



Three Rivers Head Start/Early Head Start Application *Solicitud de Head Start/Early Head Start de Three Rivers*

Program Options Which Head Start Center or Program are you applying for?

Opciones del programa *A qué Centro o Programa de Head Start está solicitando admisión?*

- ☐ Faribault Full Day 8am-3:30pm Faribault *Día completo*
☐ Faribault morning 8-11:30am *Faribault por la mañana*
☐ Faribault Afternoon 12-3:30pm *Faribault por la tarde*
☐ Northfield Full Day 8am-3:30pm *Northfield Día completo*
☐ Red Wing Morning 8:15-11:45am *Red Wing por la mañana*
☐ Red Wing Afternoon 12-3:30pm *Red Wing por la tarde*
☐ Lake City Morning 9:30am-1pm *Lake City por la mañana*
☐ Zumbrota Morning 9:30am-1pm *Zumbrota por la mañana*
☐ Early Head Start Home Visiting (ages 0-3 and pregnant women) - all year *de 0 a 3 años, año completo*

About You (parent/guardian) Answer the following questions about the primary parent or guardian.

Sobre usted (padre/tutor) *Responda las siguientes preguntas sobre el padre o tutor principal.*

First Name *Primer Nombre* _____ Last Name(s) *Apellido(s)* _____

Birthdate *Fecha de Nacimiento* _____ Gender *Género* _____

Race *Raza* _____ Ethnicity *Etnicidad* ☐ Hispanic or Latino ☐ not Hispanic or Latino

Which language(s) do you normally speak at home? *Qué idioma(s) hablan normalmente en casa?*

☐ English *ingles* ☐ Spanish *español* ☐ Somali *somali* ☐ Other *Otro* _____

English skill level *Nivel de inglés*

☐ Very well *Muy bien* ☐ A little *Un poco*

☐ Well *Bien* ☐ None *Nada*

Do you need an interpreter to communicate in English? *Necesita un intérprete para*

Comunicarse en inglés? ☐ Yes *Sí* ☐ No *No*

Written language preference (Spanish, English, or Somali)

Preferencia de idioma escrito (español, inglés o somalí) _____

Do you receive income? *Recibe ingresos?* ☐ Yes *Sí* ☐ No *No*

Phone Number *Número de teléfono* _____

Can we send you text messages? *Puede recibir mensajes de texto?* ☐ Yes *Sí* ☐ No *No*

Email *Correo electrónico* _____

Preferred method(s) of communication *Métodos preferidos de comunicación*

☐ Email *Correo electrónico* ☐ Text *Texto* ☐ Phone call *Llama por teléfono*

About your Head Start child ***Participante de Head Start***

If your child has a middle name, include it. If your child has more than one last name, please include them both. Their name here should appear exactly as it does on their birth certificate. If they are a Junior, a III, etc. please also include that information as well. ***Si su hijo tiene segundo nombre, inclúyalo. Si tiene más de un apellido, inclúyalos ambos. Su nombre debe aparecer exactamente como aparece en su certificado de nacimiento. Si es un Junior, un III, etc., incluya también esa información.***

First Name ***Primer Nombre*** _____ Middle Name ***Segundo Nombre*** _____
Last Name(s) ***Apellido(s)*** _____

Birthdate ***Fecha de Nacimiento*** _____ Gender ***Género*** _____

Race ***Raza*** _____ Ethnicity ***Etnicidad*** ☐ Hispanic or Latino ☐ not Hispanic or Latino

What language(s) does your child speak at home? ***Qué idioma(s) habla su hijo en casa?***

☐ English ***ingles*** ☐ Spanish ***español*** ☐ Somali ***somali*** ☐ Other ***Otro*** _____

Does your child have ☐ asthma ☐ severe allergy ☐ Other disability/condition (explain) _____

Padece su hijo/a de ☐ ***asma*** ☐ ***alergia severa*** ☐ ***otro discapacidad o condición***
(Explique) _____

Has your child completed Early Childhood Screening? ***A su hijo le han hecho una evaluación de su desarrollo?*** ☐ Yes ***Sí*** ☐ No ***No***

Does your child have an IEP or IFSP? ***Tiene su hijo algún plan IEP o IFSP?*** ☐ Yes ***Sí*** ☐ No ***No***

Do you have concerns about your child's development? ***Tiene usted alguna preocupación sobre el Desarrollo de su hijo(a)?*** ☐ Yes ***Sí*** ☐ No ***No*** If yes, please explain: ***Si la respuesta es sí, por favor explique:***

Special Situations ***Situaciones especiales***

Certain factors make a child automatically eligible for Head Start. Please mark the boxes if any of these apply to your family. ***Ciertos factores hacen que un niño sea automáticamente elegible para el programa de Head Start. Marque las casillas si alguno de estos factores aplica a su familia.***

