

Head Start
Three Rivers Community Action, Inc.
1414 North Star Drive
Zumbrota, MN 55992
1-800-277-8418



HEAD START



 Three Rivers Community Action, Inc.

Un programa pre-escolar enfocado en el desarrollo de padres y niños para familias con niños de 3-5 años de edad.

Devuelva esta aplicación lo antes posible con la información siguiente:

- **Comprobantes del ingreso familiar (de los últimos 12 meses)**
- **Comprobantes de la discapacidad de su niño(a) (si aplica)**

Su aplicación no será procesada sin esta documentación

¿Tiene preguntas? Llame al 1-800-277-8418 (ó contacte su oficina mas cercana) ¿Habla español? Llame al 1-800-277-8418 Ext.156

201 South Lyndale Avenue
Faribault, MN
507-333-6450
866-644-4510

611 Broadway Avenue
Wabasha, MN
507-732-8515
800-277-8418

1414 North Star Drive
Zumbrota, MN
507-732-7391
800-277-8418

TTY callers us MN SERVICIOS RELAY
1-800-627-3529

Dirección de retorno

Ponga una
estampilla
aqui

Head Start
Three Rivers Community Action, Inc.
1414 North Star Drive
Zumbrota, MN 55992

POR FAVOR CIERRE O ENGRAPE PARA PROTEGER SU PRIVACIDAD

Sección 2

INFORMACION FAMILIAR

Familiares quiere decir:

Todas las personas viviendo en su casa quienes son:

- 1) Familiares de los Padres del niño(a) ó Tutor, de sangre, matrimonio ó adopción
- 2) Que están siendo mantenidos con los ingresos de los Padres ó Tutor del niño(a) (ósea que **NO** están trabajando ó ganando sus propios ingresos).

Numero de familiares viviendo en su casa: _____

Por favor enumere a todos los familiares que viven en su casa:

Nombre	Relación con el Niño(a)	Fecha de nacimiento

Si necesita escribir mas nombres por favor anexe otra hoja con dicha información

Tipo de Familia:

- Familia con ambos Padres
- Madre/Padre soltero
- Madre/Padre soltero viviendo con un compañero(a)
- Familia adoptiva
- Tutor
- Padres adolescentes (menores de 18 años)
- Otro: _____

¿Cuántas veces se han movido usted y sus niños en los últimos 12 mese? _____

¿Han estado los Padres ó el Tutor empleados en los últimos 12 meses? Si No

Si es si, por favor enumere sus empleadores de los últimos 12 meses:

Padre/Tutor #1 nombre: _____

Nombre del patrono ó empleador	Fechas del empleo

Padre/Tutor #2 nombre: _____

Nombre del patrono ó empleador	Fechas del Empleo

Por favor marque todos los recursos de ingresos que su Familia ha tenido en **los últimos 12 meses:**

- Empleo (incluya salarios antes de deducciones, trabajos por temporada, trabajos de granjas y empleos propios)
- Asistencia Pública (incluya MFIP, DWP y asistencia de emergencia)
- SSI (Ingreso de Seguridad Suplemental)
- Compensaciones de desempleo (Fechas: _____ a _____)
- Compensaciones de Trabajadores
- Manutención para el Niño(a)
- Ayuda para la alimentación del niño(a)
- Ayuda Financiera Regular de un miembro de la familia que está ausente
- Ayuda para las Familias de Militares
- Beneficios para Veteranos
- Pensiones Privadas ó del Gobierno (incluyendo pago por retiro Militar)
- Becas ó Subsidios de Colegios y Universidades
- Subsidio para el cuidado por adopción
- Pagos de aseguranzas ó anualidades
- Seguro Social
- Premios de Casinos ó Lotería
- Pagos por retiro
- Beneficios de los Fondos de la Unión
- Ingresos por Dividendos
- Ingresos por intereses
- Ingresos netos por alquileres
- Ingresos netos por derechos
- Ingresos periódicos Estatales ó Federales
- Pagos por entrenamientos
- Otros: _____

Las familias deben proveer documentación de los ingresos de todos sus miembros por los pasados 12 meses para poder procesar esta aplicación.

La documentación de Ingresos será destruida una vez que la aplicación se haya completado y se determine la elegibilidad. Los documentos originales no serán devueltos. Por lo tanto, por favor traiga fotocopias o traiga sus documentos a una oficina de Three Rivers en donde el personal puede sacar las copias por usted. Por favor mande copias de su W-2, 1040, 1040 A, talones de cheques, o verificación escrita del empleador.

Yo doy mi permiso a Three Rivers Head Start para entrar en contacto con las fuentes de mis ingresos y obtener información sobre mi ingreso familiar. Yo entiendo que esto puede ayudar en el proceso para esta aplicación y determinar mi elegibilidad para este programa.

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____

Sección 3

OTRA INFORMACION

¿Ha estado su niño(a) asistiendo previamente a un programa de Head Start? Si No
 Marque todos los que aplican:
 O Three Rivers Head Start: _____ Lugar _____ O Head Start para Migrantes: _____ Lugar _____ O Otro programa de Head Start: _____ Lugar _____
 Fecha(s) de asistencia: _____

¿Ha estado otro niño(a) de su casa asistiendo a Head Start? Si No
 Marque todos los que aplican:
 O Three Rivers Head Start: _____ Lugar _____ O Head Start para Migrantes: _____ Lugar _____ O Otro programa de Head Start: _____ Lugar _____
 Fecha(s) de asistencia: _____ Nombre del niño(a): _____ Relación con el niño que esta aplicando actualmente: _____

¿Estuvo su niño(a) en la lista de espera de Three Rivers Head Start el año pasado? Si No

En un esfuerzo por servir mejor a su niño(a) y su Familia, **por favor marque todas las condiciones que actualmente afectan ó han afectado a los niños de su familia en los últimos 12 meses** (marque todas las que aplican):

La información dada es confidencial, Usted no esta obligado a dar esta información, pero nos serviría para asistir mejor las necesidades de su familia.

