

www.myheadstart.org

1 (408) 453-6900 or 1 (800) 820-8182

Estimados padres:

Gracias por su interés en los Programas Head Start y Prescolar Estatal de los Servicios de Aprendizaje Temprano. Nuestros programas ofrecen servicios gratuitos de cuidado preescolar de medio día y de día completo para las familias que viven en los Condados de Santa Clara y San Benito. También ofrecemos servicios de atención en el hogar y en los centros para niños desde que nacen hasta los 36 meses. Favor de llenar la solicitud de inscripción completamente y si necesita ayuda puede llamarnos de lunes a viernes en el horario de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Les indicamos que como parte del proceso de inscripción usted tendrá una entrevista con un miembro del personal.

DOCUMENTOS QUE NECESITARÁ (Enviar copias solamente. Estas copias no les serán entregadas.)

- Verificación de Ingresos** – La documentación debe mostrar sus ingresos **en los últimos 12 meses**. Todos los ingresos de los padres o tutores del niño deben ser declarados. Esto incluye (cualquier combinación de lo siguiente que complete 12 meses):
 - **La declaración de impuestos sobre los ingresos más reciente (1040) o W-2 con un mes reciente de cheque o talones de pago de los últimos 12 meses.**
 - **Notificación de acción** (si recibe beneficios del Programa “*CalWORKs*”, no estampillas de alimentos)
 - **Comprobación de recibir beneficios “SSI” – Ingresos Suplementarios de Seguridad** (si corresponde)
 - **Ingresos recibidos por desempleo** (si corresponde)
 - **Compensación laboral** (si corresponde)
 - **Manutención infantil** (si corresponde)
 - **Ingresos recibidos por discapacidad** (si corresponde)
 - **"Verificación de ingresos del empleador" completo** (Este es un formulario que muestra las horas trabajadas y la tasa de pago)
- Certificación de nacimiento/s** (la del niño y sus hermanos menores de 18 años de edad)
- Comprobante de dirección** (por ejemplo, un recibo de cuenta telefónica, recibo de agua, etc.)
- Registro de vacunas**
- Prueba de examen de tuberculosis o resultados de la prueba**
- Plan Educativo Individual (IEP) actualizado o Plan Individual de Servicios Familiares (IFSP) actualizado** (si corresponde)
- Verificación de tiempo completo de empleo/asistencia a la escuela o entrenamiento** (si desean los servicios de cuidado infantil todo el día)

PLANIFIQUE SU ENTREVISTA

Cuando haya reunido sus documentos y completado la solicitud, comuníquese con un Personal de Servicios de Aprendizaje Temprano para programar una fecha y hora para una entrevista en un lugar cercano a usted. Asegúrese de traer todos los documentos mencionados anteriormente y la solicitud completa.

Programe su cita hoy | 1 (408) 453-6900 o 1 (800) 820-8182

NOHO # _____

CPID # _____

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SERVICIOS DE APRENDIZAJE TEMPRANO

Me gustaría matricular para: La sesión de la mañana (3 ½ hs) La sesión de la tarde (3 ½ h) Día completo*(9hs)
 Sesión de 6 hs (Single Session) Servicios basados en el hogar Sin preferencia

*Nota: Los servicios de cuidado de día completo requieren que ambos padres/tutores estén trabajando tiempo completo por **más de 30 horas** a la semana **o** en la escuela a tiempo completo tomando 12 unidades académicas o más, **o** buscando empleo.

Niño (aplicante)				
Primer nombre	Apellido	Segundo Nombre	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de nacimiento / /
Dirección donde vive		Ciudad/Código Postal		País de nacimiento
Dirección de correo (si es diferente)		Ciudad/Código Postal		
¿Está el niño bajo cuidado temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnia <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/No Latino	Raza <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Blanca (Europeo, del Medio Oriente, norteafricana) <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico/Hawaiana <input type="checkbox"/> Indoamericana/Nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Alguna otra raza (mezcla/multirracial) <input type="checkbox"/> Alguna otra raza _____	
¿Tiene el niño un Plan actualizado (IEP o IFSP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es sí, favor de llenar la sección sobre discapacidades				
Información de la familia				
Idioma principal que se habla en el hogar <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____				
¿Qué idioma dominante habla su hijo en el aula? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____				
¿Tiene el niño que está solicitando la matrícula algún hermano con un Plan Educativo actualizado (IEP o IFSP) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Nombre de la(s) persona(s) que tiene(n) la custodia legal del niño		Padres/tutores en el hogar <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Los dos padres	Correo electrónico primario	
Nombre de la madre/tutor		Fecha de nacimiento	Relación con el niño	
¿Vive con el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado Civil: <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda	Número de teléfono primario <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Otro ()	Situación de empleo <input type="checkbox"/> Empleada <input type="checkbox"/> Empleada temporalmente <input type="checkbox"/> Retirada <input type="checkbox"/> Desempleada <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitada <input type="checkbox"/> Discapacitada de _____ a _____	
Dirección de correo electrónico (email) de la madre/tutora		Número de teléfono alternativo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Otro ()	Educación <input type="checkbox"/> Menos de la preparatoria <input type="checkbox"/> Algún tiempo en la universidad o AA/AS <input type="checkbox"/> Graduada de preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Título de licenciada, etc.	
Nombre del padre/tutor		Fecha de nacimiento	Relación con el niño	
¿Vive con el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Viudo	Número de teléfono primario <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Otro: ()	Situación de empleo <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Desempleado temporalmente <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Incapacitado desde _____ al _____	
Dirección de correo electrónico (email) del padre/tutor		Número de teléfono alternativo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Otro ()	Educación <input type="checkbox"/> Menos de la preparatoria <input type="checkbox"/> Algún tiempo en la universidad o AA/AS <input type="checkbox"/> Graduada de preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Título de licenciado, etc.	
Incluya todos los familiares que vivan en la casa por los cuales usted sea responsable de su cuidado y bienestar – NO MENCIONADOS ANTERIORMENTE:				
Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	¿Es ésta persona familiar de los padres del niño?	¿Ésta persona se mantiene con el salario de los padres?
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cantidad total de personas que viven en la casa (incluyéndose usted) por las cuales Ud. ofrece apoyo financiero:				