☐ We are living in a motel, hotel, or campground because we cannot afford housing

Vivimos en un hotel o en un campamento porque el dinero no nos alcanza para tener nuestra propia vivienda

☐ We are living in an emergency or transitional shelter

Vivimos en un refugio temporal o de emergencia

☐ We are sharing housing with another person or family because we lost or cannot afford our own housing

Compartimos vivienda con otra gente debido a la pérdida de nuestra vivienda o dificultades económicas

☐ We are living in a vehicle at this time (any kind of vehicle)

Vivimos en un vehículo en este momento (cualquier tipo)

☐ We consider ourselves homeless

Nos consideramos como personas sin hogar

☐ Child is a foster child

Mi hijo es un niño de acogido

☐ Child is in custody of a non-parent family member

El niño esta bajo la custodia de un miembro de la familia que no sea el padre?

Income Ingresos

Please check all sources of income for you or anyone else in your household in the past year

Marque todas las fuentes de ingresos de usted o de cualquier otra persona en su hogar durante el último año.

- ☐ Wages or Salary **Salario**
- ☐ TANF/MFIP (Cash Assistance) **Asistencia de Efectivo**
- ☐ SSI (Supplemental Security Income) **Seguridad Suplementaria**
- ☐ SSDI, RSDI, SSA (Social Security Income) **Seguridad Social**
- ☐ DWP (Divisionary Work Program) **Programa de trabajo Divisional**
- ☐ Self Employment or Farm Income **Empleo por cuentapropia/ Ingresos agrícolas**
- ☐ Unemployment **Desempleo**
- ☐ Long or Short-Term Disability **Discapacidad a corto o largo plazo**
- ☐ SNAP (Supplemental Nutritional Assistance Program) **Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria**
- ☐ WIC **WIC**
- ☐ No income in the past year **Sin ingresos en el último año**
- ☐ Gifts o personal loans **Regalos o pretamos personales**
- ☐ Other **Otro**

About your family *Sobre su familia*

How many people live in your home? *Cuántas personas viven en su casa?* _____

Please list ALL people living in your house right now, other than the primary parent/guardian and Head Start child listed above.

Enumere TODAS las personas que viven en su casa en este momento, excepto el padre/tutor principal y el niño de Head Start mencionados anteriormente.

[illegible]

If there are 2 adults living in the home, are you both the biological (or adopted) parents of the Head Start child? *Si hay 2 adultos viviendo en el hogar, ¿son ambos los padres biológicos (o adoptivos) del niño de Head Start?* ☐ Yes *Sí* ☐ No *No* ☐ Not Applicable *No applicable*

If there are 2 adults living in the home, are you legally married? *Si hay 2 adultos viviendo en la casa, ¿están legalmente casados?* ☐ Yes *Sí* ☐ No *No* ☐ Not Applicable *No applicable*

Phone number and/or email for SECONDARY parent/guardian *Número de teléfono y/o correo electrónico del padre/tutor SECUNDARIO* _____

Who has LEGAL custody of the Head Start child? If anyone other than the parent(s)/guardian(s) listed on the application have custody, please explain. *Quién tiene la custodia legal del niño de Head Start? Si alguien que no sea el padre/madre/tutor mencionado en la solicitud tiene la custodia, por favor explique.*

Are there any orders of protection in place? If so, please list name and relationship to the Head Start child. We may ask for documentation of this so all site staff are aware. *Existen órdenes de protección vigentes? De ser así, indique el nombre y el parentesco con el niño de Head Start. Podríamos solicitar documentación al respecto para que todo el personal del centro esté al tanto.*

Is anyone in the home pregnant? *Hay alguna persona embarazada en casa?* ☐ Yes *Sí* ☐ No *No*

Home Address *Dirección Particular*

Mailing Address (if different from Home Address) *Dirección Postal (si es diferente de la dirección particular)*

Additional Information *Información Adicional*

Are you a staff member of an agency (Three Rivers, Social Services, Public Health, etc.) helping the applicant with this form? If so, please provide your name here. *Es usted miembro del personal de una agencia (Three Rivers, Servicios Sociales, Salud Pública, etc.) que ayuda al solicitante con este formulario? De ser así, indique su nombre aquí.*

How did you hear about us? *Como se enteró de nosotros?* _____

Is there anything else we should know about your child or your family? *Hay algo más que debemos saber sobre su hijo o su familia?*

