

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 2023-2024

Estimado Padres/Guardianes:

Gracias por su interés en nuestro programa. Bear River Head Start es un programa financiado con fondos federales que atiende a mujeres embarazadas y familias con hijos desde nacimiento hasta los 5 años, nuestros servicios son gratuitos para las familias. Los ingresos anuales y circunstancias de la familia se consideran para determinar su elegibilidad. Por favor complete una aplicación para cada niño/a que este aplicando. Los niños con necesidades especiales y los niños en cuidado de crianza son bienvenidos, así como las familias que reciben Asistencia Pública (TANF), SNAP (Estampillas Alimentarias), o SSI (Ingreso de Seguro Suplementario). (Adjunte una copia de la Documentación de Asistencia Pública (TANF), Cuidado de Crianza, Estampillas Alimentarias (SNAP) o Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) de su familia).

Por favor incluya los siguientes documentos con su aplicación:

Prueba de edad - 1 de los siguientes documentos

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

Verificación de Ingresos – incluya todo lo que aplique

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

Ingresos anuales para Bear River Head Start	
Efectivo 1/19/2023	
Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$5,140 por cada persona adicional Para Early Head Start agregue 1 en la familia si la mama está embarazada	
Personas en la familia	Pauta de ingreso
1	\$14,580
2	\$19,720
3	\$24,860
4	\$30,000
5	\$35,140
6	\$40,280
7	\$45,420
8	\$50,560

Una vez que se envíe la aplicación, un miembro del personal se comunicará con usted para finalizar el proceso en persona. Si lo prefiere, puede llamar al 435-755-0081 ext. 410 o ext. 321 o visita la oficina. Los documentos anteriores se deben proporcionar y verificar antes de confirmar la inscripción.

****Por favor permita hasta 30 días para procesar su aplicación****

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

Nombre del niño/a _____ Fecha de Nacimiento ____/____/____				☐ Masculino ☐ Femenino	
Raza					
☐ Asiático		☐ Indio Americano		☐ Blanco	
☐ Nativo de Alaska		☐ Afroamericano		☐ Multirracial	
☐ Isleño Pacifico		☐ Otro _____			
Es de origen Hispano? ☐ Si ☐ No			Idioma(s) que se habla en casa? _____		
Habilidad en Ingles			Habilidad en otro idioma (si hay alguna)		
☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Proficiente			☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Proficiente		
Domicilo			Cuidad		
Codigo Postal			Condado		
# Habitantes en el hogar		# En Familia		# Niños de edades 0-3	
				# Niños de edades 4-5	
Padres en el hogar: ☐ Un padre ☐ Dos padres ☐ Cuidado familiar ☐ Cuidado temporal (Foster care)					
Adulto Primario			Adulto Secundario		
Nombre:			Nombre:		
Fecha de nacimiento:			Fecha de nacimiento:		
☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro _____			☐ Madre ☐ Padre ☐ Otro _____		
Usted vive con este niño/a? ☐ Si ☐ No			Usted vive con este niño/a? ☐ Si ☐ No		
Número Telefónico:			Número Telefónico:		
Correo Electrónico:			Correo Electrónico:		
Idiomas que habla:			Idiomas que habla:		
Nivel de Educación			Nivel de Educación		
☐ Grado 9		☐ Alguna Universidad		☐ Grado 9	
☐ Grado 10		☐ Certificación Avanzada		☐ Grado 10	
☐ Grado 11		☐ Bachillerato		☐ Grado 11	
☐ Grado 12 (sin diploma)		☐ Licenciatura		☐ Grado 12 (sin diploma)	
☐ Preparatoria		☐ Maestría		☐ Preparatoria	
☐ GED				☐ Maestría	
				☐ GED	
Si es menos que el grado 9, especifique _____			Si es menos que el grado 9, especifique _____		
Raza			Raza		
☐ Asiático		☐ Afroamericano		☐ Asiático	
☐ Isleño Pacifico		☐ Americano Indio		☐ Afroamericano	
☐ Blanco		☐ Nativo de Alaska		☐ Americano Indio	
☐ Multirracial		☐ Otro _____		☐ Blanco	
				☐ Nativo de Alaska	
				☐ Multirracial	
				☐ Otro _____	
Estado de Empleo			Estado de Empleo		
☐ Tiempo completo		☐ Retirado		☐ Tiempo completo	
☐ Medio tiempo		☐ Desempleado		☐ Retirado	
☐ Empleo temporal		☐ No trabaja, está en casa		☐ Medio tiempo	
☐ Estudiante		☐ Entrenamiento vocacional		☐ Desempleado	
				☐ Empleo temporal	
				☐ No trabaja, está en casa	
				☐ Estudiante	
				☐ Entrenamiento vocacional	

