



Querido padre/guardián,

OWCAP Head Start/Early Head Start es un programa de preparación escolar para todos los niños con necesidades, que viven en el condado de Weber County.

Early Head Start es para niños menores de 3 años de edad. OWCAP ofrece programa con visitas a casa y programa en aulas de clase. Los padres adolescentes tienen primera prioridad.

Head Start es para niños de 3 y 4 años cumplidos para el 1 de septiembre.

El programa es **gratis** para las familias y nos niños que son aceptados en el programa.

Por favor asegúrese de tener un plan para el transporte de su hijo/a para la escuela. Asistencia con transporte puede ser proveída cuando las circunstancias lo ameriten.

Por favor de visitar nuestro sitio web, nuestra página de Facebook o llamar para mas información acerca de las fechas de registro y citas. **Por favor traer todos los documentos a la fecha de registro.**

Cuando registre a su hijo/a si es posible favor de traer consigo los siguientes documentos:

Acta de nacimiento (o algún otro comprobante de nacimiento)

Verificaciones de ingresos favor de traer consigo prueba de sus ingresos de los 12 meses pasados

- **Forma w-2 del año anterior**
- **Forma 1040 de la declaración de impuestos**
- **Comprobante actual de la asistencia financiera de DWS**
- **Carta del seguro social (mostrando el monto de dinero que recibe)**
- **Carta del empleador**
- **Talones de cheques**
- **Comprobante de alojamiento del cuidado temporal Foster o carta de custodia del departamento de CFS**

Comprobante de asistencia pública (SSI, TANF/FEP)

Comprobante de domicilio en el condado de Weber (Ejemplo: factura de servicios, identificación con fotografía, etc.)

Cartilla oficial de vacunas

Tarjeta de seguro médico (seguro privado, Medicaid, Chip, etc.)

Otros requisitos que necesitara si su hijo/a es inscrito:

Examen físico (debe incluir chequeo de presión arterial, hemoglobina, y prueba de plomo)

Examen dental (debe incluir limpieza y/ o aplicación del barniz de fluoruro)

Niños con discapacidades o necesidades especiales son alentados a llenar una solicitud.

Preguntas frecuentes:

¿Mi hijo/a debe de saber ir solo al baño para poder asistir a Head Start?

No, nuestras maestras están entrenadas para trabajar con niños y padres para ayudar al entrenamiento de los niños para ir al baño.

¿Hay algunos requisitos de asistencia para mi niño/a en Head Start/Early Head Start?

Es importante que usted asegure el transporte de su hijo/a para la escuela. La mala asistencia afecta el aprendizaje de su hijo/a y el desarrollo de buenos hábitos y experiencias escolares para el futuro de su hijo/a. La oficina de Head Start tiene una expectativa de que los niños no falten más de un día al mes.

¿Qué es el programa de visitas a casa?

El programa de visitas a casa tiene un visitante que le visita cada semana por 90 minutos y trabaja con los padres y los niños para la preparación escolar, la crianza de los hijos, salud, y otras metas. El programa también tiene reuniones de socialización dos veces por mes para conocer a los demás estudiantes y familias.

Para información sobre como registrarse o para hacer una cita:

Ogden-Weber Community Action Partnership

3159 Grant Avenue

Ogden, UT 84401

Llame (801) 399-9281

www.owcap.org





HS
 EHS

Información de los miembros de la familia

Nombre del adulto principal _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del solicitante (niño/a) _____ Fecha de nacimiento _____

Adulto principal (no participante) viviendo en casa

Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Preferido	
Fecha de nacimiento		Género		<input type="checkbox"/> Provee soporte financiero			<input type="checkbox"/> Padre adolescente
Grado más alto completado _____		Status de empleo ¹		Correo electrónico		Proficiente en Inglés: <input type="checkbox"/> Lenguaje principal	
¿Graduado de la preparatoria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	

Adulto secundario (no participante) viviendo en casa

¿Está usted relacionado con el niño por sangre, matrimonio, adopción, custodia ordenada por la corte, o guardián autorizado?							Sí	No
Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Preferido		
Fecha de nacimiento		Género		<input type="checkbox"/> Vive con el niño/a		<input type="checkbox"/> Provee soporte financiero		
Grado más alto completado _____		Status de empleo ¹		Correo electrónico		Proficiente en Inglés: <input type="checkbox"/> Lenguaje Principal		
¿Graduado de la preparatoria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente		

¹ F - Tiempo completo, P - Medio tiempo, R - Jubilado o discapacitado, T - Entrenamiento o escuela, S - Empleo temporal, U - Desempleado

Niño/a solicitante para Head Start

Apellido		Primer nombre		Segundo nombre		Preferido	
Fecha de nacimiento		Género					
Raza <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco		(marque lo que aplique) <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Pacífico islandés <input type="checkbox"/> Otro _____		Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano		Proficiente en Inglés : <input type="checkbox"/> Lenguaje primario	
						<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	
						Otro idioma hablado: _____ <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	