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SERVICIOS DE APRENDIZAJE TEMPRANO

Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento _____

Información de contacto en caso de emergencia

Nombre	# de Teléfono	Relación

Residencia familiar

Temporalmente en una de las siguientes opciones debido a no tener una vivienda adecuada, dificultades financieras o pérdida del hogar

Situación de vivienda familiar (marque todas las que correspondan)

<input type="checkbox"/> Albergue Nombre _____ <input type="checkbox"/> Motel/hotel Nombre _____ <input type="checkbox"/> Vivienda temporal Nombre _____ <input type="checkbox"/> Habitación personal (SRO, por su sigla en inglés) <input type="checkbox"/> Carro, remolque de vivienda (trailer), o campamento <input type="checkbox"/> Garaje alquilado <input type="checkbox"/> Remolque alquilado, remolque en propiedad privada	<input type="checkbox"/> Vive con otro adulto (que no es el padre/tutor legal) <input type="checkbox"/> Vivienda/apartamento de otro familiar <input type="checkbox"/> Ninguna de las opciones corresponden <input type="checkbox"/> Otra (no diseñada para personas) Explique: _____ _____
--	--

Elegibilidad

Madre/tutora		Padre/tutor	
Nombre de la madre	¿Tiene ingresos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Nombre del padre	¿Tiene ingresos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Marque todo lo que corresponda ¿Recibe usted beneficios de?: Cantidad Mensual <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKS (sin cupones alimenticios) \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI \$ _____ <input type="checkbox"/> Manutención infantil \$ _____ <input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingresos \$ _____ _____		Marque todo lo que corresponda ¿Recibe usted beneficios de?: Cantidad mensual <input type="checkbox"/> TANF/CalWORKS(sin cupones alimenticios) \$ _____ <input type="checkbox"/> SSI \$ _____ <input type="checkbox"/> Manutención infantil \$ _____ <input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingresos \$ _____ _____	
Información sobre el empleo		Información sobre el empleo	
Nombre del empleador	Teléfono del empleo	Nombre del empleador	Teléfono del empleo
Nombre del empleador	Teléfono del empleo	Nombre del empleador	Teléfono del empleo
Períodos de pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual Cantidad total: \$ _____ Por _____ (ingresos brutos)		Períodos de pago: <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual Cantidad total: \$ _____ Por _____ (ingresos brutos)	
Información sobre la escuela/entrenamiento		Información sobre la escuela/entrenamiento	
¿Está en la escuela o programa de entrenamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Está en la escuela o programa de entrenamiento? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la escuela	Teléfono de la escuela	Nombre de la escuela	Teléfono de la escuela
Unidades escolares _____		Unidades escolares _____	

Firma del padre/tutor _____

Fecha _____

Firma del personal de Servicios de Aprendizaje Temprano _____

Fecha _____

UNA SOLICITUD INCOMPLETA RETRASARÁ LA INSCRIPCIÓN

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN PARA SERVICIOS DE APRENDIZAJE TEMPRANO

Nombre del niño _____

Fecha de nacimiento _____

Información de la historia de salud

Medicamentos

Escriba todos los medicamentos (con y sin receta/prescripción) que su niño toma regularmente:

¿Su niño va a necesitar tomar medicamentos en la escuela? Sí No

Su hijo no recibirá medicamentos en la escuela sin la indicación de un médico o sin tener un Plan de Salud para el Salón de clases por escrito aprobado por los padres y el personal del programa.

Alergias y dietas especiales

Indique todas las alergias (de comidas o de cualquier otro tipo)

¿Le han recetado algún medicamento a su hijo por alguna reacción alérgica? Sí No

Indicar las dietas especiales que deben incluirse para acomodar preferencias culturales o por motivos de religión o condición médica (indicar que tipo de comidas se deben incluir)

Un plan de nutrición para el salón de clases será escrito con los padres y el personal del programa para tratar todas las alergias y dietas especiales.

