



Gracias por su interés en Head Start.

Al condado de Summit se le ha concedido un subsidio con el propósito de servir a **35 niños y niñas entre las edades de 3-5 años**, provenientes de **familias de bajos recursos**. Head Start trabaja conjuntamente con las familias y la comunidad con el fin de proveer: educación preescolar, servicios de salud para los niños y las niñas, y servicios de autosuficiencia para las familias. Nuestro programa de Head Start es una sociedad entre El Gobierno del Condado de Summit, El distrito escolar del Summit, Opciones para la niñez temprana, y El Centro para Familias Interculturales. **A las familias con necesidades especiales se les aconseja solicitar.**

El Programa Head del Condado de Summit se enorgullece de trabajar con un modelo integrado en las aulas de pre-escolar del Distrito Escolar y programas basados en la comunidad. El Programa se enfoca en la importancia de la iniciación del niño(a), juego creativo, manos puestas al descubrimiento, y una constante exposición a actividades apropiadas para estimular desarrollo de cada niño(a).

**Como parte del proceso de reclutar niños(as) elegibles y sus familias para el curso lectivo del 2011-2012, es necesario que presente la siguiente información para que se continúe el proceso de elección.**

- Solicitud para Head Start
- 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 la tarjeta del seguro social de niño(a) (solamente si nació en este país)

Head Start recibe aplicaciones durante todo el año, pero actualmente las estamos analizando para la matricula del curso lectivo del 2011-2012. Programas de día completa son por familias que trabajan.

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 Specialist**  
**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 Head Start Program  
PO Box 497 Dillon, CO 80435  
330 Fiedler Ave, Suite 209  
Fax 468-7923



# Consentimiento Inter-agencia

Summit County Head Start  
PO Box 497, Dillon, CO  
80435  
970-513-1170 x311  
Family Service Coordinator

Le otorgo permiso al programa Head Start y a las siguientes agencias a intercambiar información pertinente para el suministro de servicios para mí 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 de Summit County
- Todos los programas que operan en las escuelas primarias de Dillon Valley, Silverthorne, Upper Blue, y Summit County Preschool
  - Estos programas ofrecidos por nuestros compañeros al departamento de salud y enfermería pública
  - WIC, Mujeres, Infantes y Niños
  - Nurse Family Partnership
- Estos programas ofrecidos por nuestros compañeros al *Family and Intercultural Resource Center*
  - El Programas Familias Unidas
  - El programa de Apoyo Comunitaria
- Estos programas ofrecidos por nuestros compañeros al *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 el propósito de esta formulario a la persona que le firmo)

Imprimir Nombre: \_\_\_\_\_

Firma de Padres: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_



**SOLICITUD PARA PREESCOLAR  
2011-2012**



**(Toda la información que usted nos da es CONFIDENCIAL. Solo se utilizara para poder determinar que es lo más adecuado en cuanto a la colocación de su pequeño/a en nuestros programas.)**

Nombre del pequeño/a \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
Nombre Segundo nombre Apellidos Genero (niño o niña)  
 Teléfono de la casa \_\_\_\_\_ Otro teléfono donde se pueda dejar un mensaje \_\_\_\_\_  
 Dirección de correos \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_  
 Domicilio \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ C.P. \_\_\_\_\_

Programas (marque cual le interesa):

**Escuela preferida:**

- Dillon Valley
- Upper Blue
- Silverthorne
- Frisco
- Summit Cove

**Programa preferida:**

- Medio Día** Martes - Viernes 8:45-11:45 o 12:50-3:50
- Día Completa** Martes - Viernes 8:45-3:50
- Cualquier**

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

Madre/Tutora ( <i>Circule una</i> ) 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 ( <i>Circular una</i> ) Empleo/Donde _____ Numero telefónico (empleo) _____ Salario: _____ Neto mensual *info. necesaria si se aplica para CPKP o Head Start. Puede ser que se necesite documentación en un futuro.
Padre/Tutor ( <i>Circule una</i> ) 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 ( <i>Circular una</i> ) Empleo/Donde _____ Numero telefónico (empleo) _____ Salario: _____ Neto mensual *info. necesaria si se aplica para CPKP o Head Start. Puede ser que se necesite documentación en un futuro.

INFORMACIÓN FAMILIAR: NUMERO TOTAL DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA 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 alguno de los padres (mama o papa) eran menores de 18 años 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 Distrito Escolar del Summit al igual que a Head Start 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.

---

Firma del Padre/Tutor

---

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 _____	Direccion _____
Dolares/hora \$ _____	Horas/semanal _____
Fecha de Comienzo _____	Fecha de Terminación _____
Empleador #1 _____	Direccion _____
Dolares/hora \$ _____	Horas/semanal _____
Fecha de Comienzo _____	Fecha de Terminación _____

### Nombre de Empleo

### Relación al Niño

Empleador #1 _____	Direccion _____
Dolares/hora \$ _____	Horas/semanal _____
Fecha de Comienzo _____	Fecha de Terminación _____
Empleador #2 _____	Direccion _____
Dolares/hora \$ _____	Horas/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**

