

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

Estimado padre/tutor,

Le agradecemos su interés en los programas de “Head Start” y “State Preschool”. Ofrecemos servicios preescolares de día completo o medio día, gratuitos o a costo reducido, para familias elegibles quienes viven en los condados de Santa Clara y San Benito. También ofrecemos servicios, basados en el hogar y basados en centros, para niños recién nacidos hasta los 36 meses de edad. Por favor llene la solicitud completamente y si necesita ayuda, puede llamar al (408) 453-6900 o al (800) 820-8182, de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm.

Por favor note que como parte de este proceso de matriculación, usted tendrá una entrevista con un miembro del personal.

DOCUMENTOS NECESARIOS (Copias solamente; estos no se devolverán)

- Comprobante de ingresos** – Los documentos deberán mostrar sus ingresos **durante los últimos 12 meses**. Deberán mostrarse todos los ingresos del padre o tutor. Esto incluye:
 - **Nóminas para los últimos 12 meses**, o nóminas junto con:
 - **Declaración de impuestos más reciente (1040) o W-2**
 - **Aviso de acción** (si recibe CalWORKs)
 - **Comprobante de SSI – Seguridad de ingreso suplementario** (si aplica)
 - **Ingresos por desempleo**
 - **Compensación laboral**
 - **Pensión alimenticia**
 - **Ingresos por discapacidad**
 - **Formulario llenado de “Comprobante de ingresos del empleador”** (Este es un formulario que muestra las horas que se trabajaron y el pago por hora – solo si no tiene las nóminas)
- Acta(s) de nacimiento** (para el hijo(a) y todos los hermanos menores de 18)
- Comprobante de domicilio** (Factura del agua o teléfono, etc.)
- Cartilla de vacunación**
- Prueba TB o resultados de la prueba TB**
- Examen físico vigente** (entregar un examen físico vigente, si es posible)
- Comprobante de custodia** (si el niño(a) es de crianza temporal)
- Comprobante de indigencia** (si aplica y si está disponible)
- IEP vigente (Programa educativo individualizado) o IFSP (Plan individualizado de servicios familiares)** (si aplica)
- Comprobante de empleo o estudios/capacitación de tiempo completo** (si desea servicios para el día completo)

PROGRAME SU ENTREVISTA

Cuando haya reunido todos sus documentos y llenado la solicitud, **llame al (408) 453-6900**. Un miembro del personal de “Head Start” le devolverá la llamada para fijar la fecha y la hora para una entrevista en un lugar cercano a usted. Por favor asegúrese de llevar todos los documentos enlistados arriba y la solicitud terminada.

Favor de llamar al 1 (408) 453-6900 o al 1 (800) 820-8182 para programar su cita.

SOLICITUD DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

Me gustaría aplicar para Sesión AM (3 ½ horas) Sesión PM (3 ½ horas) Día completo* (9 horas) Sesión única (6 horas) "Home-Based" Sin preferencia

*Nota: Día completo requiere que ambos padres/tutores deberán trabajar tiempo completo más de 30 horas por semana o ser estudiante de tiempo completo al tomar 12 unidades o más.

Niño(a) (Solicitante)				
Nombre	Apellido	Segundo nombre	Género <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	Fecha de nacimiento / /
Domicilio/Residencia		Ciudad/ Código postal		País de origen
Dirección postal (si es diferente al domicilio)		Ciudad/ Código postal		
¿El/la niño(a) está en crianza temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Etnia <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> No-Hispana /No-Latina	Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanca (europea, oriente medio, norteafricano) <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana	<input type="checkbox"/> Isleño del pacífico/Hawaiano <input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Más de una raza (Bi-racial/Multi-racial) <input type="checkbox"/> Otra _____	

El/la niño(a) tiene un IEP o IFSP? Sí No Si sí, favor de llenar la sección para discapacidades en esta solicitud

Información familiar				
Idioma principal hablado en casa <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____				
¿Cuál idioma usa su hijo(a) con más facilidad? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____				
¿El niño(a) (solicitante) tiene un hermano con un IEP o IFSP vigente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				

