sí No

- — ¿Tiene el niño dificultad para ver (bizquea, cruza los ojos, ve muy cerca los libros)? _____
- — ¿Su hijo usa (o debe usar) lentes? Sí la respuesta es sí ¿el último tratamiento fue hace más de un año? _____
- — ¿Tiene el niño problemas con los oídos/audición (tubos en los oídos, dolor de oído, frecuentes dolores de oídos, descarga de los oídos, frotarse o favorecer un oído)? _____

Información de medicamento/doctor

Sí No

— — ¿Está tomando el niño algún medicamento ahora? (Una forma de consentimiento especial debe ser firmada para que Head Start administre cualquier medicina) **Sí la respuesta es sí: ¿Cuál medicina?** _____

¿Va a necesitar ser dada cuando el niño esté en Head Start? _____

¿A qué hora se debe dar la medicina? _____

— — ¿TOMA EL NIÑO **TABLETAS O ENJUAGE DE FLUORURO**?

— — ¿Está siendo tratado ahora el niño por un doctor o dentista?

Sí la respuesta es sí ¿para cuáles condiciones o enfermedades? _____

Nombre del doctor _____

Sí No

— — ¿Alguna de las condiciones discutidas arriba impiden las actividades diarias del niño?

Sí la respuesta es sí, describa como están limitadas las actividades _____

— — ¿Le dijo un doctor u otro profesional de salud que el niño tenía este problema? **Sí la respuesta es sí ¿cuando?** _____

— — ¿Hay alguna otra condición que **NO** ha sido discutida que impide las actividades diarias del niño?

Sí la respuesta es sí ¿cuál condición? _____

Describe como están limitadas las actividades _____

— — ¿Le dijo un doctor u otro profesional de salud que el niño tenía este problema? **Sí la respuesta es sí ¿cuando?** _____

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)
- _____ Immunizations Record
Carta de Vacunas
- _____ Scholarship/grants
Becas
- _____ Child Support
Manutención de hijos
- _____ WIC ID Number (if applicable)
Numero de WIC (si es aplicable)
- _____ Health releases initialed and signed
Firme y ponga sus iniciales en la forma de Autorización Para las Áreas de Salud y Educación
- _____ If marked Yes, as living arrangement temporary, document why. (if applicable)
Si marco SI, en Es donde vive un arreglo temporal explique su situación (si es aplicable)
- _____ Verify all members have a full date of birth
Verifique que todos los miembros de la familia tengan una fecha de nacimiento completa.
- _____ Medical & dental appointment dates & doctors information
Información medica y dental con fechas de citas
- _____ SSI, TANF, or Foster Placement form (if applicable)
Forma de SSI, TANF, o colocación de hogar (Foster care)(si es aplicable)
- _____ 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.

I the parent have completed this interview with a Bear River Head Start staff. They have 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 personal de Bear River Head Start. Han 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.
Yo, miembro 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*

Para informales mas efectivamente a las familias de los servicios que provee Head Start, por favor llene esta encuesta y entreguela con su aplicación.

1. Indique la letra que mejor describe como usted se enteró de Head Start:

- De una familia que previamente estuvo inscrita en Head Start.
- De un vecino o amigo.
- Leyendo un folleto.
- Escuchando la radio.
- Pasó por una caseta de Head Start.
- Un empleado de Head Start se puso en contacto con usted.
- Las paginas amarillas.
- El internet.
- Otro _____

2. Indique la letra que mejor describe como usted obtuvo la aplicación:

- Head Start se la mando por correo.
- De un vecino o amigo.
- De su intercesor familiar.
- De un evento en la comunidad.
- De una agencia en la comunidad.
- De una maestra de Head Start.
- Otro _____

Comentarios/Notas

[illegible]

ESTA CARTA NO ES PARA LOS APLICANTES DE EARLY HEAD START

Querido Padre/Tutor:

Head Start está emocionado que usted considere a nuestro programa para su hijo y estamos felices de recibir su aplicación. Por favor contacte a Ana al 1-877-755-0081, Ext. 225, si no tiene seguro para su hijo, si no puede pagar por los siguientes exámenes, o si necesita un doctor o dentista para su hijo.

- ☐ **Examen físico:** Su hijo necesita un examen físico con su doctor cada año.
- ☐ **Hematocrito/Hemoglobina (hierro):** Su hijo necesita un examen de hematocrito o hemoglobina hecho junto con el examen físico si NO TIENE WIC, para el año escolar 2016-2017. *Si su hijo tiene WIC, Head Start obtendrá los resultados usando el permiso de obtener resultados que usted dio en la Forma de información médica de la aplicación. Asegúrese de firmar este permiso si su hijo tiene WIC. Por favor NO trate usted de obtener los resultados de la oficina de WIC.*
- ☐ **Examen del plomo:** Si su hijo nunca ha tenido un examen del plomo, obtenga un examen del plomo junto con el examen físico. Si su hijo no tienen Medicaid, por favor llame al 1-877-755-0081, ext. 225.
- ☐ **Examen dental:** Su hijo necesita un examen dental con su dentista. Si lleva a su hijo al dentista cada seis meses, solo necesitamos el examen mas reciente.
- ☐ **Inmunizaciones:** Vacunas requeridas para el preescolar:

DTP:..... 4 vacunas

HIB: 1 a 4 vacunas, depende de la edad del niño

POLIO:..... 3 vacunas

HEPATITIS A:..... 2 vacunas

VARICELLA:..... 1 vacuna

PREVNAR: 1 a 4 vacunas, depende de la edad del niño

HEPATITIS B: 3 vacunas

MMR: 1 vacuna

POR FAVOR LLEVE LAS FORMAS ADJUNTAS AL DOCTOR/DENTISTA. DESPUÉS DEL EXAMEN, INCLUYA LAS FORMAS CON SU APLICACIÓN DE HEAD START.

Atentamente,

Rachel Cook—Coordinadora de la Salud y el Bienestar
Cami McArthur—Especialista de la Salud programa PHS
Cherie Pierce—Especialista de la Salud Oral programa PHS
RaeLynn DeGraffenried—Especialista de la Salud programa ECP/CCC

BEAR RIVER HEAD START DENTAL SERVICES FORM

Service Date: _____

Services Rendered: **(Please check all that apply)**

Child's Name: _____

☐ Exam

Parent's Name: _____

☐ X-rays

☐ Child Prophy

Dentist's Name: _____

☐ Fluoride

* Was a fluoride supplement discussed/prescribed at this appointment? _____

Dental Insurance? Yes or No

☐ Oral Hygiene Instruction

Name of Insurance: _____

☐ Restorations/Treatment ****Please include a treatment plan of work completed during this appointment.**

Results of Appointment:

☐ Child needs no further work at this time. Six month appointment set: _____

OR

☐ Further work is needed. Please include a copy of the treatment plan.

➤ Follow up appointment is set for: _____

➤ Antisipated number of appointments to complete treatment: _____

☐ Treatment discontinued. Please explain:

Comments:

I hereby certify that the services listed above have been performed.

Dentist Signature

Date

Please Return to:
BRHS Oral Health Specialist
95 West 100 South #200
Logan, UT 84321
(435) 755-0081 ext. 240
FAX: (435) 755-0125