

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 más 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



Three Rivers Head Start



Aplicación 2011-2012

La información siguiente ayudará a determinar la elegibilidad de su niño(a) para Head Start. La información dada es confidencial. No se requiere proporcionar esta información. Sin embargo, la información incompleta o inexacta puede evitar que determinemos su elegibilidad para el programa de Head Start. Si usted necesita ayuda para llenar esta aplicación, llame por favor al 1-800-277-8418 Ext.156

Sección 1

INFORMACION DEL NIÑO(A)

Nombre del Niño(a): _____ / _____
Primer nombre Inicial Apellido Conocido por

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Masculino Femenino
Mes/Día/Año

Nombre de los Padres/Tutor _____

El Niño(a) vive con: Madre Padre Ambos Padres Adoptivos Tutor Abuelos

Dirección: _____
Calle

Ciudad Estado Código Postal Condado

Dirección postal: _____
(Si es diferente) Calle

Ciudad Estado Código Postal Condado

Teléfonos: _____ / _____ / _____
Casa Trabajo Celular ó Mensajes

Dirección de correo electrónico: _____

¿Qué idioma(s) habla el niño en casa? _____

¿Qué idioma(s) hablan los padres en la casa? _____

¿En qué idioma prefiere que le enviemos material escrito?: _____

¿Necesita un intérprete? Si No

¿Tiene el niño(a) una condición médica grave ó ha sido diagnosticado como discapacitado? Si No

Si es si, por favor describa la discapacidad ó condición médica: _____

- **Por favor provea documentación de la discapacidad ó condición de su niño(a)**

¿A qué Distrito Escolar ira el niño(a) cuando entre a Kindergarten? _____

¿Esta su niño(a) actualmente en un IEP (Plan Individual de Educación) a través de su Distrito Escolar Local? Si No

Si es si, ¿En cuál distrito? _____

Su hijo/a a tenido alguna vez una evaluación de sus habilidades de desarrollo a través de su distrito escolar local? Si No

¿Esta su niño(a) recibiendo servicios de otra Agencia ó Proveedor? Si No

Si es si, por favor describa: _____

Doy permiso para que Three Rivers Head Start contacte la Agencia/Proveedor y/o Distrito Escolar arriba detallados y obtenga la información sobre mi niño(a). Entiendo que esto puede ayudar en el proceso de esta aplicación y en los servicios coordinado

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:
○ Three Rivers Head Start: _____ Lugar Head Start para Migrantes: _____ Lugar 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:
○ Three Rivers Head Start: _____ Lugar Head Start para Migrantes: _____ Lugar 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: _____

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

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: _____
Calle _____ Ciudad _____
Dirección donde su niño(a) sería entregado: _____
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 mi 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 2011-2012

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

HEAD START



Three Rivers Community Action, Inc.
Working with you in Southeastern Minnesota



Nombre de niño/a: _____

Con el fin de ayudar al Departamento de Transporte para planificar las rutas y a que nos ayuden a colocar a los niños en las clases más pronto, por favor indique en donde desea que su hijo/a sea recogido/a o dejado/a si fuera a ser colocado ya sea en la clase de la **mañana**, o la clase de la **tarde**. Por favor complete los dos escenarios AM y PM.

Si mi hijo fuera a ser puesto en la clase de la **mañana**:

Seria recogido en: _____

Seria dejado en: _____

Si mi hijo fuera a ser puesto en la clase de la **tarde**:

Seria recogido en: _____

Seria dejado en: _____

*****FAVOR DE REGRESAR LA APLICACIÓN*****

