The Center
Early Childhood Programs
Lake County School District R-1

315 West 6th Street
Leadville, CO 80461

Phone 719 486-6928
Fax 719 486-9992

Head Start, Colorado Preschool Program, Tuition-Based Preschool and School Age Programs, Services for Children with Special Needs, Early Head Start

Early Head Start
Learning Begins at Birth

Early Head Start es un programa de visitas hogares diseñado para apoyarle como primer y más importante maestra de su niño(a). Usted es elegible para aplicar si usted está embarazada o tiene niños hasta tres años de edad.

Lo Siguiente Se Debe Incluir Con Su Solicitud:

- ☐ Certificado de Nacimiento de Nino(a)
- ☐ Registro de vacunas del niño(a) - Deben estar al día en las vacunas
- ☐ Tarjeta de seguro de salud – Seguro Privado, Medicaid, or CHP+
  Si no tiene seguro médico - por favor, recoger una solicitud con Jenny en la Oficina de Recurso de Familia
- ☐ CACFP (Programa de cuidado para Adulto y Nino) Formulario de elegibilidad
- ☐ Elegibilidad de Ingresos:
  * 1040 Formulario de Impuesto de 2017 o W-2 formulario de 2017
  * Talones de Cheque que representa un año de ingresos
  * Declaración del empleador por un año de ingreso
  * Documentación de un premio de TANF o SSI
  * Documentación del estado de acogida.

Una vez que haya completado y firmado esta solicitud, favor de traer los documentos justificativos requeridos a The Center o llame _____

Nota Por Favor: Esta aplicación está impresa en la parte delantera y trasera de la página.

Completar esta solicitud no garantiza a su niño(a) un lugar en el programa.

Sí, usted tiene cualquier pregunta, o si desea completar esta solicitud de asistencia, llame a Lisa 719-486-6925 o Jenny 719-486-6925 para español.

Fecha y Hora Recibida por la Oficina:	**Persona que recibió la aplicación:**

The Center Early Head Start
Lake County Schools
Solicitud para 2018-2019

Revisado 8/31/18

EARLY HEAD START

Por favor lea cuidadosamente las preguntas y proporcionar la información más precisa posible.	**USO DE OFICINA SOLAMENTE** Fecha de Matricula_____ Fecha de Entrada_____

Información de Nino(a)

Apellido	Nombre	Segundo Nombre	Apodo

Fecha de Nacimiento	Lugar de Nacimiento	☐ Hombre ☐ Mujer	

Vive con (marque todas las que apliquen): ☐ Mama ☐ Papa ☐ Ambos ☐ Pajera de la Madre ☐ Pareja de Papa ☐ Abuelos ☐ Acogida ☐ Otro _____	Si un padre no vive en el hogar del niño ¿tenemos permiso para contactar con ellos? ☐ Si ☐ No
¿Hay una orden judicial que afecta a su niño(a)? ☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, debe proporcionar una copia de detalles de orden-

Lengua / raza / etnia cuestionario

Idioma hablado en el hogar:	☐ Ingles ☐ Español ☐ Dos ☐ Otro :_____
Idioma principal de cartas enviadas a casa:	☐ Ingles ☐ Español ☐ Dos ☐ Otro :_____
Origen étnico: Por favor, marque uno.	☐ Origen Hispano o Latino ☐ Origen No Hispano o Latino
Raza: Por favor marque uno o más.	☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Isleno o Nativo Hawaiano ☐ Asia ☐ Blanco ☐ Negro o Afroamericano ☐ Otro :_____

Información de la Madre / Tutor

Nombre	Dirección de correo

Fecha de Nacimiento	Dirección física		

Contacto durante el día preferido	Teléfono de Casa	Celular o Mensaje	Dirección de correo electrónico

Empleadores	Dirección de Empleadores	Teléfono de Trabajo

¿Vive la madre con el niño? ☐ Si ☐ No	¿La madre tiene custodia legal? ☐ Yes ☐ No

Información de empleo de la madre: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Temporada ☐ Desempleados ☐ Búsqueda de empleo ☐ Ama de casa ☐ En capacitación para el trabajo o escuela ☐ Con Discapacidad ☐ Jubilado ☐ Activamente Desplegados Militares