Nombre de la(s) persona(s) con Custodia legal del niño(a)	Padres/Tutores en el hogar <input type="checkbox"/> Un padre <input type="checkbox"/> Dos padres	Dirección de correo electrónico principal
---	---	---

Nombre del padre/tutor primario		Fecha de nacimiento / /	Parentesco con el niño(a)
Vive con el/la niño(a) <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"/> Enviudado	Número telefónico principal <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro ()	Estado laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por temporada <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Incapacitado Desde _____ hasta _____
Correo electrónico del padre/tutor primario		Número telefónico alternativo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro ()	Educación <input type="checkbox"/> Sin terminar la preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de estudios universitarios <input type="checkbox"/> Graduado de la prepa o GED <input type="checkbox"/> Licenciatura o posgrado

Nombre del padre/tutor secundario		Fecha de nacimiento / /	Parentesco con el niño(a)
Vive con el/la niño(a) <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"/> Enviudado	Número telefónico principal <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro ()	Estado laboral <input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Empleado por temporada <input type="checkbox"/> Jubilado <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Buscando empleo <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Incapacitado Desde _____ hasta _____
Correo electrónico del padre/tutor secundario		Número telefónico alternativo <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro ()	Educación <input type="checkbox"/> Sin terminar la preparatoria <input type="checkbox"/> Algo de estudios universitarios <input type="checkbox"/> Graduado de la prepa o GED <input type="checkbox"/> Licenciatura o posgrado

Enliste todos los otros familiares que viven en su hogar cuyo cuidado y bienestar es responsabilidad de usted- **NO ENLISTADOS ARRIBA:**

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	¿Esta persona tiene parentesco con los padres del niño(a)?	¿Esta persona es sustentada por el ingreso 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

Número de personal en total que viven su hogar (incluido usted) y quienes usted apoya económicamente

SOLICITUD DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

Nombre del/la niño(a) _____

Fecha de nacimiento _____

Información del contacto de emergencia

Nombre	Teléfono	Parentesco
	()	
	()	

Residencia familiar

Temporalmente en uno de los siguientes debido a vivienda inadecuada, dificultades económicas, o pérdida de vivienda
Situación de vivienda familiar (Marque todos los que aplican)

<input type="checkbox"/> Albergue Nombre _____ <input type="checkbox"/> Motel/Hotel Nombre _____ <input type="checkbox"/> Vivienda de transición Nombre _____ <input type="checkbox"/> Ocupación de un solo cuarto (SRO, sus siglas en inglés) <input type="checkbox"/> Carro, caravana, o lugar de acampada <input type="checkbox"/> Cochera rentada <input type="checkbox"/> Caravana rentada, casa rodante en propiedad privada	<input type="checkbox"/> Con otro adulto (Quien no es el padre/tutor legal) <input type="checkbox"/> Departamento/casa de otra familia <input type="checkbox"/> No aplica ninguna de las opciones <input type="checkbox"/> Otro (No diseñado para seres humanos) Explique: _____ _____
---	---

Elegibilidad

Padre/Tutor Primario		Padre/Tutor Secundario	
Nombre del padre/tutor primario	¿Ingresos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Nombre del padre/tutor secundario	¿Ingresos? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Marque todos los que aplican

Usted recibe:	Cantidad mensual
<input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs (no vales de comida)	\$ _____
<input type="checkbox"/> SSI	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingreso	\$ _____

Marque todos los que aplican

Usted recibe:	Cantidad mensual
<input type="checkbox"/> TANF/CalWORKs (no vales de comida)	\$ _____
<input type="checkbox"/> SSI	\$ _____
<input type="checkbox"/> Pensión alimenticia	\$ _____
<input type="checkbox"/> Otras fuentes de ingreso	\$ _____

Información de empleo	
Nombre del empleador	Teléfono del empleador ()
Nombre del empleador	Teléfono del empleador ()

