

BEAR RIVER HEAD START
Preschool Head Start (PHS) Early Head Start (EHS)
95 West 100 South Suite 200 LOGAN, UTAH 84321
 (435) 755-0081 FAX: (435) 755-0125
 Carta de Presentación para la aplicación del 2019-2020

Estimados Padres/Guardianes:

Gracias por su interés en el programa de Bear River Head Start y Early Head Start. Bear River Head Start es un programa financiado con fondos federales que atiende a mujeres embarazadas y familias con hijos desde el nacimiento hasta los cinco años, servicios son gratuitos para las familias. El ingresos anual y las circunstancias del niño/ familia se consideran para determinar la elegibilidad para el programa. Por favor complete una solicitud para cada niño/niña que este aplicando. Los niños con discapacidades o necesidades especiales son bienvenidos, Incluya una copia del IEP o IFSP de su hijo(a) con la solicitud.

Por Favor incluya los siguientes documentos con la solicitud

Prueba de edad-1 de los siguientes documentos

- Acta de Nacimiento
- Certificado de Bautizo
- Pasaporte
- Otros documentos legales

Verificación de ingresos-incluya todos los que aplican

- Forma 1040
- Forma del W2
- Talones de cheques (12 meses)
- Carta Del Empleador
- Becas
- Manutención de los hijos
- Ingreso de Seguro Social

Ingreso anual para Bear River Head Start	
1/11/2019	
Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$4420 por cada persona adicional	
Para Early Head Start agregue 1 en la familia si la mama esta embarazada	
Personas en Familia/Hogar	Pauta de Ingreso
1	\$12,490
2	\$16,910
3	\$21,330
4	\$25,750
5	\$30,170
6	\$34,590
7	\$39,010
8	\$43,430

Los niños en programas de Asistencia Pública (TANF), Cuidado de Crianza, o Seguro Suplementar son elegibles según sus ingresos

Por favor incluya una copia del documento de Asistencia Pública (TANF), Cuidado de Crianza o Seguro Suplementar de su Hijo(a)/ Familia. Estos documentos se mantendrán con la solicitud de su hijo/hija

He leído y entiendo lo anterior y me gustaría presentar una solicitud para mi hijo(a) para Bear River Head Start. Entiendo que al enviar esta solicitud no me garantiza la inscripción.

Una entrevista en persona debe completarse con la solicitud. Las solicitudes incompletas no serán procesadas

****Por favor permita hasta 30 días para procesar la solicitud****

****Guarde esta hoja para su referencia****

Preguntas Frecuentes

Una vez que complete y entregue la solicitud de mi hijo, ¿que pasara después?

Al recibir su solicitud, el equipo de Reclutamiento e inscripción procesara e ingresara su información en nuestra base de datos. Luego se colocara a su hijo(a) en la lista de espera de Ingreso Elegible o Sobre Ingreso para el sitio solicitado. **Head Start tiene cupo limitado para niños con ingresos superiores a la edad elegible, y la mayoría de esos cupos van a niños con discapacidades identificadas.

¿Cuándo sabré si mi hijo está en el programa?

Si entrega una solicitud entre Febrero y Agosto (para el próximo año del programa, a partir de Septiembre del 2019) y si su hijo es seleccionado para asistir a Bear River Head Start, Recibirá una carta informándole que su hijo ha sido aceptado en el programa. Esta carta se le enviara por correo en el verano del 2019. Si su hijo(a) no es aceptado, después del 21 de Agosto del 2019, él/ella permanecerá en la lista de espera hasta que haya un cupo. Un miembro del equipo de ERSEA lo llamara si su hijo(a) ha sido seleccionado para llenar el cupo.

¿Entrara mi hijo en el programa?

Si su hijo es un hijo de crianza o un niño sin hogar, sus posibilidades son excelentes; pero no podemos garantizar que su hijo entrara. El gobierno federal determina quién tiene la primera prioridad para recibir servicios en Head Start y los niños de crianza y/o sin hogar son niños prioritarios.

Si su hijo es elegible por edad e ingresos, sus posibilidades son muy buenas; pero no podemos garantizar que su hijo entrara. Mantenemos una lista de espera cada año! El programa no es primer llegado, primer servido, pero cuanto antes entregue su solicitud, mejor ya que las primeras selecciones se hacen a principios del verano. Las regulaciones gubernamentales requieren servicios para aquellos en la comunidad que más los necesiten. Por lo tanto, cada aplicación se califica según la información proporcionada en la solicitud.