Información sobre Educación de la madre: ☐ Menos de Diploma de escuela secundaria ☐ Diploma de Escuela secundaria o GED ☐ Algo de Universidad, profesional, AA/AS grado ☐ Grado de bachiller o universitario avanzado

Objetivos educativos de la madre:☐ GED clases ☐ Clases de inglés ☐ clases de Universidad ☐ clases para padres ☐ Otro

¿Fue la madre menores de 18 años al tiempo del nacimiento de este niño? ☐ Si ☐ No

¿Era la madre soltera en el momento del nacimiento de este niño? ☐ Si ☐ No

Firmas de Padres/Tutor

Firma de la Madre/Tutor	Fecha	Firma de Padre/Tutor	Fecha

Información de Padre / Tutor

Nombre		Dirrecion de Correo	
Fecha de Nacimiento	Dirección Física		
Contacto durante el día preferido	Teléfono de Casa	Celular o Mensaje	Dirección de Correo Electrónico
Empleadores	Dirección de Empleadores	Teléfono de Trabajo	

¿Vive el padre con el niño? ☐ Si ☐ No ¿El padre tiene custodia legal? ☐ Si ☐ No

Información de empleo del padre: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Temporada ☐ Desempleados ☐ Búsqueda de empleo ☐ Ama de Casa ☐ En capacitación para el trabajo o escuela ☐ Discapacidad ☐ Jubilado ☐ Activamente Desplegados Militares

Información de la educación del padre: ☐ Menos de Diploma de escuela secundaria ☐ Diploma de escuela secundaria o GED ☐ Algo de Universidad, profesional, AA/AS grado ☐ Grado de bachiller o universitario avanzado

Objetivos educativos del padre:☐ GED clases ☐ Clases de Inglés ☐ clases de Universidad ☐ Clases para Padres ☐ Otro

¿Fue padre menores de 18 años al tiempo del nacimiento de este niño? ☐ Si ☐ No

¿Era el padre soltero en el momento del nacimiento de este niño? ☐ Si ☐ No

Otros Cuidadores Adultos en Casa: ☐ Tutor ☐ Padrastro(a) ☐ Información de Conviviente (marca uno)

¿Es esta persona relacionada con el niño(a) o solicitante por sangre o a través de un matrimonio o una adopción? ☐ Si ☐ No

Nombre		Fecha de Nacimiento	
Contacto durante el día preferido	Teléfono de Casa	Celular o Mensaje	Dirección de Correo Electrónico
Empleadores	Dirección de Empleadores	Teléfono de Trabajo	

Información de empleo del cuidador: ☐ Tiempo Completo ☐ Tiempo Parcial ☐ Temporada ☐ Desempleados ☐ Búsqueda de empleo ☐ Ama de Casa ☐ En capacitación para el trabajo o escuela ☐ Discapacidad ☐ Jubilado ☐ Activamente Desplegados Militares

Lista de todos los demás miembros familiares no mencionados arriba que viven en su hogar y para quien usted es responsable por el cuidado y bienestar.

Nombre	Relación del Nino(a)	Fecha de Nacimiento	Está persona es relacionado con los padres del niño	¿Es esta persona apoyada por los ingresos de los padres?
			☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
			☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
			☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No
			☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

Número total de personas que viven en el hogar (incluyéndote a ti) que proporcione apoyo financiero.

The Center respeta y protege la privacidad de su familia. La información que usted proporciona en este paquete de inscripción se utilizará para determinar la elegibilidad para programas y servicios de usted y no será compartida sin su permiso.
Entiendo que esta es una aplicación para los servicios que puede ser pagado con fondos del gobierno y que proporcionar intencionalmente información falsa, inexacta que puede resultar en mi niño(a) siendo terminado de programa.
*** Entiendo que esto es sólo una aplicación y no garantiza la inscripción en el programa ***

Firmas de Padres/Tutor

Firma de la Madre/Tutor	Fecha	Firma de Padre/Tutor	Fecha

Consideraciones especiales (marque los que correspondan a su domicilio y añadir cualquier información adicional que le gustaría proporcionar).	
☐ Preocupaciones del desarrollo.	☐ Habla / preocupación de lengua
☐ Abuso de sustancias	☐ Miembro de la familia encarcelado
☐ Violencia familiar / abuso	☐ Familia en crisis
☐ Niño fuera de casa colocación	☐ Previamente en Head Start
☐ Referencia de la Agencia Nombre de agencia:_____	☐ Otro- (Por favor describa):

Cuestionario de residencia del niño

Este cuestionario se pretende abordar la McKinney-Vento Homeless Educacion Assistance Improvements Act 42 USC 11435. Las respuestas a esta información de residencia ayudan a determinar los servicios que el niño puede ser elegible para recibir.