Necesidades especiales de salud/ Enfermedades crónicas

Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Anemia	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Necesidades de Información Pediátrica para los Primeros Auxilios	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otras Necesidades Especiales de Salud (Favor de explicar): _____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Oídos y ojos

¿Tiene alguna inquietud por la audición de su hijo? Sí No ¿Tiene alguna inquietud por la visión de su hijo? Sí No

Desarrollo socio-emocional

Su hijo tiene:	Su hijo tiene:
¿Problemas conviviendo con niños de su misma edad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Conducta agresiva? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Problemas conviviendo con otros miembros de la familia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Demasiada timidez? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Dificultad para dormir? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Problemas separándose de su padre/tutor? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hace berrinches frecuentemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otras preocupaciones que usted pueda tener sobre la conducta de su hijo:
¿Miedos severos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Actualmente recibiendo servicios médicos de salud mental <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, nombre de la agencia:

Discapacidades

¿Tiene su hijo un Programa Educativo Individualizado (IEP) con un programa de intervención temprana o un distrito escolar? Si la respuesta es Sí, favor de enviar una copia del IEP más reciente. Sí No

¿Tiene su hijo un Plan Individualizado de Servicios para la Familia con un programa de intervención temprana, centro regional, Oficina de Edicación, o un distrito escolar? Sí No
Si la respuesta es "sí", favor de enviar una copia del IFSP más reciente.

Información adicional sobre la discapacidad de su hijo o cualquier otra preocupación del desarrollo.
Si la respuesta es "sí", favor de explicar debajo.

UNA SOLICITUD INCOMPLETA RETRASARÁ LA INSCRIPCIÓN

Autorización de padres para los Servicios de Aprendizaje Temprano

Entiendo que los programas preescolares de servicios de aprendizaje temprano son programas integrales que brindarán muchos servicios para apoyar a mi hijo y mi familia. Las observaciones y evaluaciones en el aula forman parte del programa, que permite al personal y a DataZone (Departamento Interno) de SCCOE compartir datos para planificar el desarrollo individual de mi hijo y para la mejora continua del programa. Entiendo que el Programa de Servicios de Aprendizaje Temprano me mantendrá informado a medida que se complete cada servicio y me proporcionará los resultados de todos los procedimientos y servicios que mi hijo recibe. Como parte de la inscripción de mi hijo en los programas preescolares de servicios de aprendizaje temprano, a mi hijo se le asignará un identificador de estudiante estatal ("SSID", por su sigla en inglés).

Si bien a los niños con necesidades especiales ya se les asigna un identificador de estudiante a nivel estatal (SSID) en la mayoría de los programas de aprendizaje temprano, esta es la primera vez que ingresamos a un gran número de niños en edad preescolar en el sistema de datos de rendimiento de alumnos longitudinales de California (CALPADS) antes de ingresar al kinder. Este esfuerzo innovador proporcionará a los distritos escolares participantes y a las agencias líderes la capacidad de compartir datos para mejorar los servicios para su hijo.

Doy permiso para que el Programa de Servicios de Aprendizaje Temprano complete lo siguiente con mi hijo:

Sí No

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Exámenes dentales | <input type="checkbox"/> Prueba de la vista/ Audición | <input type="checkbox"/> Evaluación social y emocional / Consulta de conducta saludable |
| <input type="checkbox"/> Evaluación nutritiva | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea | <input type="checkbox"/> Pruebas de desarrollo / Otros servicios |
| | <input type="checkbox"/> Estatura y peso | |

Firma del padre / tutor

Fecha

Firma del personal de Servicios de Aprendizaje Temprano

Fecha

Consentimiento para facilitar información

Toda la divulgación de información sobre mi hijo seguirá los procesos de protección que se detallan en las disposiciones de los Códigos Administrativos Federales y Estatales: Portabilidad del Seguro de Salud y Ley Privada (HIPAA), 2003; Ley de Privacidad y Derechos Educativos de la Familia, (FERPA), 2009; Ley de Mejora de la Educación para Personas con Discapacidades, (IDEA), 2004; y los Estándares de Desempeño de Head Start 1302.41 (b) (1), 1302.45 (a) (3), 1303.21 (a) (b), 1305.2.

Entiendo que esta información es estrictamente confidencial y se usará para brindar mejores servicios de apoyo y para permitir que la comprensión de los datos mejore la calidad del programa. Esta autorización será válida por un año a partir de la fecha que es firmada.

Certifico que la información en esta solicitud es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento. Entiendo que la falta de información correcta puede ser motivo para el rechazo de esta solicitud o la finalización de los servicios de cuidado infantil. Notificaré a la agencia de inmediato si hay algún cambio en mi ingreso, tamaño de la familia, residencia, empleo o motivo de la necesidad de servicios de cuidado infantil.

Firma del padre / tutor

Fecha

Firma del padre / tutor (Requerido para la revisión anual)

Fecha (Requerido para la revisión anual)

REVISIÓN ANUAL CON LOS PADRES / TUTORES