C-Natural/adoptado/hijastro G-nieto N-sobrino/a F-crianza O-otro

Elija de las opciones de arriba

Relación al adulto principal: _____
Custodia: sí no

Relación al adulto secundario: _____
Custodia: sí no

Padre sin custodia (no viviendo en casa)

Apellido		Primer nombre		Fecha de nacimiento		Género	
Número de teléfono				Dirección			

Elegible para Medicaid: Seguro médico privado: Seguro dental:
 Numero de póliza: _____ Numero de póliza: _____ Numero de póliza: _____

Doctor/dentista (del niño/a solicitante)

Nombre del Doctor		Dirección		Ciudad		Estado	Código postal	Teléfono	
Nombre del Dentista		Dirección		Ciudad		Estado	Código postal	Teléfono	

Hermanos/as del niño solicitante

Apellido		Nombre		Fecha de nacimiento		Genero	



Información familiar

Las cajas en gris serán completadas por el personal de Head Start

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento _____

Información General				
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de envío (si es diferente)		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Casa, trabajo, móvil, etc.	Primario	Recibe mensajes de texto	Notas
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	
¿Carece de una residencia fija, regular y adecuada de noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Están compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de su propia vivienda, dificultades económicas o un motivo similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Cuáles de las situaciones a continuación se aplican al niño/a? Viven en: <input type="checkbox"/> Motel <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Vivienda móvil <input type="checkbox"/> Campamento <input type="checkbox"/> Refugio transitorio o de emergencia <input type="checkbox"/> Abandonado en hospital <input type="checkbox"/> En espera de colocación de cuidado de crianza temporal <input type="checkbox"/> Residencia principal de la noche es un espacio público o privado no diseñado para alojamiento para dormir <input type="checkbox"/> Niño/a migrante Viven en: <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Espacios Públicos <input type="checkbox"/> Edificio abandonado <input type="checkbox"/> Infravivienda <input type="checkbox"/> Estación de tren o autobús		
Estado parental <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		Idioma principal en el hogar		
¿Algún padre o guardián es miembro activo del servicio militar de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Algún padre o guardián miembro del servicio militar de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

¿A cuál escuela elementaría asistirá su hijo/a al kínder?	
Sitio principal:	Preferencias: 1. _____ 2. _____ Elija sus preferencias de esta lista: OWCAP Gramercy Your Community Connection OWATC-N Roy Area South Ogden Marshall White James Madison North Ogden Area

Certificación: Certifico que esta información es cierta. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede terminarse y estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y estará disponible para mí durante el horario comercial normal.

Firma del padre/guardián _____

Fecha _____

Firma del personal _____

Fecha _____

Contactos de emergencia

Es muy importante que tengamos la información completa en caso de una emergencia.
 Por favor infórmeles a estas personas que les ha agregado como contacto en Head Start. Estas serán las únicas personas autorizadas para recoger a su niño/a aparte de los padres/guardianes

Contactos de Emergencia (No los adultos primarios o secundarios)						
Código Tipo de Teléfono: H-Hogar W-Trabajo C-Móvil M-Mensaje						
Contacto 1	Nombre		Tipo de teléfono	Número de teléfono	Notas sobre este número de teléfono	Relación con el niño/a
	Dirección			()		
				()		¿Contacto de emergencia? Sí No ¿Puede recoger a su niño/a? Sí No
	Ciudad			()		
	Estado	Código postal		()		
Contacto 2	Nombre		Tipo de teléfono	Número de teléfono	Notas sobre este número de teléfono	Relación con el niño/a
	Dirección			()		
				()		¿Contacto de emergencia? Sí No ¿Puede recoger a su niño/a? Sí No
	Ciudad			()		
	Estado	Código postal		()		
Contacto 3	Nombre		Tipo de teléfono	Número de teléfono	Notas sobre este número de teléfono	Relación con el niño/a
	Dirección			()		
				()		¿Contacto de emergencia? Sí No ¿Puede recoger a su niño/a? Sí No
	Ciudad			()		
	Estado	Código postal		()		
Contacto 4	Nombre		Tipo de teléfono	Número de teléfono	Notas sobre este número de teléfono	Relación con el niño/a
	Dirección			()		
				()		¿Contacto de emergencia? Sí No ¿Puede recoger a su niño/a? Sí No
	Ciudad			()		
	Estado	Código postal		()		



Información de inscripción Sera completado por el personal de la agencia.