1. ¿Cuántas veces tiene tu familia / niño que se mudan en los últimos 3 años? _____
2. ¿Su dirección actual es un arreglo de vivienda temporal? ☐ Si ☐ No
3. ¿Es este arreglo de vivienda temporal debido a la pérdida de penuria económica o vivienda? ☐ Si ☐ No

Si usted contestó que SI a las preguntas arriba, por favor, complete el resto de esta sección.
Si contestó NO, usted puede saltarse la siguiente sección.

¿Dónde el niño actualmente vive? (Marque una caja)		
	☐ En un motel o hotel	☐ En un refugio de emergencia o de transición
	☐ En espera de colocación de cuidado adoptivo	☐ Con más de una familia en una casa o apartamento
	☐ Abandonado en un hospital	☐ Mover de un lugar a otro
	☐ En un lugar no diseñado para ordinario plazas, como un coche, parque, edificio abandonado o camping	

Reportes de negligencia y maltrato infantil por mandato

Esto es para informarle que todos los empleados de The Center de los Programas de Primera Infancia están obligados por Ley de Estado que informe todos los casos de presunto abuso o descuido al Departamento de Servicios Humanos de Condado de Lake. Este organismo visitará The Center para evaluar las circunstancias, y si es abuso o negligencia, y si el niño se siente en peligro de más abuso o negligencia, el Departamento de Servicios Humanos llamará a las autoridades judiciales y solicitud que tomaran el niño en custodia protectora, y le notificará de los pasos que debe seguir.

Iniciales de los padres _____

Firmas de Padres/Tutor

*** Entiendo que esto es sólo una aplicación y no garantiza la inscripción en el programa ***

Firma de la Madre/Tutor	Fecha	Firma de Padres/Tutor	Fecha

Publicación de Información

Doy permiso para los Programas de Primera Infancia de The Center para el intercambio de información con los siguientes socios de la comunidad con el fin de prestar los mejores servicios para mi niño y su familia. Esta autorización continuará en vigor hasta revocado por mí en la escritura y una copia o fax ejercerán en su lugar. Esto incluye el permiso para copiar, publicar o discutir información con el fin de facilitar la comunicación interinstitucional en la prestación de servicios a mí y a mi familia. **Iniciales de los padres** _____

• Distrito Escolar de Condado de Lake	• Programa de Alfabetización Familiar
• Departamento de Servicios Humanos de Condado de Lake	• Coordinador de Proveedor de Servicios Discapacidad
• Agencia de Salud Pública de Condado de Lake	• WIC Programa de Nutrición
• Proveedores de atención médica y dental de mi niño(a)	• Salud de SolVista

Publicación de Foto y Video

☐ Si ☐ No	Autorizo a los Programas de Primera Infancia de The Center para fotografía o fotografías de permiso para tomar y para la filmación del video de mi niño(a) nombrado arriba. Las fotos o vídeos pueden ser publicadas en The Center, publicados en el boletín, en sitio web de The Center o páginas de redes sociales, medios de comunicación o utilizados en materiales de promoción para estos programas.

Información Medico y Dental

¿Tiene usted un médico que proporciona atención prenatal o atención regular de la salud de su nino?
☐ **Si** ☐ **No**

Nombre del Proveeddor_____**Direccion**_____**Telefono**_____

¿Tienes cobertura médica o seguro? ☐ **Si (favor de traer la tarjeta para hacer una copia)** ☐ **No**
"Sí" Qué tipo ☐ **Medicaid ID#** _____
☐ **CHP+ ID#** _____
☐ **Seguro Privado Nombre de la empresa * política #**_____
¿Su seguro incluye cobertura dental? ☐ **Si** ☐ **No**
Si "No", pedir por favor una solicitud para Medicaid y CHP +. La asistencia está disponible para ayuda con la forma

