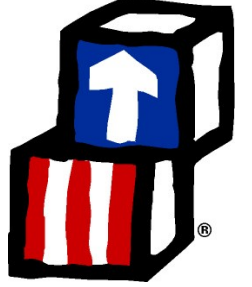




Ogden Weber Community Action Partnership Early Head Start Pregnant Mom's Program



Estimada madre expectante,

OWCAP Head Start es un programa de preparación escolar para todos los niños necesitados y que viven en el condado de weber. El programa también provee servicios de soporte a la madre expectante que califique para el programa.

El Programa de educación temprana de Head Start es para niños menores de 3 años. OWCAP ofrece un programa con base en casa y un programa para adolescentes que promueve el cuidado de niños mientras los padres asisten a la escuela o trabajan.

Head Start es para niños de 3 & 4 años cumplidos para septiembre 1. OWCAP ofrece diferentes opciones de Head Start.

El programa es **gratis** para los niños y las familias seleccionadas. Como una madre en espera, el programa trabajara con usted para determinar una fuente de salud continua y que sea apropiada para su seguro medico. El programa le proveerá con educación prenatal y de posparto y le asistirá en identificar las fortalezas y las necesidades de la familia y le proveerá con referencias si es necesario.

Cuando su bebe nazca, el programa trabajara con usted para elaborar un plan para la transición de su bebe a el programa de educación temprana de Head Start donde sea apropiado.

“Ogden-Weber Community Action Partnership, Inc.” (OWCAP) “Head Start” ha estado proporcionando servicios de calidad a las familias y niños en el condado de Weber desde 1965.

OWCAP Head Start tiene personal altamente calificado que proporciona educación, salud y servicios familiares para su niño y familia.

Por favor, lea a fondo y complete la solicitud. Consulte nuestro sitio web, nuestra página de Facebook o llame para las fechas de registro. Favor de traer todos los documentos que se indican y la solicitud a el dia de registracion.

Gracias por su interés en Head Start.



United Way of
Northern Utah

OWCAP Head Start lista de verificación

POR FAVOR TOME NOTA: QUE SI NO TRAE LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS A LA INSCRIPCIÓN, NO VAMOS A PODER PROCESAR SU APLICACION

Cuando venga a la inscripción, por favor, tenga la solicitud y lo siguientes documentos con usted:

- o **Verificación de Ingresos** Por favor de traer comprobante de ingresos de los últimos 12 meses. Por favor deje saber a su trabajador/a de Servicios Familiares sobre periodos de desempleo.

VERIFICACION DE INGRESOS (juntos deben reflejar un año completo de ingresos-puede incluir):

Forma de los impuestos 1040's

Declaración de impuestos del año pasado (W-2's)

Una copia de la ayuda financiera de DWS

Carta del Seguro Social (reflejando el importe del ingreso)

Carta del Empleador (total de los ingresos del año pasado)

Talones de cheque (deben cubrir el total de los ingresos del año pasado)

Comprobante de colocación en un hogar temporal o una carta de custodia del estado de DCFS

- o **COMPROBANTE DE ASISTENCIA PUBLICA**

(SSI, TANF/FEP, de los últimos 90 días)

- o **COMPROBANTE DE DOMICILIO EN EL CONDADO DE WEBER** (Ejemplo: una factura de servicios públicos, identificación con foto, etc.)

- o **TARJETA DE ASEGURANZA** (Si tiene seguro medico privado o Medicaid, IHC, Chip, etc.)

Otros documentos que se necesitan si es aceptado/a:

- o **Primera visita prenatal**

- o **EXAMEN DENTAL** (debe incluir la limpieza y/o tratamiento)

Si necesita cuidado de guardería con servicios del programa de Head Start por favor llame a su centro mas cercano para hacer una cita de registración

Donde puedo encontrar mas información acerca de OWCAP y Head Start/ Early Head Start?

www.owcap.org

www.eclkc.ohs.acf.hhs.gov/hslc

801.399.9281

Facebook: [http://www.facebook.com/Ogden-Weber CAP Head Start](http://www.facebook.com/Ogden-Weber-CAP-Head-Start)

Preguntas Frecuentes

Cuando complete y entregue la solicitud de mi hijo/a, ¿que pasa después?