Nombre del solicitante _____ Fecha de nacimiento _____

¿La forma de permisos está firmada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Fecha cuando se firmó la forma de permisos :			
Total de ingresos	por	Total anual	Descripción	Verificación	Notas

Detalles del programa			
Programa/termino	Sitio	Número de la solicitud	
Inscripción			
Fecha de la solicitud	Notas de elegibilidad		
Elegibilidad			
Ingresos para la elegibilidad	Número de personas en la familia	Estatus de los ingresos ²	Año de participación

¿Este niño/a ese legible para Head Start? Si No



Ogden-Weber Community Action Partnership, Inc.
 Head Start / Early Head Start Program
Evaluación de consideración de elegibilidad

Nombre del niño/a: _____ **Fecha:** _____

Por favor marque todo lo que aplique:

- Alguno de los padres es menor de 19 años: Padre Madre
- Niño que no habla inglés. Por favor indique el idioma _____
- El niño que se está registrando asistió al programa Head Start/ Early Head Start el año pasado
- El niño esta transfiriéndose de otro programa de Head Start
- El niño está en transición del programa Early Head Start (durante el año del programa actual)
- Está el niño en: Colocación con parientes En custodia del estado Cuidado temporal Foster (documentación debe ser presentada)
- Solo un adulto vive en casa
- El niño vive con un adulto que no es su padre o guardián Otro: _____
- La familia recibe: FEP SSI (documentación debe ser presentada)
- Ambos padres actualmente desempleados
- Padre soltero desempleado
- Actualmente inscrito en la escuela High School o el OWATC (no incluye las clases de ESL)
- El padre tiene menos de un diploma de escuela secundaria o GED: Padre Madre
- Padre(s) en la cárcel: Presente Pasado
- Padre(s) deportado: Presente Pasado
- Padre (s) militar desplegado actualmente o en los últimos 12 meses
- Les han quitado los servicios del gas, agua o electricidad en los últimos 12 meses.

¿Cuántas veces? _____

- La familia recibe: Estampillas de comida WIC
- Violencia domestica (incluyendo emocional, verbal, psicológico y físico): Presente Pasado
- Negligencia/abuso físico: Presente Pasado
- Participación actual del programa de los servicios de protección infantil
- Uso / abuso de sustancias, incluye abuso de medicamentos recetados: Presente Pasado
- El niño tiene problemas de salud graves que afectan el aprendizaje del niño indicado en la solicitud
- La familia fue referida por otra agencia/ulgun profesional Referido por: _____
- El niño inscrito tiene una discapacidad identificada con un IEP/IFSP actualmente (con documentación proveída, iniciales_____)
- Se sospecha que el niño escrito tenga una discapacidad sin un IEP/IFSP
- En los últimos 12 meses, su residencia fue un automóvil, un refugio para víctimas de violencia doméstica, un refugio para personas sin hogar, un campamento, un parque, un motel. **¿Debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?** ¿Cuánto tiempo? _____
- En los últimos 12 meses su residencia fue con otra familia. **¿Debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas y no voluntariamente para ahorrar dinero?** ¿Cuánto tiempo? _____

Elegibilidad del niño: Elegible 101-110% 111-120% 121-130% 131-150%
 151-175% 176-200% Arriba de 200%

Ogden-Weber Community Action Partnership Head Start
Forma de consentimientos y permisos de Head Start / Early Head Start

(Por favor conteste cada pregunta seleccionando las cajas de sí o no)

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____

El consentimiento es voluntario por parte del padre y puede ser revocado en cualquier momento. Si el padre revoca su consentimiento esta acción no es retroactiva y por eso no se aplica a alguna acción que haya ocurrido antes de que el consentimiento fuese revocado.

OWCAP compartirá información del niño/a como las vacunas e información de salud y nacimiento con el distrito escolar o con la escuela que el padre especifique como la escuela a la que el niño/a asistirá. Como padre usted tiene la oportunidad de rechazar que la información sea compartida.

OWCAP toma y usa fotografías y videos de su hijo/a para fines educativos y promocionales. Si desea optar por no participar, por favor notifique al personal. El programa puede que use fotografías después de la fecha de expiración del permiso.

Doy permiso/consentimiento a Head Start para:

1. Compartir y recibir archivos de los niños y familiares con otras agencias u organizaciones que proporcionan apoyo o servicios a usted y su familia. (Si marcó sí, por favor indique las agencias por ejemplo WIC, DWS, DCFS, etc.) Sí No

Indique la agencia: _____

2. Realizar exámenes y evaluaciones:

- | | |
|--|--|
| A. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Chequeo físico | H. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Oído |
| B. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Presión de la sangre | I. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Visión |
| C. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Hematocrito/Hemoglobina | J. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Comportamiento |
| D. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Evaluación de crecimiento | K. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Desarrollo |
| E. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Prueba de plomo | L. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Lenguaje |
| F. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dental | M. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Autismo (solamente para educación temprana) |
| G. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Servicios de salud mental | N. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Evaluación de nutrición |