¿Qué pasa si me mudo después de enviar mi solicitud?

Es importante notificar a Bear River Head Start tan pronto como sea posible cuando haya un cambio en la dirección y/o número de teléfono. Llame a nuestra oficina de ERSEA al 435-755-0081 ext 321 o 322 para actualizar su nueva información.

¿Qué sucede si soy un padre con custodia legal única, conjunta o custodia física conjunta?

Bear River Head Start requiere toda la documentación legal relacionada con la custodia. Los documentos deben ser proporcionados al momento de la solicitud.

Si se le selecciona para participar en el programa, se deberán cumplir los siguientes requisitos médicos y dentales:

- **Físico:** Su hijo necesitara un examen físico actualizado con un médico. Por favor obtenga una copia del examen físico más reciente que se realizó.
- **Hematocrito/Hemoglobina:** Su hijo necesitara un hematocrito o hemoglobina para realizar su examen físico si tienen 12 meses o más. Si su hijo está en WIC, Head Start solicitara HGB a la oficina de WIC
- **Prueba de Plomo:** Si su hijo tiene 12 meses o más y nunca se ha realizado una prueba de plomo, obtenga una prueba de plomo en el momento de su examen físico o llame al médico de su hijo para pedir una orden de laboratorio.
- **Examen Dental:** Su hijo necesitara un examen dental con un dentista si tiene 12 meses o más. Si su hijo tiene un horario regular de seis meses con su cuidado dental, obtenga una copia del último examen de seis meses de su hijo.
- **Registro de Vacunas:** (por favor, copie el anverso y el reverso) las inmunizaciones deben estar actualizadas
- **Si su hijo necesita cuidado especial médico o nutricional (alergia alimentaria o asma) que el personal debe saber antes de clases por favor comuníquese con nuestra oficina inmediatamente al 435-755**



BEAR RIVER HEAD START
 EARLY HEAD START 2019-2020
 Solicitud de inscripción
 95 West 100 South Suite 200 Logan, UT 84321
 (435) 755-0081

Childplus ID# _____

Staff Recruiter _____

_____/_____/_____
 MM DD YY
 Date Received

Nombre del niño(a)				
_____		_____		FDN: _____/_____/_____
Primer Nombre	Apellido	MI	MM	DD YY
Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿Es de origen Hispano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multiracial <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska		
Idioma Idioma principal _____		Habilidad de Ingles <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Bien		
Domicilio				
_____		_____		_____
Cuidad	Estado	Codigo Postal	Condado	
Teléfono del Hogar _____		Celular _____		Teléfono de Trabajo _____
Domicilio donde recibe correo: (Si es diferente de su Domicilio)				
_____		_____		_____
Cuidado	Estado	Código postal	Condado	
¿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/motel <input type="checkbox"/> Viviendo en un refugio <input type="checkbox"/> Viviendo en un coche, el parque, un campamento , en espacio publico <input type="checkbox"/> viviendo en un espacio sin servicios adecuados			¿Dónde vive es un arreglo temporal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es sí. ¿Es debido a perdida de hogar o porque no puede seguir pagando su casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Recibe alguno de los siguientes?: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid				
Documentos de TANF y SSI deben ser entregados al mismo tiempo que la solicitud				
Referencia (incluya documento) <input type="checkbox"/> CAPSA <input type="checkbox"/> Escuela del Distrito <input type="checkbox"/> Up to 3 <input type="checkbox"/> Doctor				
<input type="checkbox"/> Departamento de salud o WIC <input type="checkbox"/> Division of Child & Family Services <input type="checkbox"/> Otro _____				
Para familias solicitando EHS:				
¿Alguien en el hogar está embarazada? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO Fecha del parto _____/_____/_____				
# de habitantes en el hogar	# en Familia	# de niños en la familia	# de niños de edad 0-3	# de niños de edad 4-5
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)				

Necesidad de servicios (si aplica)

Liste cualquier inquietud específica sobre por qué cree que su hijo debe estar inscrito en Head Start (Ejemplo: preocupaciones/necesidades/circunstancias del niño(a)/familia, discapacidades, problemas de desarrollo, divorcio, dificultad para leer/ hablar de los padres, muerte en la familia inmediata en el último año)_____

Esa su hijo en un IEP/IFSP? SI NO

Nombre del distrito escolar o programa (Ejemplo: Up to 3 o Idaho Infant / Toddlers)_____

Como padre/guardian de _____, doy permiso al distrito escolar o al programa mencionado anteriormente para intercambiar información sobre mi hijo con el propósito de prioridad de inscripción en el programa de Head Start.