Data Privacy. Release of Information

Yes, I agree to the release of my information as outlined in the paragraph below. I understand my rights and responsibilities, and I certify that this information is true and accurate. I give permission for Three Rivers Head Start to: (1) Share and exchange information about my child or family, including but not limited to: IEP/IFSP information, evaluations, name(s), phone number(s), and address(es) with my local school district, Public Health, or other outside agency/provider that I have indicated on this application. I understand this may be helpful in the application process and to coordinate services for my child (2) Obtain, assess, and share information regarding my child with the local school district so that appropriate referrals and resources may be suggested. I understand that the process is to assist me in preparing my child for kindergarten (3) Contact

any or all of my income sources and to obtain information about my gross income. I understand this may assist in the application process and in determining my child's eligibility for the Head Start program. Your right to privacy is protected by the Minnesota Privacy Act. Private information on the Head Start application will be used to determine your eligibility and for program planning. You are not legally required to provide this information. I certify that the information that I have provided is true and complete to the best of my knowledge. I understand that providing incorrect information may disqualify my family from the program, and in some cases may constitute fraud.

Privacidad de datos, divulgación de información

Sí, acepto la divulgación de mi información como se describe en el párrafo a continuación. Entiendo mis derechos y responsabilidades, y certifico que esta información es verdadera y precisa. Doy permiso a Three Rivers Head Start para: (1) Compartir e intercambiar información sobre mi hijo o familia, incluyendo, pero no limitado a: información del IEP/IFSP, evaluaciones, nombre(s), número(s) de teléfono y dirección(es) con mi distrito escolar local, Salud Pública u otra agencia/proveedor externo que haya indicado en esta solicitud. Entiendo que esto puede ser útil en el proceso de solicitud y para coordinar los servicios para mi hijo. (2) Obtener, evaluar y compartir información sobre mi hijo con el distrito escolar local para que se puedan sugerir referencias y recursos apropiados. Entiendo que el proceso es para ayudarme a preparar a mi hijo para el kínder. (3) Contactar cualquiera o todas mis fuentes de ingresos y obtener información sobre mis ingresos brutos. Entiendo que esto puede ayudar en el proceso de solicitud y en determinar la elegibilidad de mi hijo para el programa Head Start. Su derecho a la privacidad está protegido por la Ley de Privacidad de Minnesota. La información privada de la solicitud de Head Start se utilizará para determinar su elegibilidad y para la planificación del programa. No está legalmente obligado a proporcionar esta información. Certifico que la información que he proporcionado es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información incorrecta puede descalificar a mi familia del programa y, en algunos casos, constituir fraude.

Signature ***Firma***

Signature ***Firma***

Date ***Fecha***

Next Steps

We require documentation of your:

- household income (SNAP card, MFIP document, SSI letter, W2, or 1040 from the last calendar year)
 - if your child is experiencing homelessness, we do not require income documentation
 - if your child is a foster child, we do not require income documentation. If your child is a foster child, please submit the court order, DOPA, or other legal documentation
- your child's birthdate (birth certificate or immunization record). If you are not able to find this easily, we may be able to verify your child's birthdate another way.
- your child's IEP or IFSP, if applicable

You can text pictures to 507-696-1970, email them to cklein@threeriverscap.org, or bring them to a Three Rivers office to be copied.

This is an application ONLY and does not guarantee enrollment in the program. Please keep Three Rivers Head Start informed of any changes in your phone number. We will follow up with you if we need more documentation to verify your family's eligibility for the program or to let you know if your child is accepted.

Feel free to text or call 507-696-1970 or email cklein@threeriverscap.org with any questions about the application or next steps.

Thank you!

Próximos pasos

Necesitamos documentación de

- los ingresos de su hogar (Tarjeta SNAP, documento MFIP, carta SSI, W2 o 1040 del último año calendario)
 - Si su hijo se encuentra en situación de calle, no se requieren estos documentos.
 - Si su hijo es un niño de acogida, no se requieren estos documentos. Si su hijo es un niño de acogida, presente la orden judicial, la DOPA u otra documentación legal.
- la fecha de nacimiento de su hijo/a (certificado de nacimiento o registro de vacunación) Si no puede encontrarlo fácilmente, es posible que podamos verificar la fecha de nacimiento de su hijo de otra manera.
- su IEP o IFSP, si corresponde

Puede enviar fotos por texto al 507-696-1970, enviarlas por correo electrónico a cklein@threeriverscap.org o traerlas a una oficina de Three Rivers para fotocopiarlas.

Esta es SOLO una solicitud y no garantiza la inscripción en el programa. Por favor, mantenga informado a Three Rivers Head Start sobre cualquier cambio. Nos pondremos en contacto con usted si necesitamos más documentación para verificar la elegibilidad de su familia para el programa o para informarle si su hijo/a fue aceptado/a.

Si tiene alguna pregunta sobre la solicitud o los próximos pasos, no dude en enviar un mensaje de texto o llamar al 507-696-1970 o enviar un correo electrónico a cklein@threeriverscap.org.

Gracias!