OTROS NIÑOS EN EL HOGAR

Nombre:	Nombre:	Nombre:	Nombre:
FDN:	FDN:	FDN:	FDN:
Genero:	Genero:	Genero:	Genero:
Raza:	Raza:	Raza:	Raza:

OTROS QUE VIVEN EN EL HOGAR

Nombre:	Nombre:	Nombre:
FDN:	FDN:	FDN:
Genero:	Genero:	Genero:
Raza:	Raza:	Raza:
Nivel de Educación:	Nivel de Educación:	Nivel de Educación:
Estado de Empleo:	Estado de Empleo:	Estado de Empleo:
Relación con el niño/a:	Relación con el niño/a:	Relación con el niño/a:

CONTACTOS DE EMERGENCIA

Nombre:	Relación:	Contacto de Emergencia	☐ Si	☐ No
Domicilio:	Número Telefónico:	Dejar Ir	☐ Si	☐ No
Nombre:	Relación:	Contacto de Emergencia	☐ Si	☐ No
Domicilio:	Número Telefónico:	Dejar Ir	☐ Si	☐ No

INFORMACIÓN De ELIGIBILIDAD

- ¿Hay alguien en su familia recibe SSI, SNAP, o TANF?	☐ No	☐ Si
- ¿Es esta niño/a adoptivo/a?	☐ No	☐ Si
- ¿Tiene su hijo/a una discapacidad diagnosticada (IFSP / IEP)?	☐ No	☐ Si
- ¿Su familia vive en un automóvil, parque, campamento, hotel, refugio de emergencia, vivienda de transición o vive con otra familia temporalmente debido a la imposibilidad de pagar una vivienda?	☐ No	☐ Si

¿Cómo se enteró de Bear River Head Start? _____

Si has sido referido, por favor indique la agencia _____

En cual Distrito Escolar atenderá su hijo/a? _____

¿Ha sido condenado por un delito en los últimos 7 años? _____

La condena no afectará su elegibilidad

Por favor marque cualquiera de los siguientes que aplican a su familia:

☐ Recibiendo WIC	☐ Violencia familiar	☐ Embarazada	☐ Problemas de salud mental
☐ Recibiendo Medicaid	☐ Problemas de drogas/alcohol	☐ Divorcio	☐ Necesidades especiales
☐ DCFS involucrado	☐ Encarcelamiento	☐ Previamente inscrito	
☐ Padre/Madre militar activa	☐ Madre/Padre veterano		

INFORMACIÓN ADICIONAL

Su hijo(a) tiene problemas de salud que el programa necesita saber?	☐ No	☐ Si	(explique si su respuesta es si)
Su hijo(a) tiene una dieta especial?	☐ No	☐ Si	(explique si su respuesta es si)
Su Hijo(a) tiene problemas de aprendizaje?	☐ No	☐ Si	(explique si su respuesta es si)
Su Hijo(a) usa pañal?	☐ No	☐ Si	