Cuando entregue su solicitud un/a trabajador/a de servicios familiares le dará una carta que le dice si su hijo/a fue aceptado en la categoría de elegible, moderado o sobre ingresos. Su hijo entonces será puesto en una de las tres listas de espera dependiendo de su elegibilidad basada en las tres categorías mencionadas anteriormente. El sitio y opción que serán determinados por OWCAP.

OWCAP comienza el proceso de selección en junio para el año siguiente. Los niños son elegidos basado en un proceso de puntos, esto significa que los niños mas necesitados con alto puntaje son seleccionados primero.

Tiene mi hijo/a que estar entrenado para ir al baño para asistir a Head Start?

No, nuestras maestras están entrenadas para trabajar con su hijo/a y a con los padres para ayudarlos a entrenar a sus hijos para ir al baño.

¿Cuándo sabré si mi hijo/a está en el programa?

Las cartas son enviadas a las familias que han sido seleccionadas en el programa la primera semana de Septiembre. Si su hijo/a no es seleccionado, su hijo/a se mantendrá en la lista de espera hasta que haya un espacio disponible. El comité de selección tiene juntas regularmente. **Usted recibirá una llamada** hecha por un/a Trabajador/a de Servicios Familiares o maestra **si** su hijo/a es seleccionado/a. La solicitud de su hijo/a permanecerá activa durante todo el año escolar.

¿Que pasa si me cambio de dirección después de entregar mi solicitud?

Es importante que notifique a OWCAP lo más pronto posible cuando hay un cambio de dirección y/o número de teléfono. Por favor de llamarnos al 801.399.9281 para actualizar su número de teléfono, y si es aplicable, la nueva dirección de su hijo/a. También necesitaremos un comprobante del nuevo de domicilio como una factura de servicios públicos, un acuerdo de alquiler, etc, que tenga su nueva dirección. **Esto puede ser entregado en la siguiente dirección: 3159 Grant Ave, Ogden.**

¿Entrará mi hijo/a al programa?

Si su hijo tiene **la edad y cumple con los requisitos**, sus posibilidades son buenas; **pero no podemos garantizar que su hijo vaya entrar al programa. Tenemos una lista de espera cada año.** Este programa **no es** basado en orden de cómo se entregue las solicitudes, pero lo mas pronto que entregue su solicitud es mejor. Es recomendable que complete y entregue su solicitud en junio. Las Reglas del gobierno requieren **que las familias en la comunidad que necesitan ayuda la reciban.** Cada aplicación es basada en la información que usted ha proporcionado.

¿Hay un requisito de asistencia para que me hijo/a asista a Head Start?

Es importante que usted prepare los planes de transporte antes. La asistencia de su hijo/a afecta el aprendizaje de ellos y crea buenos hábitos para sus futuras experiencias escolares. La oficina de Head Start tiene una expectativa que los niños no falten mas de un día al mes .

¿Cuanto cuesta Head Start?

Head Start es un programa gratuito; no hay ningún costo a los padres por cualquier servicio, **solo si esta en una guardería infantil.** (Contacte al cuidado de niños del estado (DWS) si necesita asistencia con el cuidado de niños.)

¿Que es el programa con visitas en casa?

El programa con visitas en casa consiste en una visita semanal de una hora y media y 2 grupos de actividades cada mes por 2 horas.

**La inscripción, se llevara acabo en:
Ogden-Weber Community Action Partnership
3159 Grant Avenue
Ogden, UT 84401**

**Llame al
(801) 399-9281**

**Para la fechas y horarios de inscripción o para hacer
una cita.**

www.owcap.org

<http://www.facebook.com/Ogden-Weber CAP Head Start>

Trabajador/a de Servicios Familiares:

Nombre: _____

Teléfono (s): _____

Notas:

Información de los miembros de la familia

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



CHILDPLUS

Nombre de la madre embarazada: _____

Fecha de nacimiento _____

Adulto principal (participante) madre embarazada			
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Preferido
Fecha de nacimiento	Genero	<input type="checkbox"/> Provee soporte Financiero	<input type="checkbox"/> Madre adolescente
Grado más alto completado _____	Status de empleo ¹	Correo electrónico	Proficiente en Ingles: <input type="checkbox"/> Lenguaje principal <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Asiste a la escuela o entrenamiento de trabajo actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Madre adolescente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Adulto secundario (no participante) viviendo en casa			
¿Esta usted relacionado con el niño que aún no nace por sangre, matrimonio, adopción, custodia ordenada por la corte, o es el guardián autorizado?			Sí No
Apeido	Primer nombre	Segundo nombre	Preferido
Fecha de nacimiento	Genero	<input type="checkbox"/> Vive con la familia	<input type="checkbox"/> Provee soporte financiero
Grado más alto completado _____	Status de empleo ¹	Correo electrónico	Proficiente en Ingles: <input type="checkbox"/> Lenguaje Principal <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente
Graduado de la preparatoria <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
¿Asiste a la escuela o entrenamiento de trabajo actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Padre adolescente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

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

Información del bebe que se espera (si se sabe)			
Apeido	Primer nombre	Segundo nombre	Preferido
Fecha prevista de parto	Genero		
Raza (marque lo que aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Pacifico Islandés <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Proficiente en Ingles : <input type="checkbox"/> Lenguaje primario <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	
	Nacionalidad (país de nacimiento): _____	Otro idioma hablado _____ <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	

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

Escoja de la lista de abajo

Relación al adulto principal: _____
Custodia: Sí No

Relación al adulto secundario: _____
Custodia: Sí No

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

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

¿Algún familiar inmediato vive en un centro correccional? Sí No

Relación con el niño/a: _____

Otros niños en casa			
Apellido	Nombre	Cumpleaños	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 envió(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 la 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		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	
Sitio principal		Estado parental <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos		Idioma principal en el hogar	
Información familiar					
<input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> TANF/FEP					
¿Algún padre o guardián miembro del servicio militar de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Está recibiendo ayuda nutricional suplementar del programa SNAP? (Estampillas para comida) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Cantidad	Por	Cantidad anual	Descripción	Verificación	Notas
				Códigos de verificación CS–Talón de cheque W2–W-2 EL- Carta del empleador TX–Impuestos	
Notas de ingresos financieros					

Contactos

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
	Ciudad			()		
	Estado	Código postal		()		
¿Puede recoger a su niño/a? Sí No						
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
	Ciudad			()		
	Estado	Código postal		()		
¿Puede recoger a su niño/a? Sí No						
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
	Ciudad			()		
	Estado	Código postal		()		
¿Puede recoger a su niño/a? Sí No						
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
	Ciudad			()		
	Estado	Código postal		()		
¿Puede recoger a su niño/a? Sí No						

Información de Inscripción



Sera completado por el personal de Head Start

Detalles del programa					
Programa/termino	Sitio	Status de la solicitud ¹	Número de la solicitud		
Inscripción					
Fecha de la solicitud	Notas de elegibilidad				
Elegibilidad					
Ingresos para la elegibilidad	Número de personas en la familia	Status de los ingresos ²	Año de participación	<input type="checkbox"/> Niño/a elegible el próximo año <input type="checkbox"/> Hermano/a elegible el próximo año	Edad
					Puntos
Status del niño/a					
Status parental					
Incapacidad					
Ingresos					
Edad					
Criterio 1					
Criterio 2					
Criterio 3					
Criterio 4					
Criterio 5					
Criterio 6					
					Total
1. Códigos del estatus de la solicitud C-Completa y verificada M-Completa, necesita información medica		2. Códigos del status de los ingresos E-Elegible H-sin hogar M-Moderado F-Niño/a en cuidado O-Sobre ingresos temporal P-Asistencia publica			

¿Este niño/a es elegible para el programa de Head Start? Sí No

Ogden-Weber Community Action Partnership Head Start
Forma de permisos para madres embarazadas
(Por favor conteste cada pregunta seleccionando las cajas de sí o no)

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

El consentimiento es voluntario y puede ser revocado. Si 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.