Información de empleo	
Nombre del empleador	Teléfono del empleador ()
Nombre del empleador	Teléfono del empleador ()

Periodo de pago Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensual

Ingreso bruto \$ _____ Por _____

Periodo de pago Semanal Cada 2 semanas 2 veces al mes Mensual

Ingreso bruto \$ _____ Por _____

Información de estudios/capacitación	
¿Usted estudia o toma una capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la escuela	Teléfono escolar ()
Unidades escolares _____	

Información de estudios/capacitación	
¿Usted estudia o toma una capacitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la escuela	Teléfono escolar ()
Unidades escolares _____	

Firma de padre/tutor _____ Fecha _____

Firma del personal de Servicios de aprendizaje temprano _____ Fecha _____

Durante la recaudación de información, por favor pídale al padre que firme abajo (Requerido para la Revisión anual)

Firma de padre/tutor legal _____ Fecha _____

REVIEW ANNUALLY WITH PARENTS/GUARDIANS

SOLICITUD DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

Nombre del/la niño(a) _____

Fecha de nacimiento _____

Información para el historial de salud			
Medicamentos			
¿Su hijo(a) toma medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Su hijo(a) necesita medicamentos en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enliste todos los medicamentos, con receta o sin receta, que su hijo toma regularmente y qué tipo de efectos secundarios, si hay alguno, que experimenta su hijo(a)			
<i>Su hijo(a) no recibirá medicamento en la escuela sin una nota del médico y un Plan de salud para el aula redactado por el padre y el personal del programa.</i>			
Dispositivos especiales			
Su hijo(a) usa algún dispositivo especial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Su hijo(a) usa algún dispositivo especial en casa: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si sí, qué tipo:		Si sí, qué tipo:	
Necesidades especiales de salud / Enfermedades crónicas y enfermedades pasadas			
Marque la enfermedad que su hijo(a) ha padecido o padece actualmente, y especifique las fechas aproximadas de las enfermedades:			
Fechas		Fechas	
<input type="checkbox"/> Asma		<input type="checkbox"/> Fiebre del heno	
<input type="checkbox"/> Anemia		<input type="checkbox"/> Paperas	
<input type="checkbox"/> Varicela		<input type="checkbox"/> Poliomielitis	
<input type="checkbox"/> Diabetes		<input type="checkbox"/> Fiebre reumática	
<input type="checkbox"/> Epilepsia		<input type="checkbox"/> Convulsiones	
		<input type="checkbox"/> Sarampión de 10 días (Rubéola)	
		<input type="checkbox"/> Sarampión de 3 días (Rubéola)	
		<input type="checkbox"/> Tos faringe	
		<input type="checkbox"/> Necesidad de primeros auxilios pediátricos	
		<input type="checkbox"/> Otro:	
¿Su hijo(a) sufre de gripa con frecuencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántos en el último año?	
Información del seguro			
¿Usted actualmente tiene seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Tipo de seguro	<input type="checkbox"/> California Children's Services CCS	<input type="checkbox"/> CHDP
		<input type="checkbox"/> Medi-Cal Santa Clara Family Health Plan	<input type="checkbox"/> SCC Healthy Kids HMO
		<input type="checkbox"/> Medi-Cal Anthem Blue Cross	<input type="checkbox"/> Healthy Families
		<input type="checkbox"/> Private Medical Insurance:	<input type="checkbox"/> Sin seguro → referido por:
Fuente de cuidado de salud usual			
¿Actualmente atiende un médico a su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Proveedor Médico/Clínica:	Nombre	()	Teléfono
	Domicilio	Ciudad/Código postal	
Dentista:	Nombre	()	Teléfono
	Domicilio	Ciudad/Código postal	
Otro:	Nombre	()	Teléfono
	Domicilio	Ciudad/Código postal	
¿Tiene usted alguna inquietud sobre la salud de su hijo?			
¿Cuál es el plan de cuidado para cuando su hijo(a) se enferme?			
EVALUACIÓN DE SALUD OBLIGATORIA (EXAMEN FÍSICO)			
Se requiere una evaluación de salud (examen físico) realizada por un médico. Si usted no tiene una copia de un examen físico vigente para su hijo(a), se le pedirá que lleve su hijo al médico dentro de 30 días a partir del primer día de clases para realizar el examen. Es mejor que haga esto antes de que asignen a su hijo(a) a una clase. (Véase el formulario adjunto para la Evaluación de salud infantil).			
¿Viene incluida una copia de un Examen físico vigente en la solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha del último examen físico de su hijo(a):	
EXAM DENTAL REQUERIDO (NIÑOS ENTRE LAS EDADES DE 1-5 AÑOS)			
Se requiere un examen dental realizado por un dentista a partir de los 12 meses. Si usted no tiene una copia de un examen dental vigente para su hijo(a), se le pedirá que lleve a su hijo(a) al dentista dentro de 90 días a partir del primer día de clases para realizar un examen. Es mejor hacer esto antes de que asignen a su hijo(a) a una clase. (Véase el formulario adjunto para la Evaluación dental).			
¿Viene incluida una copia de un Examen dental vigente en la solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de la última visita al dentista para su hijo(a):	
¿Necesita usted ayuda para hallar un proveedor de salud o dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si sí, por favor indique: <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Médico	

