



El Programa Head Start Temprano de Summit County

Gracias por su interés en Head Start Temprano.

El programa Head Start Temprano va a servir **niños de nacimiento hasta 3 años, incluyendo mujeres embarazadas**, provenientes de **familias de bajos recursos**. Head Start Temprano trabaja conjuntamente con las familias y la comunidad con el fin de proveer: educación, visitación a la casa, guardería, servicios de salud para los niños y servicios de autosuficiencia para las familias. El programa Head Start Temprano de Summit County es una sociedad entre el gobierno del Condado de Summit, el distrito escolar del Condado de Summit, Opciones para la niñez temprana y el centro para Familias Interculturales y trabajamos juntos con guarderías y niñeras licenciadas en esta comunidad.

Como parte del proceso de reclutar niños(as) y sus familias que reúnen los requisitos necesarios para el programa de Head Start Temprano, es necesario que se presenta la siguiente información para continuar con el proceso de elección.

- Solicitud de Head Start Temprano
- Consentimiento Ínter-agencia
- Verificación salarial que debe de incluir información por **12 meses**:
 - Solicitud de Verificación de Ingresos
 - Verificación de Empleo e Información de Ingresos
 - Reporte de impuestos (*tax form 1040*)
 - Formularios W-2
 - Talones de cheques que incluyen ingresos totales por el año
- Formulario del chequeo medico
- Fotocopia de la carta de vacunas
- Fotocopia de la acta de nacimiento
- Fotocopia de seguro social de niño(a) (solamente si nació en este país)

El Programa Head Start Temprano acepta solicitudes todo el año. Cupos de visitas semanales y cupos en guarderías de día completo y año completo están disponibles para familias con padres que trabajan o están inscritos en programas de entrenamiento o escuela.

Favor enviar la información necesario a nuestra oficina lo mas pronto posible. Tenemos que tener toda la información para su entrevista inicial. Si tienes alguna pregunta o deseas más información favor contactar a:

Sheila Groneman
Director
970-513-1170 ext. 310

Family Engagement Specialists
Jason Read 970-513-1170 x 311
Lisa Venz 970-513-1170 x 303

Emily Schwier
Program Assistant
970-513-1170 ext. 308

Summit County Early Head Start Program
PO Box 497 Dillon, CO 80435
330 Fiedler Ave, Suite 209
Fax 468-7923



Consentimiento Inter-agencia

Summit County Early Head Start
PO Box 497, Dillon, CO 80435
970-513-1170 x303
Family Service Coordinator

Le otorgo permiso al programa Head Start Temprano y a las siguientes agencias a intercambiar información pertinente para el suministro de servicios para mi y mi familia. Esta autorización continua en vigencia hasta que la revoque con mi puno y letra.

La fotocopia o fax de ésta autorización se puede utilizar en lugar del documento original, e incluye permiso para fotocopiar, rebelar, o discutir información con el propósito de facilitar la coordinación entre agencias con el fin de brindar servicios tanto a mí como a mi familia.

Marque las agencias:

- El Programa Head Start Temprano de Summit County
- Guarderías del programa Head Start incluyendo *Summit County Preschool* y niñeras licenciadas
 - Estos programas ofrecidos por nuestros compañeros del departamento de salud y enfermería pública
 - WIC, Mujeres, Infantes y Niños
 - Nurse Family Partnership*
 - Estos programas ofrecidos por nuestros compañeros de *Family and Intercultural Resource Center*
 - El Programa de Familias Unidas
 - El programa de Apoyo Comunitaria
 - Estos programas ofrecidos por nuestros compañeros del *Health and Human Services*
 - CCAP – Programa de asistencia para guardaría
 - Early Intervention Colorado (Part C)*
- Colorado Child Health Plan (CHP+) _____
- Proveedor de salud mental _____
- Proveedor de servicios dental _____
- La Clínica Comunitaria (Summit County Community Care Clinic) _____
- Otros: _____

Nombre del niño: _____

Firma de Personal _____
↑ (Explique la propósito de esta formulario al la persona que le firmo)

Imprimir Nombre: _____

Firma de Padres: _____

Fecha: _____



Programa Head Start Temprano 2011

(Toda la información que Usted nos da es CONFIDENCIAL y solo la utilizamos para determinar selección apropiada)

Nombre del pequeño/a _____ Fecha de Nacimiento _____
Nombre Segundo nombre Apellidos Genero (niño o niña)

Teléfono de la casa _____ Otro teléfono donde se puede dejar un mensaje _____

Dirección de correos _____ Ciudad _____ C.P. _____

Domicilio _____ Ciudad _____ C.P. _____

Opciones para visitación a la casa:

Visitación semanal a la casa con una educadora para padres

Opciones para guardería:
(espacio es limitado)

