



DELTA HEAD START/EARLY HEAD START

308 SW 2nd
Lindsay, OK 73052
405-756-1100
Fax 405-756-1104



Delta Community Action
Karen Nichols, Directora Ejecutiva

Sharon Horton
Directora de Head Start/Early Head Start

Solicitud de Elegibilidad Delta Head Start/Early Head Start

Delta Head Start ofrece un programa pre-escolar gratis y servicios exhaustivos a niños elegibles de 3 y 4 años de edad y a sus familias.

Delta Early Head Start ofrece servicios exhaustivos a mujeres embarazadas, bebés y niños elegibles y a sus familias.

Por favor llene esta solicitud en su totalidad y con exactitud. Toda la información se mantendrá estrictamente confidencial. Se utilizará para determinar si su familia es o no elegible para recibir los servicios de Head Start/Early Head Start y para darle prioridad a su solicitud.

Si tiene alguna pregunta sobre esta solicitud, o si necesita ayuda para llenarla, por favor llámenos al (405) 756-1100 o al (580) 255-5571. ¡Con gusto le ayudaremos!

LAS SOLICITUDES INCOMPLETAS NO PUEDEN SER PROCESADAS

Cuando recibamos su solicitud, la revisaremos y le haremos saber si su familia califica o no para el programa de Delta Head Start/Early Head Start o si necesitamos más información. Por favor infórmele a algún empleado conocido de Delta Head Start/Early Head Start de cualquier cambio de número de teléfono, dirección y/o interés en nuestro programa.

Esta solicitud será un documento añadido permanentemente al expediente de inscripción de su hijo si es aceptado en el programa de Head Start/Early Head Start.

Por favor añada a esta solicitud, la siguiente documentación:

- 1. Acta de Nacimiento Emitida por El Estado**
- 2. Record Actual de Vacunas**
- 3. Verificación de Ingresos de su Familia**
- 4. Tarjeta de Seguro Social (si está disponible)**

Después de terminar de llenar su solicitud, por favor llévela o envíela por correo a la siguiente dirección:

Delta Head Start/Early Head Start
308 SW 2nd
Lindsay, OK 73052

O puede entregarla a su Centro de Delta Head Start/Early Head Start local.

Información del Niño/Participante:

Nombre del Niño/Participante _____ Sexo: Femenino _____ Masculino _____
(Primer Nombre) (Inicial del SN) (Apellido)
 Dirección Postal _____ Dirección de Correo electrónico _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____
 Fecha de Nacimiento _____ Idioma: Ingles _____ Español _____ Otro _____ Raza/Etnicidad _____
(Por favor adjunte verificación) (Por favor especifique)

¿Están al corriente las vacunas del niño? Si No (Por favor proporcione documentación del record de vacunas o documentación de excepción).

SI USTED ESTA EMBARAZADA: ¿Cuándo dará a luz? (mes/año): ____/____ ¿Recibe servicios prenatales? Si No

¿Tiene alguna inquietud sobre la salud/desarrollo del niño? No Si Explique su inquietud: _____
(Por favor adjunte documentos médicos)

¿Han declarado a su niño elegible para recibir servicios especiales de educación u otros servicios similares por Local Education Agency (LEA) o Sooner Start? No Si (por favor circule el indicado) I.E.P Adjunto Si No IFSP Adjunto Si No

¿Ha sido el niño diagnosticado con algún problema médico o biológico? No Si explique: _____

INFORMACIÓN FAMILIAR:

MADRE/TUTOR LEGAL

PADRE/TUTOR LEGAL

Nombre		
¿Los padres viven en la misma casa que el niño?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Si los padres no viven en la misma casa que el niño, por favor proporcione dirección y número de teléfono.	Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____	Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____ Teléfono _____
Fecha de Nacimiento		
¿De cuál etnicidad se considera usted?	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano o no-Latino	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano o no-Latino
¿De cuál raza se considera usted? (cheque solo una)	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indio Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra /Afro Americana <input type="checkbox"/> Hispana o Latina <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiana o Isleña del Pacifico <input type="checkbox"/> Biracial/Multirracial u Otra (Especifique) _____	<input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Indio Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra /Afro Americana <input type="checkbox"/> Hispana o Latina <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiana o Isleña del Pacifico <input type="checkbox"/> Biracial/Multirracial u Otra (Especifique) _____
Idioma (s) Primario:	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
Idioma (s) Secundario:	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro _____
Su habilidad para hablar Ingles:	<input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No Muy Bien <input type="checkbox"/> Nada en lo Absoluto	<input type="checkbox"/> Muy Bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No Muy Bien <input type="checkbox"/> Nada en lo Absoluto
Estado de Ocupación Principal (Marque solo uno):	<input type="checkbox"/> Tiempo completo (30 o más horas semanales) <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo (29 horas o menos) <input type="checkbox"/> Programa de Entrenamiento con salario <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> No trabaja debido a discapacidad <input type="checkbox"/> Auto-Empleado (especifique) _____	<input type="checkbox"/> Tiempo completo (30 o más horas semanales) <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Medio tiempo (29 horas o menos) <input type="checkbox"/> Programa de Entrenamiento con salario <input type="checkbox"/> Ama de Casa <input type="checkbox"/> No trabaja debido a discapacidad <input type="checkbox"/> Auto-Empleado (especifique) _____
¿Horario de Trabajo?	De las: _____ A las: _____ Días: L M M J V S D	De las: _____ A las: _____ Días: L M M J V S D
¿Inscrito en la escuela?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si El horario es de las: _____ A las: _____ Días: L M M J V S D ¿Donde? _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si El horario es de las: _____ A las: _____ Días: L M M J V S D ¿Donde? _____
Nivel más alto de Educación consumado: (Por favor circule)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 ¿Diploma/GED de High School? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Universidad? 1 2 3 4 5+	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 ¿Diploma/GED de High School? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Universidad? 1 2 3 4 5+