¿Ha sido visto por un dentista su niño? ☐ Si ☐ No
¿Cuándo fue la última cita con el dentista de su niño?_____
Por favor indique al dentista recomendado: para el cuidado dental de su niño:

Nombre de Dentista_____ Dirección_____ Teléfono_____

Antecedentes y Preocupaciones Especiales

¿Su niño ver a un especialista médico por cualquier razón? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, por favor explica: _____

Nombre de Especialista_____ Dirección_____ Teléfono _____

¿Su niño ha tenido una lesión grave, accidente, su niño se ha hospitalizado o tenido cirugía? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, por favor explica: _____

¿Su niño es siendo tratado por una condición de salud mental, médica o incapacitante? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, por favor explica: _____

¿Su niño está tomando actualmente algún medicamento o es necesario cualquier procedimiento médico? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, que tipo? _____

¿Este medicamento o procedimiento médico se dará en la escuela? ☐ Si ☐ No
Nota: Un autorización por escrito del médico es necesario antes de cualquier medicación / o procedimiento se puede dar en la escuela.)

¿Hay problemas de salud o las condiciones que afectan a su niño en la escuela o limitar las actividades? ☐ Si ☐ No
en caso afirmativo, por favor explica: _____

Vacunas

¿Su niño está al día en sus vacunas? ☐ Si ☐ No
(Nota : Una copia de los registros de vacunas de su niño o una declaración firmada de exención debe estar en el archivo)

Discapacidad

¿Su niño tiene una discapacidad diagnosticada? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, ¿qué es la discapacidad?_____

¿Su niño está en un plan de Servicios Familiar Individuo (IFSP)? ☐ Si ☐ No
En caso afirmativo, ¿para qué es el IFSP?_____

¿Tienes otras preocupaciones sobre otros niños de su familia que tenga retrasos y discapacidades? ☐ Si ☐ No
¿Te gustaría que The Center referirle al programa de intervención temprana de Child Find para ayudar con sus inquietudes?
☐ Si ☐ No

Iniciales de los padres _____

Preocupación Médicos y Problemas de Salud del Niño(a)

Su niño ahora sufren o sufrieron en el pasado de: (por favor marque todas las que aplican).

☐ Asma ¿Su niño requiere un inhalador o nebulizador en la escuela? ☐ Si ☐ No ¿Cuáles son las causas del asma?	☐ Problemas Visuales (Dificultad para ver, dolores de cabeza, usa gafas)	☐ Problemas de Oir (Audífonos, dificultad oir, frecuentes dolores de oído, los tubos en los oídos)
☐ Problema de la Piel (Eczema, urticaria, etcétera.)	☐ Hueso, Articulación o músculo lesión o enfermedad de hueso	☐ Problemas del habla (Difícil de entender, hablo tardío)
☐ Neumonía/RSV	☐ Cáncer	☐ Enfermedad del riñón
☐ Desorden de la sangría	☐ Anemia o Anemia de células falciformes	☐ Reflujo esofágico gastro (GER)
☐ Diabetes	☐ Ataques/convulsiones	☐ Meningitis
☐ Hepatitis	☐ Enfermedades del corazón	☐ Leucemia
☐ Fiebre reumática	☐ Fiebre frecuente	☐ Problemas de los Sinos
☐ Problemas ortopédicos	☐ El envenenamiento por plomo	☐ Tuberculosis
☐ Dolores de estómago frecuentes, indigestión o vómitos	☐ Estreñimiento, diarrea, urinal frecuente o dolorosa	☐ Encantos de desfallecimiento
☐ Tos ferina	☐ Problemas para masticar o tragar	☐ Humo de segunda mano
☐ Usa pañales o pull ups	☐ Otro:	

¿Este niño alguna vez se desmayó durante el esfuerzo físico extremo?	☐ Si ☐ No
¿Alguien de la familia ha sufrido una muerte repentina, inexplicada antes de los 50 años?	☐ Si ☐ No

Por favor explique las preocupaciones enumeradas arriba:

Firmas de Padres/Tutor

* Entiendo que esto es sólo una aplicación y no garantiza la inscripción en el programa *

Firma de la Madre/Tutor	Fecha	Firma de Padre/Tutor	Fecha