Firma de Padre/Guardian _____ Fecha _____

Adulto Primario (Persona llenado la solicitud)

Nombre		Fecha de Nacimiento ____/____/____	
_____		_____	
Primer Nombre		Apellido	
MM		DD YY	
Número Telefónico () _____		Correo Electrónico: _____	
** Contactar por Texto (Ver formulario adjunto)		**Contacto correo electrónico (Ver formulario adjunto)	
Genero	¿Es de Origen Hispano	Raza	
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	
Idioma		Habilidad de Ingles	
<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Bien	
Relación hacia el niño	¿Tiene custodia del niño(a)?	¿Provee ayuda financiera?	
<input type="checkbox"/> Biológico/adoptivo <input type="checkbox"/> Cuidado temporal <input type="checkbox"/> Cuidado Familiar	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
		¿Vive en el hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Nivel de Educación		Estatus Laboral	
<input type="checkbox"/> Grado 9 <input type="checkbox"/> Poca Universidad/escuela <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Entrenamiento/ Cert. <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Preparatoria <input type="checkbox"/> Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría		<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Escuela o entrenamiento <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Temporal	
Grado más alto completado _____			

Información de Contacto para Padres sin Custodia.

Bear River Head Start honra los derechos educativos de todos los padres. Si tiene documentos judiciales que prohíben los derechos educativos de los padres sin custodia, este documento debe ser entregado en el momento de la solicitud.

Nombre		
_____	Fecha de Nacimiento ____/____/____	
Primer Nombre	Apellido	MM DD YY
Domicilio		Número Telefónico
_____ () _____		_____
Ciudad	Estado	Código Postal

Adulto Secundario

Nombre		
_____	Fecha de Nacimiento ____/____/____	
Primer Nombre	Apellido	MM DD YY
Número Telefónico () _____	Correo Electrónico: _____	
** Contactar por Texto (Ver formulario adjunto)	**Contacto correo electrónico (Ver formulario adjunto)	
Genero [] Masculino [] Femenino	¿Es de Origen Hispano [] SI [] NO	Raza [] Asiático [] Multirracial [] Isleño Pacífico [] Afroamericano [] Blanco [] Otro _____ [] Indio Americano o Nativo de Alaska
Idioma [] Ingles [] Español [] Otro _____		Habilidad de Ingles [] Ninguno [] Poco [] Algo [] Bien
Relación hacia el niño [] Biológico/adoptivo [] Cuidado temporal [] Cuidado Familiar	¿Tiene custodia del niño(a)? [] SI [] NO	¿Provee ayuda financiera? [] SI [] NO ¿Vive en el hogar? [] SI [] NO
Nivel de Educación [] Grado 9 [] Poca Universidad/escuela [] Grado 10 Técnica [] Grado 11 [] Entrenamiento/ Cert. [] Grado 12 Técnica [] Preparatoria [] Bachillerato [] GED [] Licenciatura [] Maestría		Estatus Laboral [] Tiempo completo [] Retirado o Discapacitado [] Medio Tiempo [] Desempleado [] Escuela o entrenamiento [] Ama de Casa [] Temporal
Grado más alto completado _____		

Otros niños en el hogar menores de 18 años (Por favor liste todos los niños que viven en el hogar)

Nombre completo del niño(a)	Genero	F.D.N	Raza	
	Masculino Femenino		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro _____
	Masculino Femenino		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro _____
	Masculino Femenino		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro _____
	Masculino Femenino		<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro _____

Otros adultos o niños en el hogar

Nombre		Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
_____		Fecha de Nacimiento ____/____/____	
Primero Nombre	Apellido	MM	DD YY
¿Vive en el hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		Relacionados pro sangre, matrimonio o adopción? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Raza	Grado más alto completado:	Estatus Laboral	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	Especifique _____	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Escuela o entrenamiento <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Temporal	
Nombre		Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
_____		Fecha de Nacimiento ____/____/____	
Primero Nombre	Apellido	MM	DD YY
¿Vive en el hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		Relacionados pro sangre, matrimonio o adopción? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Raza	Grado más alto completado:	Estatus Laboral	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	Especifique _____	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Escuela o entrenamiento <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Temporal	
Nombre		Genero <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
_____		Fecha de Nacimiento ____/____/____	
Primero Nombre	Apellido	MM	DD YY
¿Vive en el hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		Relacionados pro sangre, matrimonio o adopción? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
Raza	Grado más alto completado:	Estatus Laboral	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Isleño Pacifico <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska	Especifique _____	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Retirado o Discapacitado <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Escuela o entrenamiento <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Temporal	