- Abuso de Drogas/Alcohol
- Abuso Domestico
- Niños(as) Abusados / Negligencia
- Padres con problemas mentales
- Padres con discapacidad mental
- Familia Desplazada de Casa
- Muerte de un miembro cercano de la Familia (Madre, Padre o algún hermano(a)) Relación con el niño(a) _____
- Divorcio ó separación de los Padres Fecha: _____
- Significante e Impactante Disminución del ingreso Familiar (Ej.: prolongado desempleo, etc.) Explique: _____
- Encarcelamiento de un miembro de la familia Relación con el niño(a) _____
- Prolongado servicio militar de uno de los Padres Fecha: _____
- Padres con Ingles limitado (incapaz de comunicarse sin un intérprete)
- Diagnostico de una condición médica grave de un miembro cercano de la Familia Explique: _____
- Referido a Head Start por un Profesional / Agencia (Ej.: Servicios Sociales, ECSE, Medico, Salud mental, etc.) (Por favor provea documentación de la referencia)
- Padres adolescentes (menores de 18 años al 1 de Septiembre del actual año escolar)
- Colocación temporal por adopción
- Niños(as) puestos en custodia legal de un Tutor ó de otro familiar
- Otro: _____

Sección 4

TRANSPORTE

El Transporte **PODRIA** ser proveído para las familias. Esto dependerá de donde UD. vive y del tiempo de la ruta del autobús.

¿Le gustaría recibir transportación para su niño(a) si estuviera disponible? Si No
 Dirección donde su niño(a) sería recogido: _____
 Dirección donde su niño(a) sería entregado: _____
 Calle _____ Ciudad _____
 Calle _____ Ciudad _____

Sección 5

PRIVACIDAD DE DATOS, AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION, FIRMA

Entiendo que esta es una aplicación SOLAMENTE y que no garantiza la inscripción en el programa. También entiendo que debo mantener al personal de Head Start informado de cualquier cambio de Dirección ó de teléfono.

Su derecho de privacidad es protegido por el Acta de Privacidad de Minnesota. La información privada en la aplicación de Head Start será utilizada para determinar su elegibilidad y para el planeamiento del programa. No se requiere legalmente proporcionar esta información. El personal de Head Start, los empleados de las fuentes de Financiamiento, así como El Estado y los Interventores Federales tendrán acceso a esta información para asegurarse de que Ud. esta siendo servido correctamente. Head Start de Three Rivers guardará esta información archivada por tres años a partir de la última fecha de su actualización ó hasta que el programa de auditorías se termine y después serán destruidas. Usted puede revisar sus expedientes a través de una cita en horas de oficina de la agencia, llamando al Director del programa al 1-800-277-8418. Entiendo la información de Privacidad de Datos arriba explicada.

Certifico que la información que he proporcionado es veraz y correcta según mi mejor conocimiento. Entiendo que el proveer información incorrecta puede descalificar a mí Familia del programa.

Permiso para dar Información: Autorizo por este medio a Head Start para obtener, determinar y para compartir la información con respecto a mi niño(a) con el Distrito Local de la escuela para poder sugerir referencias y recursos apropiados. Entiendo que el proceso es para asistirme en la preparación de mi niño(a) para el Jardín de Infantes (Kinder).

Firma del Padre/Madre/Tutor: _____ Fecha: _____



Aplicación 2010-2011

Cuestionario de vivienda para niños y familias en Head Start

Su niño(a) puede calificar para los servicios a través del acto de ayuda de McKinney-Vento. La elegibilidad puede ser determinada completando este cuestionario.

Nombre del Niño(a): _____

Nombre(s) de Padre/Tutor: _____

1. ¿Donde viven usted y su familia actualmente? (*Marque una solamente*)

- Temporalmente compartiendo la vivienda de otra persona debido a la pérdida de su propia vivienda, dificultades económicas o una razón similar.
- Viviendo en un motel, hotel, parqueo de casas rodantes o de campamento debido a no poder pagar o encontrar una vivienda razonable.
- Viviendo en refugios de emergencia o temporales
- Viviendo en un vehiculo de cualquier tipo, en un edificio abandonado, una vivienda sin agua o electricidad, en un parque, autobús, o estación de tren.
- Ninguna de las anteriores. Viviendo en mi propio apartamento/casa que rento o del cual soy dueño.

2. Marque todas las que apliquen.

- El niño(a) esta viviendo con un adulto que no es su padre o tutor legal.
- El niño(a) esta en espera de un hogar adoptivo.
- Ninguna de las anteriores. El niño(a) es mi propio hijo(a).

Al firmar usted certifica que la información proporcionada es correcta.

Firma de Padre/Tutor o Adulto a cargo del Niño(a) Fecha

(Área) Numero de Teléfono Calle Ciudad Estado Código Postal

Sólo para el uso de Head Start

Personal de Head Start y/o Coordinadora de ERSEA Fecha