

Solicitud Para el Programa Head Start de HHWP-CAC

Nombre del Niño _____ Sexo: M / F Fecha de Nacimiento _____
 (Primero Segundo Apellido)

Domicilio _____ Ciudad _____ Código de Postal _____

Condado _____ Distrito Escolar _____ Teléfono _____

Aceptar textos Si No. ¿ Qué idioma habla el niño en su casa? _____

Es posible que no haiga transporte, pero si tenemos la capacidad para transportar a su hijo, donde estaría su hijo:

Se recogerá en: _____ Se bajará en: _____

¿Si no hay transporte disponible, usted todavía podrá asistir? Sí No Aun no estoy segura

¿Quien tiene la custodia legal del niño? _____

¿Hay órdenes por parte de un tribunal que designan visita o crianza de este niño? Si No
 (En caso afirmativo, se requiere copia)

¿Estaban los padres legalmente casados cuando nació este niño? (afecta a la custodia) Si No

Los padres/tutores del niño son: Casados Divorciados Separados Viudos Viviendo Juntos Padres Solteros

Alistar todas las personas que viven en su casa: *(Use otra hoja si necesita más espacio)*

Nombre	Fecha de Nacimiento	Relación con el Padre, Madre o Tutor
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Cual seria el momento oportuno para comunicarnos con usted durante el dia? _____

¿Si el personal de Head Start no puede contactarse con usted, con quien podemos le podremos dejar un recado? (con un familiar, amigo/a, niñera, etc.)

Nombre	Dirección	Número de Teléfono	Relación
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Como se enteró del programa Head Start? _____

¿Este niño ha asistido a un programa de Head Start anteriormente? ¿Dónde? _____

¿El niño tiene Seguro Médico? (Marque todas las que apliquen a su situación)

Medicaid/Healthy Start Seguro Médico Privado Seguro Dental Privado Nada

Nombre de Seguro o compañía: _____ Número de Seguro: _____

Registros de Vacunas: Se requiere una copia de la cartilla de vacunación

¿Dónde recibió las vacunas? _____

¿Dónde nació el niño? (condado, estado y país) _____

Si hubo períodos desde 01/01/2021 que los padres (en el hogar) no tuvieron ingresos, provee la información siguiente:

¿Quién no tuvo ingresos?	Fechas	Razón para la carencia de ingresos
	a	
	a	
	a	

Si hubo períodos desde 01/01/2021 que los padres (en el hogar) trabajaron por cuenta propia o no tienen documentado una parte o todos los ingresos, provee la información siguiente:

¿De quién son los ingresos?	Cantidad (después de impuestos)	Fechas	Fuente de ingresos y razón por la falta de registro de los mismos
		a	
		a	
		a	

Otros ingresos que recibe la familia

Marcar Sí o No a todas la preguntas en cuanto si alguien en su familia ha recibido alguno de los siguientes desde Enero 1, 2021.

____ Sí ____ No **Manutención de niños:** ¿Quién lo recibe? _____

¿En que condado? _____

¿Cuándo empezó/terminó? _____

____ Sí ____ No **El desempleo?** ¿Quién lo recibe? _____

¿Cuándo empezó/terminó? _____

____ Sí ____ No **SSI (Suplementario del Seguro Social)?**

Quien lo recibe? _____

¿Cuándo empezó/terminó? _____

____ Sí ____ No **Otros Beneficios de Seguro Social (SSD, Beneficios de Sobrediente, Jubilación)**

¿Quién lo recibe? _____

¿Cuándo empezó/terminó? _____ Cantidad por mes \$ _____

____ Sí ____ No **TANF/OWF/ADC? (Asistencia en Efectivo)** ¿Quien lo recibe? _____

¿De cual condado? _____ ¿Cuándo empezó/terminó? _____

____ Sí ____ No **¿Beneficios de alimentos?** ____ Sí ____ No **WIC** ____ Sí ____ No **Tarjeta de Medico**

____ Sí ____ No **¿Becas para estudiantes?** (Nota: Las subvenciones son dinero que no tiene que pagar)

¿Qué semestres y el año?: _____ ¿Cuánto recibe en dinero? _____

____ Sí ____ No **¿Otro Sueldo?** Explica: _____

Si no tuvo ingresos o muy pocos, por favor explique cómo obtuvo alimentos y vivienda este último año:

(Por ejemplo, vivía con los padres, apenas divorciados, etc.) _____

Se requiere comprobante de todos ingresos. Por favor provee comprobante. Si no está disponible, por favor hable con nosotros.

Situación de Vivienda

(Marque todas las que se apliquen a su situación):

Están **Viviendo en casa propia**

Si este es el caso, usted tiene Casa propia/La esta comprando Alquila Subsidio Gubernamental de Vivienda

Viviendo con familia/amigos (marque todas las que apliquen a su situación):

- Razón por la que está en esta situación:** debido a desalojo o juicio hipotecario
 Por razones financieras
 Recién separado o divorcio
 cuidando a miembro de la familia que necesita ayuda
 Por qué lo elegimos o es nuestra cultura
 Otra razón (explique abajo)

- Situación de vivienda temporal**
 Alberge
 Sin hogar
 Otra situación (explique abajo)

Explique su situación de cómo vive: _____

Situaciones de Familia

La información siguiente será utilizada para ayudarnos a dar prioridad a las solicitudes. Esta información no se requiere, pero podría ayudar a que su hijo sea aceptado en el programa. **Por favor marque todas las que se apliquen.**

Situaciones de Familia	¿Ha sido esto una preocupación?	¿Si lo ha sido, cuando?	Situaciones de Familia	¿Ha sido esto una preocupación?	¿Si lo ha sido, cuando?
Un padre en el ejército			Violencia doméstica		
Padre en servicio militar en el extranjero			Problemas graves de familia		
Bancarrota, embargo de un vehículo/etc.			Enfermedad grave en la familia		
Padre en encarcelado			Se necesita terapia/alguien esta recibiendo terapia		
Abuso infantil o negligencia de menores			Enfermedad Mental (depresión, bipolar, esquizofrenia, discapacidad, etc.		
Hay un caso abierto con o investigación por parte del departamento de servicios de protección de menores			Falta de transporte confiable o licencia de conducir		
Problemas legales			Otras cuestiones:		
Alcoholismo, abuso de drogas					

¿Tiene un médico para su familia? Sí No Nombre de médico: _____

¿Tiene un dentista para su familia? Sí No Nombre de dentista: _____

Información de Salud/Discapacidad

No es necesario proveer esta información. Esta información nos ayudara a ofrecerle servicios a su hijo que sean necesarios para ofrecerle el mejor cuidado. Tambien nos ayudará a ofrecerle servicios adicionales a su hijo que pueda necesitar e impedir que la registracion de su hijo se retrase. Estamos comprometidos a proveer servicios a TODOS los niños.

¿Sabe o sospecha que su hijo tiene una la discapacidad? _____ Sí _____ No

En caso afirmativo, que es la discapacidad ? _____

¿Está su hijo en IEP? (Plan educativo individual a través de su escuela local) ___ Sí ___ No (En caso afirmativo, se requiere copia)

¿Su hijo tiene problemas de salud mental? ___ Sí ___ No Diagnóstico: _____

¿Si es así, qué medicamentos toma para ello? _____

Alergias, Salud especiales o condiciones médicas, y suplementos alimenticios

Provee información exacta. Si su hijo tiene problemas de salud o condiciones médicas, un plan de cuidados y/o JFS 01217 "Petición por Administración de Medicamentos". Este se tendrá que ser llenado y se mantendrá en el expediente del niño localizado en el centro.

