

# BEAR RIVER HEAD START APLICACIÓN AÑO ESCOLAR: 2018-2019

Preschool Head Start (PHS) Early Head Start (EHS)  
95 Oeste 100 Sur Suite 200 LOGAN, UTAH 84321

CACHE COUNTY (435) 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 ningún 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
  - Pagos de Mantención de su niño

**\*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 **discapacidad** 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.

Alternativas de transporte: los padres pueden crear un grupo de transporte, tomar el transporte público, o escoger la opción basada en el hogar.

**He leído y entiendo lo anterior y me gustaría aplicar para tener a mi hijo/a en Bear River Head Start. Entiendo que aunque entregue esta aplicación no tengo garantizada la inscripción.**

**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\*  
\*Becas de la Escuela

### 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 2018), 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 en el Verano del 2018.

Después del 21 de Agosto del 2018, 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 tiene 12 meses o más. Si su hijo está en WIC Head Start solicitará HGB de la oficina de WIC.
- 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 2018-2019

## Información de los Miembros de la Familia

<b>Staff Only</b>				
Child Plus # _____		Date application received _____		Staff recruiter _____
<b>Nombre del niño/a:</b>		<b>Nombre de preferencia:</b>		<b>Fecha de nacimiento:</b>
<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino				
<b>Habilidad del Inglés:</b> <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)		<b>Idioma Principal:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____		<b>Raza (Marque todos los que aplican)</b> <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 _____
<b>¿Es de origen Hispano?</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
<b>Domicilio:</b>	<b>Ciudad:</b>	<b>Estado:</b>	<b>Código Postal:</b>	<b>Condado:</b>
<b>Domicilio donde recibe correo:</b> (Sí es diferente de su Domicilio) Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Condado: _____				
<b>¿Es donde vive un arreglo temporal?</b> (No se aplica a contratos de renta) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>¿Sí su respuesta es sí, es debido a pérdida de hogar O porque no puede seguir pagando su casa?</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>¿Cualquiera de los siguientes se aplica a su hogar en este momento?</b> <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: _____ ( )				
<b>Número de habitantes en hogar:</b>	<b>Número de miembros de Familia:</b>	<b>Número de niños en su familia:</b>	<b>Número de niños de 0 - 3 años:</b>	<b>Número de niños de 4-5 años:</b>
<b>Padres en el hogar:</b> <input type="checkbox"/> Solo uno <input type="checkbox"/> Los dos <input type="checkbox"/> Cuidado Familiar <input type="checkbox"/> Cuidado Temporal (Foster Care)				
<b>Idioma principal hablado en casa:</b>			<b>Idioma en que prefiere las visitas/correspondencia (marque uno):</b> Inglés o Español	
<b>Por favor marcar todo lo que usted recibe:</b> <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)				
<b>Recomendaciones (presente documentación):</b> <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

- Su niño necesita cuidado de tiempo completo/ todo el año mientras estudia o trabaja?  SÍ  NO
- Si indicó sí, son los servicios a través del preescolar, o Early Head Start?  SÍ  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

### 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 ___/___/___
--	--------------------------------------

### Necesidad 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, padres 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 [ ] No [ ] Liberar: Sí [ ] No [ ]
Dirección: _____		
Números de teléfono: Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____		
Nombre: _____	Relación al Niño/a : _____	Contacto: Sí [ ] No [ ] Liberar: Sí [ ] No [ ]
Dirección: _____		
Números de teléfono: Celular: _____ Casa: _____ Trabajo: _____		
Nombre: _____	Relación al Niño/a : _____	Contacto: Sí [ ] No [ ] Liberar: Sí [ ] No [ ]
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 [ ] No [ ]	Provee apoyo financiero: Sí [ ] No [ ]	Sexo: [ ] Femenino [ ] Masculino
<b>Nivel de educación</b> [ ] Maestría [ ] Licenciatura [ ] Bachillerato/carrera corta [ ] Entrenamiento/ Cert. Técnico [ ] Poca Universidad/Escuela Técnica	[ ] Preparatorio [ ] GED [ ] Grado 12 [ ] Grado 11 [ ] Grado 10 [ ] Grado 9 o menos Complete el grado ____	<b>Estatus laboral</b> [ ] Tiempo Completo (35 horas) [ ] Tiempo Completo y Entrenamiento [ ] Medio Tiempo [ ] Medio Tiempo y Entrenamiento [ ] Escuela o Entrenamiento [ ] Retirado o Discapacitado [ ] Temporal [ ] Desempleado [ ] Ama de Casa
<b>Habilidad del Inglés</b> [ ] Nada (No habla ni entiende) [ ] Poco (No habla pero entiende ) [ ] Algo (Habla y entiende poco) [ ] Bien (Habla y entiende)	<b>Idioma principal:</b> [ ] Inglés [ ] Español [ ] Otro _____  <b>¿Es de origen Hispano?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Raza (Marque todos los que aplican)</b> [ ] Nativo Americano [ ] Asiático [ ] Isleño Pacifico [ ] Biracial [ ] Afroamericano [ ] Blanco [ ] Otro _____
<b>¿Qué es su relación al niño/a aplicando para Bear River Head Start?</b> ¿Tiene custodia legal del niño/a? Sí [ ] No [ ]		
Correo electronico: _____		