Ingresos de la Casa: Incluya los ingresos de todos los miembros en casa que contribuyen con el sustento del niño arriba mencionado.

Debe proporcionar su constancia de ingresos. La constancia de ingresos puede ser, (pero no se limita a), la siguiente: talón de cheques, carta de empleo escrita por su empleador, TANF, manutención alimenticia, becas/ayuda gubernamental universitaria, SSI, pensión, y/o subvención de cuidado adoptivo temporal.

Clase de ingresos presentado: talón de cheques Forma W-2 Carta de Empleo Manutención Alimenticia

Sustento Familiar Income Taxes Individuales 1040 SSI TANF Otro _____
(Por favor especifique)

Tamaño de Familia

Para poder procesar la solicitud de su niño, necesitamos saber cuántas personas viven en su casa y son sustentadas por los padres/tutores del niño solicitando entrar al programa.

¿Cuántos adultos hay en su hogar? _____ ¿Cuántos Niños? _____

Por favor liste a todas las personas que viven en la misma casa que el niño. (hermanos/as, tíos/as, abuelos, etc.)

NOMBRE	SEXO	Fecha de Nacimiento	PARENTESCO CON EL NIÑO	¿Esta persona es sustentada con los ingresos de los padres/tutores del niño?
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
				<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Clase de Familia:

Madre Soltera Padre Soltero Ambos Padres Cuidado Adoptivo Temporal
 Otro Tipo de Familia: Especifique _____ Abuelo/a(s) u otros parientes

¿La familia del niño está actualmente sin vivienda? (Incluye familias viviendo temporalmente en un albergue, hotel, o vehículo; o que se mudan frecuentemente entre casas de familiares o amigos)

No Si. Si respondió que sí, cuánto tiempo tiene su familia sin un lugar propio donde vivir: _____?

Clase de Servicios o Asistencia Financiera que Reciben (Marque todos los que apliquen): WIC TANF

Estampillas de Comida Tribu Subvención de Cuidado Adoptivo Temporal Social Security Income (SSI)

Asistencia para pagar la Guardería Asistencia Médica (Soonercare)

¿Podrá llevar a su hijo y recogerlo de Head Start? _____. Si no, como o quien llevara al niño y lo recogerá de Head Start?

_____.

CLASE DE OPCIÓN DE PROGRAMAS EN QUE ESTA INTERESADO: (Favor de marcar solo uno)

Opción de Programa de Head Start

Programa Head Start | Este programa ofrece servicios para niños de 3 y 4 años de edad en un centro escolar.

Opción de Programa de Early Head Start

Opción de Programa Basado en el Hogar | Este programa ofrece visitas semanales al hogar, socializaciones en grupo dos veces al mes donde interactúa el niño con otros niños en un ambiente tipo escolar y Grupos de Padres. Tenemos cuidado de niños disponible y aperitivos para todos los grupos durante las socializaciones.

Opción de Programa de Día Completo | Esta opción es para familias trabajando o yendo a la escuela que necesitan cuidado de niños el día completo. Este programa ofrece servicios a niños de 6 semanas de nacidos a 3 años de edad y los días de operación son de Lunes-Viernes. Las familias tienen visitas al hogar y conferencias de padres y maestros. Se requiere constancia de empleo o inscripción escolar para esta opción.

Programa Prenatal | Este programa ofrece visitas al hogar durante el embarazo para ofrecer educación y apoyo. Una vez que el bebe cumpla 6 semanas de nacido él/ella automáticamente es inscrito en uno de los programas anteriormente mencionados si cumple los requisitos de elegibilidad.

Circunstancias Especiales

Si usted desea, por favor describa cualquier circunstancia especial que su familia este enfrentando.

Yo certifico que los ingresos e información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender.

Firma del Padre/Tutor _____ **Fecha** _____

Gracias por su interés en el programa Delta Head Start/Early Head Start!

AGENCY USE ONLY

Interviewed by: _____

Center Applying For: _____

Head Start Early Head Start Pregnancy Program

Documentations: Staff check off the documents received.

Income Verifications _____

Immunization Record _____

State Certified Birth Certificate _____

Documentation of Disability/Medical Condition (if applicable) _____