Guardería de día completo en un centro de guardería licenciada
 Guardería de día completa en una niñera licenciada

Marque según corresponda: Los 2 padres de familia (encargados del sostén de la familia) Padre/Madre Soltera

Madre/Tutora (*Circule una*) Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

¿Vive con el pequeño/a? No o Si Anotar dirección si es que no vive con el pequeño/a _____

¿Empleado? No o Si (*Circular una*) Empleo/Donde _____ Numero telefónico (empleo) _____

Salario: _____ Neto mensual

¿Ud. esta embarazada? **No Si** ¿Cuándo espera el nacimiento? _____ ¿Es su primer hijo? **No Si**

Padre/Tutor (*Circule una*) Nombre _____ Fecha de nacimiento _____

¿Vive con el pequeño/a? No o Si Anotar dirección si es que no vive con el pequeño/a _____

¿Empleado? No o Si (*Circular una*) Empleo/Donde _____ Numero telefónico (empleo) _____

Salario: _____ Neto mensual

INFORMACIÓN FAMILIAR: NUMERO TOTAL DE LOS OTROS HIJOS QUE VIVEN CON EL PEQUEÑO/A: _____

Nombre _____	Genero _____	Cumpleaños _____	Parentesco _____
Nombre _____	Genero _____	Cumpleaños _____	Parentesco _____
Nombre _____	Genero _____	Cumpleaños _____	Parentesco _____
Nombre _____	Genero _____	Cumpleaños _____	Parentesco _____
Nombre _____	Genero _____	Cumpleaños _____	Parentesco _____

En el mejor de mis conocimientos, la información que les estoy dando es verídica. Yo comprendo y me doy por enterado que si la información que yo provea no es honesta y verdadera la misma impactara negativamente los resultados de colocación en el programa.

Firma del Padre/Tutor

Fecha



1. Por favor anotar si la familia del pequeño esta viviendo bajo alguna de estas circunstancias:

Hotel/motel _____ Refugio/Albergue _____ Hogar temporal _____ Trailer/Lote/Carro _____
Con amigos o familiares por falta de ingresos _____

2. ¿Hay alguna circunstancia en su hogar en donde el pequeño/a sea expuesto al abuso o violencia domestica?
No Si

3. ¿Hay alguna circunstancia en su hogar donde el pequeño/a sea expuesto al abuso de alcohol o drogas?
No Si

4. ¿Al nacimiento del pequeño/a la mama o papa eran menores de 18 años de edad y sin casarse?
No Si

5. ¿Hay alguno de los padres (mamá o papá) que no haya completado la preparatoria o su equivalente?
No Si

6. ¿Su familia se ha tenido que cambiar del lugar donde vivían por algún tipo de problemas en el último año?
No Si ¿Cuantas veces? 1 2 3 o mas

7. ¿Usted o alguien mas cree que el pequeño/a tiene problemas al comunicarse y con su habla?
No Si Si usted puso que si, por favor explique mas detalladamente

8. ¿Su pequeño/a habla Ingles?
No Si

9. ¿Su hijo recibe algún tipo de ayuda o servicio estatal o gubernamental?
No Si Si usted puso que si por favor marque cual:

WIC CHP TANF MEDICAID CHILD PROTECTION FOSTER CARE
SOCIAL SERVICES CCAP FAMILIAS UNIDAS HEAD START

Si su hijo/a es aceptado en este programa usted va a necesitar mostrar los documentos necesarios.

10. ¿Que tipo de seguro medico tiene su hijo/a? MEDICAID CHP+ Seguro Privado

11. Si su pequeño/a tiene hermanos/as mas grandes, ¿Ellos reciben lunch/almuerzo gratis o de pago reducido?
No Si

12. ¿Usted o alguien mas tiene alguna preocupación referente al comportamiento de su hijo/a?
No Si Si usted dijo que si, por favor explique detalladamente

13. ¿Usted o alguien cercano tiene algún problema medico, el cual podría afectar a su pequeño/a al estar en una escolar?
No Si Si usted dijo que si, por favor explicar detalladamente

La información que yo daré en esta aplicación es precisa y verídica. Yo le doy al Programa Head Start del Summit County y las otras agencias especificadas el permiso de intercambiar entre ellos la información de esta aplicación para que me puedan proveer de servicios tanto a mi hijo/a como a mi familia. Esta autorización continuara hasta que yo haga una revocación por escrito. Finalización de esta solicitud no garantiza selección por servicio.

Firma del Padre/Totur(a)

Fecha



SOLICITUD para VERIFICACION de INGRESOS

Los ingresos de la familia deben ser verificado por el personal de Head Start antes de determinar se el niño es elegible para participar en el programa.