**Adulto Secundario**

<b>Nombre:</b>		<b>Apellido:</b>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>	
¿Vive con la familia? Sí [ ] No [ ]		Provee apoyo financiero: Sí [ ] No [ ]		Sexo: [ ] Femenino [ ] Masculino	
<b>Teléfono de casa</b> ( )	<b>Teléfono celular</b> ( )	<b>Teléfono del trabajo</b> ( )	<b>Teléfono de mensaje</b> ( )		
<b>Domicilio(sí es diferente de la familia)</b>		<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	<b>Condado</b>
Domicilio donde recibe correo (Sí es diferente de su Domicilio)		Ciudad	Estado	Código Postal	Condado
<b>Nivel de educación</b>		<b>Estatus laboral</b>			
[ ] 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		[ ] Grado 12		[ ] Ama de Casa	
[ ] Poca Universidad/Escuela Técnica		[ ] Grado 11			
		[ ] Grado 10			
		[ ] Grado 9 o Menos			
		Especifique _____			
<b>Habilidad del Inglés</b>		<b>Idioma principal:</b>		<b>Raza</b> (Marque todos los que aplican)	
[ ] Nada (No habla ni entiende)		[ ] Inglés [ ] Español		[ ] Nativo Americano [ ] Asiático	
[ ] Poco (No habla pero entiende)		[ ] Otro _____		[ ] Isleño Pacifico [ ] Biracial	
[ ] Algo (Habla y entiende poco)		<b>¿Es de origen Hispano?</b>		[ ] Afroamericano [ ] Blanco	
[ ] Bien (Habla y entiende)		<input type="checkbox"/> Sí		[ ] Otro _____	
		<input type="checkbox"/> No			
¿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**

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

Nombre:	Domicilio	Teléfono de casa ( )
	Ciudad	Teléfono de celular ( )
Fecha de nacimiento:	Estado/ Código Postal	Teléfono de trabajo ( )

**Otros niños en la Familia (los que no están aplicando para Head Start)**

<b>Nombre del Niño(a):</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> [ ] Femenino [ ] Masculino
<b>Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción:</b> Sí [ ] No [ ]		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Cuál es la relación con el niño aplicando:</b>		<b>¿Vive con la familia?</b> Sí [ ] No [ ]
<b>Raza</b> (Marque todos los que aplican)		
[ ] Asiático [ ] Nativo Americano [ ] Afroamericano [ ] Isleño Pacifico [ ] Blanco [ ] Otro _____		
<b>Nombre del Niño(a):</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> [ ] Femenino [ ] Masculino
<b>Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción:</b> Sí [ ] No [ ]		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Cuál es la relación con el niño aplicando:</b>		<b>Vive con la familia?</b> Sí [ ] No [ ]
<b>Raza</b> (Marque todos los que aplican)		
[ ] Asiático [ ] Nativo Americano [ ] Afroamericano [ ] Isleño Pacifico [ ] Blanco [ ] Otro _____		

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

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

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

**Otros niños o adultos en el hogar**

<b>Nombre del Niño(a):</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Cuál es la relación con el niño aplicando:</b>		<b>Vive con la familia?</b> 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

<b>Nombre del Niño(a):</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Cuál es la relación con el niño aplicando:</b>		<b>Vive con la familia?</b> 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		

<b>Nombre del Niño(a):</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino
<b>Son de la misma familia por parte de matrimonio, sangre, O adopción:</b> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		<b>Fecha de Nacimiento:</b>
<b>Cuál es la relación con el niño aplicando:</b>		<b>Vive con la familia?</b> 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"**

<b>Preschool Head Start (PHS)</b> Para niños de 3(cumplidos Antes del 1 de sept.) a 5 años de edad	<b>Early Head Start (EHS)</b> Para niños de 0 - 3 y madres embarazadas
<p><b>PHS de Visitas en el Hogar:</b></p> <p>___ Box Elder                      ___ Cache                      ___ Idaho</p> <p><b>PHS Clases en el Centro UTAH:</b></p> <p>___ Logan AM      ___ Hyrum AM      ___ *Brigham 3 Mile Creek                      ___ Logan PM      ___ Hyrum PM      ___ *Brigham Discovery                      ___ *Smithfield      ___ *Richmond      ___ *Fielding</p> <p><b>**Las clases con el asterisco son clases de día extendidas                      (Lunes a Viernes, 6 horas al día)</b></p> <p><b>PHS de Clases en el Centro IDAHO:</b></p> <p>___ Paris                      ___ Preston AM                      ___ Preston PM                      ___ Malad</p>	<p><b>Clases en el Centro UTAH:</b></p> <p>___ Cache Sur                      (8:00 AM-2:00 PM Lunes a Viernes)</p> <p>___ Cache Norte                      (8 AM-2:00 PM Lunes a Viernes)</p> <p><b>Visitas en el Hogar UTAH:</b></p> <p>___ Box Elder                      ___ Cache</p> <p><b>Visitas en el Hogar IDAHO:</b></p> <p>___ Caribou/Bear Lake                      ___ Franklin</p>

**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** \_\_\_\_\_

**Comentarios o Notas:**

---



---



---



---

**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 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”.
- \_\_\_\_\_ IEP or IFSP documentation if applicable
- \_\_\_\_\_ Court Documentation for Non-Custodial Parent if applicable

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*



**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 2017 AL PRESENTE? [ ] SÍ [ ] 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/AUTORIZACIÓN 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.