☐ **Referral**

CAP | COMMUNITY ACTION PARTNERSHIP OF SCOTT CARVER & DAKOTA COUNTIES

2020-2021
Programas Early Head Start y Head Start
Solicitud de Inscripción

Al servicio de los Condados de Scott, Carver y Dakota
ENVIAR A: 2496 145th St W, Rosemount, MN 55068
Teléfono: 651-322-3500/Fax: 651-322-3555
Correo electrónico (Email): headstart@capagency.org

Escriba toda la información con letra de imprenta y en forma clara, y complete los datos para todos los miembros de la familia.

Programa (marque una opción): ☐ Head Start – Edades de 3 a 5 años (debe tener 3 años para el 1º de sept.)
☐ Early Head Start – Edad prenatal hasta 3 años (progr. de visitas al hogar)

*****Padre/tutor(a) debe de disponer transportación*****

Ubicación(es) preferente(s): ☐ Rosemount ☐ Apple Valley ☐ Savage ☐ W.St.Paul ☐ Eagan ☐ Chaska ☐ Inver Grove Heights ☐ Shakopee

Número de personas en el hogar _____

¿Alguien en la casa está embarazada? Si / No ¿Cuál es la fecha de vencimiento?_____

Información de padres/tutores para Miembro de Familia 01: Jefe(a) de Hogar (HOH)

Primer/Legal nombre del padre/madre/tutor(a) _____ Segundo nombre _____ Apellido(s) _____

Dirección _____ Ciudad _____ Condado _____ Cód. Postal (Zip) _____

☐Cel ☐Hogar ☐Trabajo ☐Texto _____ ☐Cel ☐Hogar ☐Trabajo ☐Texto _____ ☐Cel ☐Hogar ☐Trabajo ☐Texto _____

Correo electrónico (Email): _____

Fecha de nacimiento:	Sexo: MASCULINO FEMENINO	Con discapacidad SÍ NO
Hispano SÍ NO	Nivel educativo:	Empleado: SI o NO - ¿Tiempo parcial o completo?
¿Habla inglés? SÍ NO ¿Necesita intérprete? SÍ NO	Idioma maternal:	Padres en la escuela o la formulación: SÍ o NO- ¿Tiempo completo o parcial? (circula las respuestas aplicables)
Usted es el tutor legal del niño de Head Start: SÍ NO		
Raza (marque todas las que correspondan)		Miembro del Militar de los EEUU: SÍ NO Veterano: SÍ NO

☐Blanco ☐Asiático ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐Indio Americano/Nativo de Alaska ☐Negro o Afroamericano ☐Otro

Situación de vivienda - Por favor, marque lo que corresponda:

A. ☐Vivienda alquilada, propia o **compartida por elección**
B. ☐Viviendo temporalmente con un familiar o amigo debido a pérdida de la vivienda, dificultades económicas u otra razón similar
C. ☐Subsidiada (Sección 8, HUD, CDA, Asistencia para alquiler)
D. ☐En riesgo de quedar sin hogar
E. ☐Sin hogar
F. ☐Con alojamiento en refugio/hogar de emergencia o transitorio
G. ☐Viviendo en motel/campamento/vehículo porque no puedo costear una vivienda o encontrar una vivienda que pueda pagar
H. ☐Otra: _____

Tipo de familia:

☐Familia de uno padres ☐Familia de dos padres ☐Padre(s) por adopción temporal** Condado: _____

(**Si usted es padre por adopción temporal, tiene que incluir una copia del documento judicial/legal para poder verificar su elegibilidad)

COMPLETE LOS DATOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVAN EN EL HOGAR DEL NIÑO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA INSCRIPCIÓN EN HEAD START. INCLUYA TAMBIÉN AL NIÑO.

Información del segundo padre / guardián para Miembro de la familia 02

Nombre:	**Apellido:**	**Miembro del Militar de los EEUU:** Sí / No **Veterano:** Sí / No	
Relación al cabeza de familia:	**Genero** (circula uno): Masculino Femenino	**Día de nacimiento:**	**Discapacidad** (circula uno): Si No **Raza:**
Nivel de educación:	**Empleado**: Si / No ¿Tiempo completo o parcial?	**Padres en la escuela o la formación:** Si / No ¿Tiempo completo o parcial? (circula uno)	
Correo electrónico (Email): _____		**Teléfono:**_____	

Miembro de la familia 03

Nombre:	**Segundo:**	**Apellido:**	
Relación al cabeza de familia:	**Genero** (circula uno): Masculino Femenino	**Día de nacimiento:**	**Discapacidad** (circula uno): Si No
Nivel de educación:			**Raza:**

Miembro de la familia 04

Nombre:	**Segundo:**	**Apellido:**	
Relación al cabeza de familia:	**Genero** (circula uno): Masculino Femenino	**Día de nacimiento:**	**Discapacidad** (circula uno): Si No
Nivel de educación:			**Raza:**

Miembro de la familia 05

Nombre:	**Segundo:**	**Apellido:**	
Relación al cabeza de familia:	**Genero** (circula uno): Masculino Femenino	**Día de nacimiento:**	**Discapacidad** (circula uno): Si No
Nivel de educación:			**Raza:**

Miembro de la familia 06

Nombre:	**Segundo:**	**Apellido:**	
Relación al cabeza de familia:	**Genero** (circula uno): Masculino Femenino	**Día de nacimiento:**	**Discapacidad** (circula uno): Si No
Nivel de educación:			**Raza:**

*Adjunte otra hoja para miembros adicionales de la familia.