Tiene su hijo alergias a los alimentos, medicamentos, o al ambiente? (marque todas las que apliquen)

No

Sí – marque todas las apliquen Alimentos Medicina Ambiente Por favor lista y explica:

¿La alergia ha sido diagnosticada por un profesional? Si No Edad del niño cuando recibió el diagnosis _____

Si su hijo es alérgico a la leche, marque lo que no pueden comer: Leche Yogur Crema queso Crema de Queso

Otro _____

¿Las alergias de su hijo requieren que el personal lo observen e identifiquen síntomas, tomen acción si estos se observan y le administren medicamentos en caso de emergencia? (marque uno)

No

Sí – un plan de cuidados debe ser realizado, si necesitamos dar medicamentos el formulario 01217 "Petición por Administración de Medicinas" tendrá que ser llenado.

¿Su hijo tiene problemas de salud o una condición médica especial? (marque uno)

No

Sí - Por favor explique

¿El problema de salud o condición médica requieren que el personal de tratamiento, cuide a su hijo en caso de síntomas o administre medicamentos? (marque uno)

No

Sí – un plan de cuidados debe ser realizado, si necesitamos dar medicamentos el formulario 01217 "Petición por Administración de Medicinas" tendrá que ser llenado

¿Su hijo actualmente está tomando medicamentos, suplemento alimenticio o alimento médico (como solución electrolítica)? (marque uno)

No

Sí – Por favor explique

En caso afirmativo. ¿Tiene este medicamento, suplemento alimenticio, o alimento medico d ser administrados en el centro de cuidado infantil?

No

Sí – Formulario JFS 1217 "Petición por Administración de Medicamentos" debe llenarse por cada medicamento, suplemento alimenticio o alimento médico. Estos se mantendrán el expediente de su hijo.

¿Su hijo tiene restricciones en la dieta, incluyendo por razones médicas, religiosas o culturales? (marque uno)

No

Sí – instrucciones del doctor/pediatra deben estar documentadas en el formulario JFS 1217 "Petición por Administración de Medicamentos"

N/A – el niño no asiste un programa de tiempo completo.

Provee información adicional que nosotros deberíamos saber acerca de su hijo:

Firmas/Entrega de Información

Nombre del Niño

Fecha de Nacimiento

Doy mi permiso a HHWP CAC Head Start para intercambiar información con los distritos escolares para servicios de IEP si mi hijo tiene una discapacidad o hay indicaciones de discapacidad.

Doy mi permiso a HHWP CAC Head Start para intercambiar información con médicos / proveedores de servicios dentales, según sea necesario para el seguimiento de cualquier información proporcionada en la física y / o dental de Head Start, o de otras formas de Head Start con respecto a exámenes médicos la visión la audición /, la presión arterial, el hierro y los niveles de plomo, las alergias, y cualquier dieta especial. Esta información sólo podrá ser utilizada para el cuidado y bien estar de mi hijo, determinar la mejor manera de proveer servicios de alta calidad y para satisfacer los requisitos.

Doy mi permiso a HHWP CAC Head Start para verificar la información contenida en la solicitud y cualquier información que sea necesaria para llenarla.

Los proveedores médicos, los empleadores, DJFS, el Seguro Social, CSEA, otros organismos y otras entidades pueden dar información a HHWP CAC Head Start con el propósito de verificar ingresos, los registros de vacunación, información de salud, fecha de nacimiento, y la custodia del niño, con el propósito de inscribir a mi hijo en el programa de Head Start.

Toda la información será confidencial. Se seguirán las leyes de HIPAA. **

Declaro que toda la información en esta solicitud es verdadera. No he tenido otro ingreso desde 01/01/2021. Solamente lo que aparece en esta solicitud.

Firma del Padre _____ Fecha _____

Nombre: _____

Firma del Padre _____ Fecha _____

Nombre: _____

*Si los dos padres o un padrastro/a que tiene sueldo y viven en la casa, por favor incluya las de tales.

** Este se vence dos años después de su firma, a menos que sea revocado por las personas que han firmado**