Opciones del programa/ Preferencia (por favor marque sus selecciones abajo)

<p style="text-align: center;">Head Start Preescolar (PHS)</p> <p>Sirviendo a los niños 3 (antes del 1 de septiembre) – 5 años</p> <p>[] Basado en el Centro [] Basado en el Hogar</p>	<p style="text-align: center;">Early Head Start (EHS)</p> <p>Sirviendo a los niños de 0-3 y Mujeres embarazadas</p> <p>[] Basado en el Centro [] Basado en el Hogar</p>
<p>Si solicita servicios basados en el centro:</p> <p>1^{ra} opción _____</p> <p>2^{da} opción _____</p> <p>Si solicita servicios de Hogar</p> <p>Condado _____</p>	<p>Si solicita servicios basados en el centro:</p> <p>1^{ra} opción _____</p> <p>2^{da} opción _____</p> <p>Si solicita servicios de Hogar</p> <p>Condado _____</p>

PRESCHOOL HEAD START PART DAY MONDAY -THURSDAY

UTAH

Logan PHS Center 852 South 100 West
 AM 8:00 AM - 12:00 PM
 PM 12:00 PM - 4:00 PM

Brigham City 264 N 200 W
 AM 8:30 AM -12:30 PM

Hyde Park TBA
 PM 12:00 PM-4:00 PM

IDAHO

Preston-Pioneer Elementary 525 S 400 E
 AM 8:30 AM -12:30 PM
 PM 11:00 AM - 3:00 PM

Malad - Malad Elementary 450 N 300 W.
 8:00 AM-12:00 PM

Paris - Paris Elementary 39 Fielding Street
 11:30 AM - 3:30 PM

PRESCHOOL HEAD START EXTENDED DAY MONDAY-THURSDAY

Richmond-Park Community Center 90 S 100 W
 8:30 AM – 3:00 PM

Hyrum-Lincoln Elementary 90 S. Center
 8:30 AM – 3:00 PM

Brigham City-264 N 200 W
 8:00 AM – 2:30 PM OR 8:15 AM – 2:45 PM

Smithfield- Sunrise Elementary 225 S 455 E
 8:30 AM -3:00 PM

Tremonton- 451 W 600 N
 8:00 AM – 2:30 PM

Hyde Park TBA
 8:00 AM – 2:30 PM

EARLY HEAD START MONDAY-FRIDAY 8:00 AM – 2:00 PM

Cache South Nest/Koop 670 West 400 South

Cache North-Fish Pond 1300 North 200 East

PRESCHOOL HEAD START and EARLY HEAD START HOMEBASED OPTIONS

Box Elder County, Cache County, Caribou/Bear Lake County, Franklin County and Rich County

PADRES, POR FAVOR, MARQUE LOS QUE APLICAN:

- Anterior familia de Head Start
- Actualmente inscrito en CUALQUIER programa de Head Start
- ¿Planea aplicar para algún otro programa de Head Start?

¿Cómo escucho acerca de Bear River Head Start? _____

¿Ha sido condenado por un delito en los últimos siete (7) años? SI NO

En caso afirmativo, Explíquelo porfavor _____

La convicción no perjudicara la inscripción de su hijo(a)

1. He revisado cuidadosamente los documentos y la información que he proporcionado a Bear River Head Start y, al firmar a continuación, certifico, a mi entender, que toda la información es verdadera y correcta.
2. Además, entiendo que esta solicitud de servicios se paga con fondos federales y que proporcionar intencionalmente información engañosa, inexacta o falsa de naturaleza podría tener graves consecuencias legales para mí.
3. Entiendo que esta solicitud no está completa hasta que toda la documentación requerida se envíe, revise y firme. Las solicitudes incompletas se devolverán y retrasaran aún más el proceso de inscripción.

Firma de Padre/Guardián _____ Fecha _____

Firma de Madre/Guardián _____ Fecha _____

Firme de Personal _____ Fecha _____

Comentarios/Notas:

Communication Agreement

As part of improving our communication with families we serve, we are in the process of having our system upgraded so that we can contact parents (guardians) through text and/or email message. By communicating in this manner we are able to reach all of our families quickly and more effectively. Your phone number and email will only be used by Bear River Head Start and kept confidential. By agreeing, you are giving your permission for Bear River Head Start to contact you through text/email message. Once set up, you may receive text or email messages regarding attendance, school cancellations due to weather, parent meetings, activities and general reminders. This should aid both home and Head Start in serving your child. Thank you.