SOLICITUD DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

Nombre del/la niño(a) _____

Fecha de nacimiento _____

Información para el historial de salud (continuada)

Historial de desarrollo

Su hijo(a) caminó a los: _____ meses Su hijo(a) empezó a hablar a los: _____ meses

Desarrollo social-emocional

Evaluación del padre de familia sobre la personalidad de su hijo(a):

Su hijo(a) tiene

¿Problemas para llevarse con otros niños de la misma edad? Sí No

¿Problemas para llevarse con otros miembros de la familia? Sí No

¿Problemas para dormir? Sí No

¿Berrinche? Sí No

¿Temores severos? Sí No

¿Su hijo(a) tiene experiencia jugando en grupo? Sí No

Su hijo(a) tiene

¿Conducta agresiva? Sí No

¿Timidez extrema? Sí No

¿Problemas para separarse del padre/tutor? Sí No

Otras inquietudes que tenga sobre la conducta de su hijo(a) Sí No

¿Actualmente recibe servicios de salud mental? Sí No

Si sí, nombre de la agencia

Discapacidades

¿Su hijo(a) tiene un Plan educativo individualizado (IEP, *por sus siglas en inglés*)? Si sí, favor de adjuntar una copia del IEP más reciente. Sí No

¿Su hijo(a) tiene un Plan de servicio familiar individualizado (IFSP, *por sus siglas en inglés*) con un programa de intervención temprana, centro regional, la Oficina de educación del Condado, o un distrito escolar?, Si sí, favor de adjuntar una copia del IFSP más reciente. Sí No

Información adicional sobre la discapacidad de su hijo(a) u otras inquietudes sobre su desarrollo. Favor de explicar si marcó "Sí" arriba.

Ojos y Oídos

¿Usted tiene alguna inquietud sobre la audición de su hijo(a)? Sí No ¿Usted tiene alguna inquietud sobre la visión de su hijo(a)? Sí No

Alergias

Enliste todas sus alergias (alimento u otra)

¿Su hijo(a) tiene un medicamento recetado para una reacción alérgica? Sí No

Rutinas diarias

Rutina de sueño

¿A qué hora se levanta su hijo(a)? ¿Su hijo(a) duerme durante el día? Sí No

¿A qué hora se duerme su hijo(a)? ¿Si sí, cuándo? ¿Cuánto tiempo?

Patrón dietético

¿Usualmente qué come su hijo en estas comidas?	Desayuno	¿Cuál es el horario usual de comidas?	Desayuno
	Almuerzo		Almuerzo
	Cena		Cena

¿Alguna comida que no le gusta? ¿Algún problema alimenticio?