PREFERENCIA DE OPCIONES EN EL PROGRAMA

☐ Head Start Preescolar (PHS) Sirviendo a los niños de 3-5 años	
☐ Early Head Start (EHS) Sirviendo a los niños de 0-3 años, y mamas embarazadas	
Basado en el Centro	Basado en en Hogar
Primera Opción _____	Primera Opción _____
Segunda Opción _____	Segunda Opción _____

HEAD START PREESCOLAR MEDIO DIA (4 Horas) LUNES A JUEVES

UTAH

Center en Logan - 852 Sur 100 Oeste
 AM: 8:00 AM - 12:00 PM
 PM: 11:00 AM - 3:00 PM

Brigham City - 264 Norte 200 Oeste
 8:30 AM -12:30 PM

Hyde Park - 48 Norte 500 Oeste
 AM: 8:00 AM-12:00 PM
 PM: 11:30 AM-3:30 PM

IDAHO

Preston-Pioneer Elementary - 525 Sur 400 Este
 AM: 8:30 AM -12:30 PM
 PM: 11:00 AM - 3:00 PM

Malad - Malad Elementary - 450 Norte 300 Oeste
 8:00 AM-12:00 PM

Paris - Paris Elementary - 39 Fielding Street
 10:00 AM-2:00 PM

Richmond 6 west Main Street
 8:30 AM -12:30 PM

HEAD START PREESCOLAR DIA COMPLETO (6.5 Horas) LUNES A JUEVES

Smithfield- Sunrise Elementary - 225 Sur 455 Este
 8:30 AM-3:00 PM

Hyrum-Lincoln Elementary – 90 Sur Center St
 8:30 AM – 3:00 PM

Brigham City - 264 Norte 200 Oeste
 8:00 AM – 2:30 PM O 8:15 AM – 2:45 PM

Hyde Park- 48 Norte 500 Oeste
 8:00 AM -2:30 PM

Tremonton - 451 Oeste 600 Norte
 8:00 AM – 2:30 PM

Logan- 852 Sur 100 Oeste
 8:00 AM- 2:30 PM

EARLY HEAD START – LUNES A VIERNES 8:00 AM – 2:00 PM

Cache South Nest/Koop 670 Oeste 400 Sur

Cache North-Fish Pond 1300 Norte 200 Este

HEAD START PREESCOLAR Y EARLY HEAD START OPCIONES BASADOS EN EL HOGAR

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

POR FAVOR REVISAR & FIRMAR

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 leal saber y entender que toda la información es verdadera y correcta.
2. Entiendo además que estos servicios se pagan con fondos federales y que proporcionar intencionalmente información engañosa, inexacta o falsa podría resultar en serias consecuencias legales.
3. Entiendo que esta aplicación no está completa hasta que toda la documentación requerida se envié, revise y firme.

Firma de Padre/Guardián _____

Fecha _____

Firma de Padre/Guardián _____

Fecha _____

Personal (Imprime su nombre) _____

Fecha _____

Firma de Personal _____

STAFF USE ONLY
USO DE PERSONAL SOLAMENTE

This section is to be completed by the staff recruiter. Complete interview with parent, STAFF INITIAL next to those that apply and 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, acta de bautismo, tarjeta de Medicaid, O passaporte)
- _____ 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, SNAP, or Foster Placement form
Forma de SSI, TANF, SNAP, o colocación de hogar (Foster care)
- _____ Program Options/Preferences clearly marked
Los lugares preferidos estan claramente marcados
- _____ 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.
- _____ IEP or IFSP documentation
Documentacion de Desabilidad
- _____ Court Documentation for Non-Custodial Parent
Documentos de Corte

I, the parent, have completed this interview with a Bear River Head Start staff member. They have reviewed all information 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 ha revisado que toda la información presentado con mi aplicación. Al firmar este formulario, certifico a lo mejor de mi conocimiento que hay toda la información relativa a elegibilidad y 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, como representante de Bear River Head Start, he revisado y completado esta entrevista con el padre/guardián.

Staff Signature _____ **Date** _____
Firma del Personal *Fecha*