Child's Name: _____

Signature: _____ Date: _____

Preferred method of contact: [] Text [] Email

Acuerdo de comunicación

Como parte de mejorar nuestra comunicación con las familias a las que servimos, estamos en el proceso de actualizar nuestro sistema para que podamos contactar a los padres (tutores) a través de mensajes de texto y/o correos electrónicos. Al comunicarnos de esta manera, podemos llegar a todas nuestras familias de manera rápida y más eficaz. Su número de teléfono y correo electrónico solo serán utilizados por Bear River Head Start y se mantendrán confidenciales. Al aceptar, usted está dando su permiso para que Bear River Head Start lo contacte a través de un mensaje de texto o correo electrónico. Una vez configurado, puede recibir mensajes de texto o correo electrónico con respecto a la asistencia de clases, cancelaciones de la escuela debido al clima, reuniones de padres, actividades y recordatorios generales. Esto debería ayudar tanto al hogar como a Head Start a servir a su hijo. Gracias

Nombre del niño(a): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Forma de contactar preferido: [] Texto [] Correo Electronico

Contactos de Emergencia no adultos primarios o secundarios, sino otros que pueden tomar decisiones por su hijo(a), si usted no está disponible

<p>Nombre _____ Relacion hacia el nino(a) _____ Contactar: SI [] NO []</p> <p>Direcion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____ Liberación: SI [] NO []</p> <p>Teléfono de Hogar _____ Telefono Celular _____ Telefono del Trabajo _____</p>
<p>Nombre _____ Relacion hacia el nino(a) _____ Contactar: SI [] NO []</p> <p>Direcion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____ Liberación: SI [] NO []</p> <p>Teléfono de Hogar _____ Telefono Celular _____ Telefono del Trabajo _____</p>
<p>Nombre _____ Relacion hacia el nino(a) _____ Contactar: SI [] NO []</p> <p>Direcion _____ Ciudad _____ Estado _____Codigo Postal _____ Liberación: SI [] NO []</p> <p>Teléfono de Hogar _____ Telefono Celular _____ Telefono del Trabajo _____</p>

¿Por qué Bear River Head Start necesita contactos de emergencia?

Se necesitan contactos de emergencia en caso de que Bear River Head Start no pueda comunicarse con el adulto primario o secundario.

¿Qué significa Liberación?

Bear River Head Start puede entregar al niño(a) al cuidado del contacto de emergencia, en caso de que el adulto primario o secundario no pueda recoger al niño(a)

Bear River Head Start Forma de Información Médica

Nombre del niño _____ Sexo _____ Fecha de nacimiento _____
Nombre de los padres _____ Número de teléfono _____

¿HA RECIBIDO SU HIJO SERVICIOS DE WIC DE DICIEMBRE 2018 AL PRESENTE? [] SI [] NO
Ciudad donde está el departamento de salud donde recibe servicios de WIC para su hijo _____
NOMBRE DEL SEGURO MEDICO DE SU HIJO: _____
Nombre del Doctor de su hijo/a: _____ Telefono: _____
Fecha del último o siguiente chequeo físico: _____
Nombre del Dentista de su hijo/a: _____ Telefono: _____
Fecha del último o siguiente examen dental: _____

Problemas de salud

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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> diviesos | <input type="checkbox"/> enfermedad del corazón/arterias | <input type="checkbox"/> ha sufrido el niño abandono o negligencia |
| <input type="checkbox"/> urticaria | <input type="checkbox"/> enfermedad del hígado | <input type="checkbox"/> enfermedad de célula falciforme |
| <input type="checkbox"/> eczema | <input type="checkbox"/> polio | <input type="checkbox"/> altos niveles de plomo |
| <input type="checkbox"/> asma | <input type="checkbox"/> sobrepeso | <input type="checkbox"/> problemas con los dientes, encías, o boca |
| <input type="checkbox"/> tendencia a sangrar | <input type="checkbox"/> peso bajo | <input type="checkbox"/> dolor de garganta frecuente |
| <input type="checkbox"/> diabetes | <input type="checkbox"/> anemia | <input type="checkbox"/> tos frecuente |
| <input type="checkbox"/> vomito frecuente | <input type="checkbox"/> dolor de estómago frecuente | <input type="checkbox"/> infecciones urinarias frecuentes/problemas al orinar |
| <input type="checkbox"/> diarrea frecuente | | |
| <input type="checkbox"/> dificultad para ver (bizquea, lentes, etc.) | | |
| <input type="checkbox"/> dificultad con los oídos/audición (tubos, dolor de oído frecuente, etc.) | | |