Doy mi permiso a Head Start para:

1. Compartir y recibir información con otras agencias u organizaciones que proporcionan apoyo o servicios a usted y su familia. (Si marcó SI, por favor indique las agencias por ejemplo WIC, DWS) Sí No
Indique la agencia: _____

2. Uso de fotografías o video de mi (con fines promocionales, incluyendo el sitio Web, medios de comunicación social, etc.). Sí No

Doy permiso y autorización:

3. Cualquier dentista o clínica puede proveer información sobre mí a el programa Head Start Sí No

4. Cualquier doctor o clínica puede proveer información sobre mí a el programa Head Start Sí No

5. Estoy interesado(a) en:

A. Sí No Servir en el consejo de normas de Head Start OWCAP

B. Sí No Servir en el comité de paternidad (padres/figuras paternas solamente)

C. Sí No Clases de Smart Steps (clases de relaciones familiares)

6. ¿Cómo escucho o se enteró de "Head Start"?

Por familiares, amigos, o pláticas

Agencia de la comunidad (nombre) _____

Por el correo, o volante dejado en mi casa

Feria o evento (nombre/lugar) _____

Por un poster o volante. ¿En dónde? _____

Otros _____

7. ¿Cuál es su lenguaje preferido? (¿En cual 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 _____ Fecha _____

Ogden-Weber Community Action Partnership, Inc.
Historial médico

Estado de salud de la madre embarazada

Nombre: _____

¿Tiene alguna alergia (incluyendo comidas) que hayan sido verificadas por algún doctor? Sí No

¿Tiene usted un Epi-Pen (medicina para alergias severas)
 Sí No

¿Tiene necesidades dietéticas especiales (culturales, religiosas o médicas)? _____

Por favor marque todas las que apliquen.

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista / lentes | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Ataques o convulsiones | <input type="checkbox"/> Asma (actualmente / usa medicamentos) | <input type="checkbox"/> Sobre peso/bajo en peso |
| <input type="checkbox"/> Defectos de nacimiento | <input type="checkbox"/> Pesadillas frecuentes | <input type="checkbox"/> Resfriados o tos frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Hueso, articulación, y deformidad muscular | | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos |
| <input type="checkbox"/> Problemas del corazón (requiere tratamiento) | | <input type="checkbox"/> Infecciones del oído |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia (actualmente/ requiere tratamiento) | | <input type="checkbox"/> Garganta adolorida frecuente o severa |
| <input type="checkbox"/> Lesiones serias | | |

Por favor, indicar los medicamentos que está tomando y qué condición están tratando: _____

¿Ha tenido algunas emergencias serias, operaciones, o expuesto o diagnosticado de tuberculosis?

Sí No Explique

¿Ha sido expuesto a violencia o alguna otra situación traumática?

Sí No Explique: _____

Historia dental

- Ha tenido un examen dental Se lava los dientes dos veces al día regularmente.
 Ha tenido trabajo dental importante hecho en el último año

Historial médico familiar

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Bajo de peso/sobre peso |
| <input type="checkbox"/> "Sickle Cell" (Anemia) | <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Tuberculosis |
| <input type="checkbox"/> Fácil aparición de moretones | <input type="checkbox"/> Problemas del corazón | |
| <input type="checkbox"/> Sangra con facilidad | <input type="checkbox"/> Epilepsia | |
| <input type="checkbox"/> Asma | | |

Usted usa :

- | | | | |
|----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Alcohol | <input type="checkbox"/> Drogas | <input type="checkbox"/> Tabaco | <input type="checkbox"/> Medicamentos recetados por un doctor |
| ¿Que tan seguido?: | ¿Que tan seguido?: | ¿Que tan seguido?: | <input type="checkbox"/> No sabe |
| <input type="checkbox"/> diario | <input type="checkbox"/> diario | <input type="checkbox"/> diario | |
| <input type="checkbox"/> semanal | <input type="checkbox"/> semanal | <input type="checkbox"/> semanal | |
| <input type="checkbox"/> mensual | <input type="checkbox"/> mensual | <input type="checkbox"/> mensual | |

Firma: _____ Fecha: _____