IMPORTANTE:

Head Start debe verificar el ingreso familiar TOTAL previo a la deducción de impuestos.

BENEFICIOS SIN RECEPCIÓN DE EFECTIVO – MARQUE TODO LO QUE RECIBE

☐ Asistencia para alimentos /EBT ☐ Crédito fiscal sobre ingresos laborales (EITC) ☐ WIC

¿Está registrado para votar? Sí / No

Antes de procesarse su solicitud, debe verificarse el ingreso familiar total bruto (previo a la deducción de impuestos) Sírvase adjuntar a su solicitud los siguientes comprobantes:

* Una copia de su declaración de impuestos federales 1040 o W-2 (ingresos correspondientes al último año calendario) **-O-**
* Copias de los talones de cheques y prueba de otras fuentes de ingreso que figuren en la lista de abajo (**ingresos correspondientes a los últimos 3 meses)**

FUENTES DE LOS INGRESOS ACTUALES – MARQUE TODO LO QUE RECIBE

☐ Salario o sueldos	☐ MSA	☐ Jubilación, pensión	☐ Manutención de menores (Child Support)
☐ Desempleo	☐ Seguridad Social (Social Security)	☐ SSI	☐ Pensión alimenticia (Alimony)
☐ Trabajo por cuenta propia	☐ Sin ingresos	☐ MFIP/TANF/DWP	☐ Otro:

¿Ha recibido su familia alguno de los siguientes beneficios en los últimos 12 meses?

TANF/MFIP/DWP (ayuda en efectivo)	Sí / No
Subvención por cuidado adoptivo temporal	Sí / No
SSI	Sí / No

Las familias que hayan recibido TANF/MFIP/DWP, SSI o subvención por adopción temporal por lo menos durante 2 meses consecutivos en los últimos 12 meses, reúnen los requisitos relativos al nivel de ingresos para el programa Head Start. Por favor incluya copias de esto con su aplicación****

OFFICE USE ONLY

Eligibility Information:

Income Verified by: _____ _____

Staff Signature Staff Signature

Eligibility: E_____OI_____Homeless_____ Public Assistance_____ Foster Care/Kinship _____Transfer_____SSI_____

Enrollment Information: Pathways _____ Special Needs _____ Repeat Family _____ EHS_____

(1st Year) Initials of Enrollment Committee_____ Date _____

Acceptance Date _____ Start Date _____ FSC/FE _____ Class _____

(2nd Yr)Acceptance Date _____ Start Date _____ FSC _____ Class _____

Usted debe llenar una copia de esta página para **cada** niño al que desee inscribir en el programa

Nombre legal del niño o madre embarazada para ser inscrito:

_____ _____ _____
Primer nombre **Segundo nombre** **Apellido(s)**

¿Se le conoce a su niño por algún otro nombre? Sí/No Indique los otros nombres: _____

Nacimiento/fecha de nacimiento del niño: _____ / _____ / _____ Femenino/Masculino (marque con un círculo)
Mes Día Año

Clínica primaria y ciudad: _____ **Dentista primario y ciudad:** _____

¿Ha recibido el niño alguno de los siguientes diagnósticos médicos en alguna oportunidad?

☐ Reacción alérgica

☐ Alergia a ciertos alimentos

☐ Asma u otros problemas de las vías respiratorias superiores

Especifique alergias/enfermedades: _____

_____

Indique los medicamentos que esté tomando actualmente el niño: _____

*¿Su hijo ha sido identificado como discapacitado? Sí / No ¿En cuál distrito escolar, y cuál es la discapacidad?___

_____

*Head Start acepta a niños con necesidades especiales y/o alteraciones de la salud

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo o el comportamiento de su hijo(a)? Sí / No Explique _____

_____

¿Ya ha participado su familia en el programa Head Start? Sí / No Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? _____
¿en qué condado? _____

¿Su hijo(a) ha tenido una Evaluación de la Primera Infancia en MN? Sí / No ¿En cual distrito escolar? _____

Nota: No hay transporte escolar: los padres/tutores deben traer a los niños y retirarlos

He leído y entendido completamente lo anterior. Confirmo que, a mi mejor saber y entender, todas las respuestas dadas son verdaderas y completas. **También estoy de acuerdo que notificare a Head Start si hay algún cambio en mi información o si ya no es correcta, ya que la falta de no hacerlo, podría retrasar la inscripción de mi hijo/a.** Se mantendrá la confidencialidad de toda la información.

Firma del padre/madre/tutor(a): _____ **Fecha:** _____
(La firma y la fecha son necesarias)

****El personal de Head Start llevará a cabo una entrevista en persona o por teléfono con cada familia****

****Que por favor proporcione una copia del certificado de nacimiento de su hijo****

¿Como supo de nosotros? ☐Familia/Amigo/Vecino ☐Medios Sociales/CAP Agency Website ☐Servicios Sociales ☐Distrito Escolar ☐Otro: _____

Envíe la solicitud, certificado de nacimiento, y todos los documentos de ingreso a:
CAP Agency, 2496 145th St. W., Rosemount, MN 55068

Si necesita ayuda para completar esta solicitud:
Llamar al 651-322-3500.
Las personas con discapacidad auditiva pueden usar el MN Relay Service
(Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones de Minnesota): 1-800-627-3529.

Parent Aware Rated Program
Highest Possible Rating