Por favor explique a detalle cualquier condición médica marcada arriba y/o cualquier otra condición medical que tenga su hijo. También anote que medicamentos toma su hijo y para cual condición médica son

Sí No

- ___ ___ ¿Ha tenido su hijo una convulsión? Si la respuesta es sí ¿cuándo paso la última vez? _____
___ ___ ¿Está tomando su hijo medicina para las convulsiones? Si 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 _____

FORMA DE PERMISO DE EVALUACIÓN

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

____ Audición y Visión ____ Evaluación del Desarrollo ____ Peso/Estatura ____ Evaluación
Social/Emocional

Estas evaluaciones son requeridas para todos los niños en Head Start. Le aseguramos que la información de estas evaluaciones será confidencial y solo será usada para planear actividades especiales para su hijo.

Padre(s)/Tutor(es): _____ Fecha: _____

*** Esta página es opcional en este momento. Sin embargo, si su hijo/a es elegido para un lugar en el programa, entonces será necesario.

BEAR RIVER HEAD START
PERMISOS DE SALUD Y EDUCACION/AUTORIZACION PARA OBTENER INFORMACION***

Nombre del niño/a _____ Fecha de nacimiento _____ Teléfono _____

PERMISO PARA OBTENER INFORMACION DE SALUD

_____ Al matricularme, le doy permiso al personal de salud de Head Start de obtener información de salud de los proveedores de salud de mi hijo (medico, dentista, WIC, Medicaid, compañías de seguro médico, profesionales de salud mental) para cumplir con los requerimientos médicos, de salud mental, y tratamiento dental. Esta información se puede obtener por correo, teléfono, fax, o correo electrónico

_____ También les doy permiso a mis proveedores de salud de darle a Head Start la información de salud requerida. Mi proveedor de salud puede dar esta información por teléfono, correo, fax, o correo electrónico.

_____ Se entiende que la información será usada con fines profesionales solamente y se mantendrá de forma confidencial.

OTROS PERMISOS – Favor de poner sus iniciales. Las iniciales de los padres deben ser actualizadas cada año.)

_____ Yo doy mi permiso para que Head Start provea primeros auxilios y busque ayuda médica de emergencia para mi hijo.

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

_____ Yo doy mi permiso para que el nombre de mi hijo se da 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 para promover el programa en la comunidad (periódico, etc.)

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

_____ Yo doy mi permiso para que Head Start use videos para usarse en observaciones de la clase.

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

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

_____ Yo doy mi permiso para que Head Start deje salir a mi hijo con las personas nombradas al reverso de esta hoja en caso de emergencia.

_____ Cada niño en el programa completará una evaluación para determinar su nivel de desarrollo académico al comenzar en Head Start. Esta información será usada por la maestra para planear actividades y metas para los estudiantes. Yo doy permiso para que Bear River Head Start haga las evaluaciones y entiendo que todos los resultados se mantendrán de forma confidencial y serán revisados conmigo. Entiendo que tengo derecho a no dar permiso para esta evaluación.

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

Yo entiendo que esta forma de autorización es válida por un año o por el tiempo que mi hijo esté en Head Start. Entiendo que puedo cancelar/revocar ésta autorización en cualquier momento por escrito.

Firma del Padre/Tutor

Fecha

Firma del personal de Head Start

Fecha

*** Esta página es opcional en este momento. Sin embargo, si su hijo es elegido para un lugar en el programa, entonces será necesario.

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, STAFF INITIAL next to those that apply and an N/A 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 N/A 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, christening/blessing certificate, Medicaid card or passport)
Prueba de edad (acta de nacimiento O acta de bautismo)
- _____ Scholarship/grants
Becas
- _____ Child support
Menutenicon de hijos
- _____ If living arrangement "temporary" was marked, 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 working parents' income
Educación/estatus laboral de ambos padres, igual que el ingreso de ambos o de un solo padre.
- _____ Preferred locations are clearly marked
Los lugares preferidos están claramente marcados
- _____ IEP or IFSP documentation if applicable
- _____ Court Documentation for Non-Custodial Parent if applicable
Documentos de Corte para padres sin custodia
- _____ Communication agreement completely filled out
Acuerdo de comunicación

I, the parent, have completed this interview with a Bear River Head Start staff member. He/She has reviewed all information that 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. Él/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.

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

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.

Staff Signature _____ **Date** _____