3. Llevar a mi hijo/a a paseos y participar en actividades especiales dentro o fuera de la escuela Sí No

4. Transportar a mi hijo/a cuando sea necesario, con consentimiento previo Sí No

Doy permiso/autorización para:

6. Para que mi hijo/a reciba el barniz de fluoruro proporcionado por Head Start. Sí No
(**IMPORTANTE:** Barnices de fluoruro se aplica cada seis meses)
7. Doy permiso a cualquier dentista o clínica para proveer información acerca de mi hijo/a al programa Head Start. Sí No
8. Doy permiso a cualquier doctor o clínica para proveer información acerca de mi hijo/a al programa Head Start. Sí No
9. Estoy interesado(a) en:
- A. Sí No Proyecto de literatura en el hogar con OWCAP/WSU
 - B. Sí No Servir en el consejo de normas de Head Start OWCAP (similar al PTA de la escuela)
 - C. Sí No Servir en el comité de paternidad (padres/figuras paternas solamente)
10. ¿Cuál es su lenguaje preferido? (¿En cuál lenguaje le gustaría que Head Start se comunicara con usted

Por la presente libero el programa de Head Start de Ogden-Weber Community Action de cualquier y toda responsabilidad sobre la información anterior.

Firma de padre/guardián

Fecha (Esta forma es válida hasta agosto 2020)

Evaluación de nutrición e historial de salud

Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento: _____ Genero: _____ Clase: _____

Alergias de comida:

¿Tiene su niño/a alguna alergia y/o intolerancias que han sido verificadas por un doctor? Sí No

Si es así, favor de especificar: _____

Por favor, provee la documentación del doctor de su niño/a respecto a las alergias que usted ha especificado.

Necesidades especiales alimenticias:

¿Tiene su niño/a algún requisito alimenticio especial (cultural, religiosa, forma de comida, fórmulas especiales, otras preferencias personales de comida, o necesidades de dietas médicas)? _____

Por Favor, marque todo lo que aplique a su niño/a:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Alimentación por tubo | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Malnutrición | <input type="checkbox"/> Deficiencias de vitaminas y/o minerales | <input type="checkbox"/> Sobrepeso |
| <input type="checkbox"/> Dificultades al pasar la comida | <input type="checkbox"/> Adaptaciones sensoriales | <input type="checkbox"/> Bajo de peso |
| <input type="checkbox"/> Delicado con la comida/
come de menos o de más | <input type="checkbox"/> Problemas al alimentar | <input type="checkbox"/> Alimentación por medio de
lactancia materna |
| <input type="checkbox"/> Constipaciones frecuentes | <input type="checkbox"/> Dificultades para masticar | |
| <input type="checkbox"/> Otras _____ | | |
-

¿Tiene algunas preocupaciones relacionadas al crecimiento de su hijo/a? Sí No

¿Tiene algunas preocupaciones relacionadas con la nutrición o hábitos alimenticios de su hijo/a? Sí No

De ser así, por favor indique sus preocupaciones: _____

¿Está usted interesada en hablar con nuestra dietista registrada acerca de cualquiera de los temas mencionados anteriormente de nutrición y de hábitos de comida?

Sí No (Si es así, por favor llenar una referencia con la supervisora del área de nutrición.)

Por favor, marque todo lo que aplique para su niño/a

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Catarros o tos frecuentes | <input type="checkbox"/> Alergias de temporada |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Alergias de insectos/picadas de abejas |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Infecciones de los oídos | <input type="checkbox"/> Eczema/irritación de la piel |
| <input type="checkbox"/> Defectos del corazón | <input type="checkbox"/> Problemas de audición | <input type="checkbox"/> Problemas de vista/lentes |
| <input type="checkbox"/> Diarreas o constipaciones frecuentes | <input type="checkbox"/> Huesos, uniones, y deformidad de músculos | |
| <input type="checkbox"/> Heridas serias | | |
| <input type="checkbox"/> Otras (físicas y/o de comportamiento) _____ | | |
-

¿Su niño/a usa un inhalador y/o un respirador? Sí No

¿Su niño/a tiene otras medicinas que necesite en el salón de la clase para una condición de salud? Sí No

Por favor, indique las medicinas y que condiciones están tratando. _____

¿Ha tenido su niño/a cualquier emergencias u operaciones?

Sí No Explicar _____

¿Su niño/a ha estado expuesto a violencia o cualquier otra experiencia traumática?

Sí No Explicar _____

Durante el embarazo, la mama usó:

- Alcohol; ¿Qué tan seguido? mensual semanal diario Tabaco; ¿Qué tan seguido? mensual semanal diario
 Drogas; ¿Qué tan seguido? mensual semanal diario Medicinas recetadas por un doctor

Firmas de los padres/tutores legales: _____ Fecha: _____