Ingresos Incluyen: Sueldos salarios antes de deducciones, la unidad reesfuerzo para manutención de los niños (*Child Support*), asistencia publica (*TANF*), pagos de desempleados, pagos de seguro social, pensión, pagos de asistencia emergencia, pagos por entrenamiento, pagos familiares militares, subsidios, becas por colegios o universidades, dividendos & interés.

Padre(s) o Tutores, por favor anote Todos trabajos de los últimos 12 meses:

Nombre de Empleo		Relación al Niño	
Empleador #1	Dirección		
Dolares/hora \$	Horas/semanal	Días/semanal	
Fecha de Comienzo	Fecha de Terminación		
Empleador #1	Dirección		
Dolares/hora \$	Horas/semanal	Días/semanal	
Fecha de Comienzo	Fecha de Terminación		

Nombre de Empleo		Relación al Niño	
Empleador #1	Dirección		
Dolares/hora \$	Horas/semanal	Días/semanal	
Fecha de Comienzo	Fecha de Terminación		
Empleador #2	Dirección		
Dolares/hora \$	Horas/semanal	Días/semanal	
Fecha de Comienzo	Fecha de Terminación		

MUY IMPORTANTE:

Deben de proveer uno o más de los siguientes documentos de **TODOS** los trabadores que apoyan el niño.

- Formulario 1040 (reporte de impuestos)
- Formularios W-2
- Talones de cheques con totales anuales (GYTD) por un año (doce meses)
- Carta escrito por el empleador (formulario de Verificación de Empleo & Información de Ingresos incluido)
- Documentación que indica que recibe asistencia publica.

El periodo de tiempo para ser considerado elegible es de doce (12) meses inmediatamente precediendo al mes en el cual la solicitud o resolicitud para la inscripción del año se ha hecho al programa Head Start, o para el niño de calendario inmediatamente precediendo al calendario en el cual la solicitud o resolicitud es hecha, cualquiera refleje mejor las necesidades actuales de la familia.

Por la presente certifico que la información en la parte superior es verdadera y completa en lo mejor de mi conocimiento al momento.

Firma(s) de Empleado(s)

Fecha



**Programa Head Start de Summit County
Verificación de Empleo y Información de Ingresos**

Tráelo este formulario al empleador para completarse

Por la presente autorizo la verificación de mi empleo como así también mis ingresos por intermedio del Programa Head Start del Condado de Summit en orden de calificar para ayuda financiera para guardería

Nombre del Empleado: _____

Firma: _____ Fecha: _____

TO BE COMPLETED BY EMPLOYER

The above signed employee has applied to the Summit County Head Start program. Guidelines require employer verification of employment and income information.

Please indicate below the employee's:

Start Date: _____ End Date (If no longer employed) _____

Position: _____

Full Time Part Time Year Round Seasonal Dates: Begin _____ End _____

Income Information: \$ _____

Hourly Weekly Bi-weekly Monthly Annual

Bonuses, tips, commissions, other _____

Employment Schedule: _____ hours per week _____ hours per month
_____ weeks per year _____ contract labor
_____ day labor _____ shared work

I arrange this employee's schedule to accommodate other jobs.

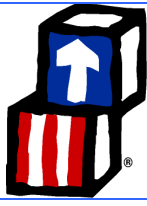
I hereby certify that the above information is true and complete to the best of my knowledge at this time.

Employer's Signature: _____ Date: _____

Name & Title: _____

Company: _____ Phone: _____

**Please send or fax to Summit County Head Start Program Po Box 2230 Dillon, CO 80435
Phone: 970-513-1170 x310 or 311 Fax: 970-468-7923**



Summit County
Early/Head Start

PO Box 497, Dillon, CO 80435
970-513-1170 x311
Fax: 970-468-7923

Tráelo este formulario al médico para completar
CHILD'S HEALTH STATUS FORM

Dear Physician:

The completion of this statement is necessary for this child to be enrolled in Head Start.

Today's Date _____

Child's Name _____ Sex _____ DOB _____

Address _____

PO Box

Town

Physical Address

Mother or Guardian's Name _____

Father or Guardian's Name _____

Date of most recent or current health exam _____

*****Required by Head Start at ages 12 months and ages 3 and 4**

***HEMATOCRIT: _____

***Lead Screening/Assessment Date _____ Result _____

Height _____ Weight _____ (all children)

If Tuberculin test give; Date _____ Result _____

If Chest X-ray given; Date _____ Result _____

Surgery, Accidents, Illnesses, Chronic or Handicap Problems: _____

Physical findings (include vision and hearing): _____

Need for medication or special diets? _____

Comments and recommendations to program personnel: _____

Physician's Name _____

Physician's Signature _____ Date _____

Physician's Telephone Number _____

Physician's Address _____

PO Box

Town

Zip

Please attach an actual copy of the physical exam
and current Immunization Record