Enlista las dietas especiales por cuestión de preferencia cultural, religiosa o médica (indique cuáles comidas específicas vienen incluidas)

Se redactará un Plan de nutrición para el aula con el padre de familia y el personal del programa para tratar con todas las alergias y dietas especiales.

Uso del baño

Empezó a aprender a usar el baño a los: _____ meses ¿Su hijo(a) sabe usar el baño? Sí No ¿Sus evacuaciones son regulares? Sí No

Si sí, hasta qué punto: _____ ¿Cuándo ocurren usualmente?

Palabra usada para "Evacuación intestinal": _____ Palabra usada para "Orinar": _____

REVIEW ANNUALLY WITH PARENTS/GUARDIANS

SOLICITUD DE SERVICIOS PREESCOLARES ELS

Nombre del/la niño(a) _____

Fecha de nacimiento _____

Autorización del padre de familia para los Servicios del programa

Yo entiendo que los programas preescolares de "Early Learning Services" son programas comprensivos que proveerán varios servicios para apoyar a mi hijo(a) y mi familia. Las observaciones en el salón y las evaluaciones son parte del programa, lo cual permite que el personal y "DataZone" de SCCOE (Departamento interno) compartan información con el fin de planear para el desarrollo individual de mi hijo y para mejorar el programa continuamente. Yo entiendo que el programa de "Early Learning Services" me mantendrá informado conforme se complete cada servicio y me presentará todos los resultados de todos los procedimientos y servicios que reciba mi hijo(a). Se le asignará a mi hijo(a) una Identificación estatal del estudiante (SSID, *por sus siglas en inglés*) como parte la matriculación de mi hijo(a) en los programas preescolares de "Early Learning Services".

Aunque los niños con necesidades especiales ya tienen asignada una Identificación estatal del estudiante (SSID, *por sus siglas en inglés*) en la mayoría de los programas de alumno temprano, esta es la primera vez que ingresamos una gran cantidad de niños en preescolar al Sistema de datos de logros longitudinales de los alumnos de California (CALPADS, *por sus siglas en inglés*) antes de su ingreso al kínder. Este esfuerzo vanguardista les dará a los distritos escolares y las agencias principales la oportunidad para compartir información con el fin de mejorar los servicios para su hijo(a).

Yo autorizo que el personal de "Early Learning Services" complete lo siguiente para mi hijo(a): Sí No

- | | | |
|---------------------------|--------------------------------|--|
| ▪ Revisión dental | ▪ Pruebas de visión y audición | ▪ Prueba social-emocional/consulta de salud conductual |
| ▪ Evaluación de nutrición | ▪ Toma de la presión | ▪ Pruebas de desarrollo / Otros servicios |
| | ▪ Estatura y peso | |

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del personal

Fecha

Acuerdo para la divulgación de información

Toda divulgación de información sobre mi hijo(a) seguirá las garantías procesales establecidas en las provisiones de los Códigos administrativos federales y estatales: la Ley de Portabilidad y Contabilidad de los Seguros de Salud (HIPAA, *por sus siglas en inglés*), 2003; la Ley de Derechos Educativos y Privacidad Familiar (FERPA, *por sus siglas en inglés*), 2009; la Ley para la Educación de Individuos con Discapacidades, (IDEA, *por sus siglas en inglés*), 2004; y los Estándares de desempeño para Head Start 1302.41(b)(1), 1302.45(a)(3), 1303.21 (a)(b), 1305.2.

Yo entiendo que esta información es estrictamente confidencial y que se utilizará para proveer mejores servicios de apoyo y permitir el intercambio de información, el entender para mejorar la calidad del programa. Esta autorización será válida por un año a partir de la fecha en la que se firma.

Yo certifico que la información en esta solicitud es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Yo entiendo que el presentar información incorrecta puede resultar en el rechazo de esta solicitud o la terminación de los servicios de cuidado infantil. Yo notificaré a la agencia inmediatamente si hay algún cambio en mis ingresos, el tamaño de mi familia, mi domicilio, mi empleo, o la razón por 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)