



# HEADSTART/EARLY HEAD START

2008-2009

# Aplicación de Matriculación

Apellido Legal del Niño	Primer Nombre	M.I.	Preferido/Sobrenombre	Fecha de la Aplicación
Fecha de Nacimiento (mes / día / año)		Idioma: Primario		Idioma: Secundario
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Distrito Escolar	Si mi niño no califica para HS, yo doy mi permiso a tener mi aplicación adelantada al Programa Great Start <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Estoy aplicando para: (día repleto para padres que trabajan) (día repleto para padres que trabajan)				
<input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Head Start Home Base <input type="checkbox"/> Día Repleto Head Start            o <input type="checkbox"/> Día Repleto Early Head Start				
¿Como oyó usted acerca de este programa?			¿Está su niño saliendo de Early Head Start or Early on? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Cuántas veces se ha movido en los últimos tres años?			¿Esta sin hogar o viviendo en un refugio?	

DOMICILIO			
Domicilio: Calle / Apartamento	Cuidad / Estado/ Código Postal	Condado	Número de Teléfono
Domicilio postal (si es diferente) : Calle / Apartamento	Cuidad / Estado / Código Postal	Condado	Número de Teléfono

INFORMACION DEL HOGAR								
Apellido	Primer Nombre	M.I.	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación	Idioma Primario	¿Bachiller? Sí No	¿Empleado? Sí No
Apellido	Primer Nombre	M.I.	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación	Idioma Primario	¿Bachiller? Sí No	¿Empleado? Sí No
Apellido	Primer Nombre	M.I.	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación	Idioma Primario	¿Bachiller? Sí No	¿Empleado? Sí No
Apellido	Primer Nombre	M.I.	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación	Idioma Primario	¿Bachiller? Sí No	¿Empleado? Sí No
Apellido	Primer Nombre	M.I.	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación	Idioma Primario	¿Bachiller? Sí No	¿Empleado? Sí No
Apellido	Primer Nombre	M.I.	Fecha de Nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación	Idioma Primaria	¿Bachiller? Sí No	¿Empleado? Si No
NÚMERO TOTAL EN EL HOGAR		( 12 MESES ANTERIOR/ O INGRESO DEL AÑO 2007 \$			<b>(PRUEBA DE LOS ULTIMOS 12 MESES DE INGRESO DEBE SER ADJUNTADA PARA PROCESAR LA APLICACIÓN)</b>			

INFORMACIÓN DE TRANSPORTACIÓN (SI TRANSPORTACIÓN ESTA DISPONIBLE)			
Localización Donde Se Recogerá <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Niñera	Si Niñera, Nombre :	Domicilio	Teléfono
Localización Donde Se Dejala <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Niñera	Si Niñera, Nombre :	Domicilio	Teléfono

SI YO NO PUEDO SER LOCALIZADO, POR FAVOR CONTACTE A:		
<b>CONTACTO #1</b>		
Nombre	Número de Teléfono	Relación al Niño
Domicilio		Cuidad / Estado / Código Postal
<b>CONTACTO #2</b>		
Nombre	Número de Teléfono	Relación al Niño
Domicilio		Cuidad / Estado / Código Postal

INGRESO DE LA FAMILIA					TIPO DE PRUEBA
Nombre	Origen	Cantidad \$	Por	Cantidad Anual \$	Descripción
Nombre	Origen	Cantidad \$	Por	Cantidad Anual \$	Descripción

Marque la caja si la familia recibe cualquier de los siguiente servicios : <input type="checkbox"/> MDHS Child Care Reimbursements <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> FIP Payments <input type="checkbox"/> Work First <input type="checkbox"/> Es Niño(a) de Crianza	<b>NOTA: Prueba de cualquiera de estos servicios puede ser adjuntada para ser elegible de ingresos.</b>
---	---

COBERTURA DE SALUD				
Estado de Elegibilidad del Medicaid : <input type="checkbox"/> Elegible <input type="checkbox"/> No Elegible <input type="checkbox"/> Potencialmente <input type="checkbox"/> Anteriormente			Número de Medicaid	
Otros Servicios Médicos Primarios			Número de Seguro	
DIAGNÓSTICO MÉDICO			¿Alguna medicina recetada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (detalle)	
Asma Diagnosticada <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Alergia diagnosticada (e.g. manteca de cacahuate, diario, picadura de abeja) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (detalle)		Preocupación(es) Médico (por favor especifique) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (detalle)	
MÉDICO DE LA FAMILIA				
Centro Médico		Teléfono		Médico
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha de Último Examen Físico del Niño(a)
DENTISTA DE LA FAMILIA				
Centro Dental		Teléfono		Dentista
Domicilio	Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha del Último Examen Dental
SERVICIOS DE EDUCACIÓN ESPECIAL				
<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Diagnosticado (Por Favor Provee IEP) <input type="checkbox"/> Sospechado / Preocupación :			Evaluado Por:	
Por la presente Yo autorizo que esta información sea compartida con Child Development Services of Ottawa County, Inc. (Head Start) y el distrito escolar indicado arriba.    Sí/    No				
Firma de Padre/Madre/ Guardián :				Fecha:
<b>¡APLICACIÓN DEBE SER FIRMADA Y FECHADA PARA SER PROCESADA!</b>				

**Nosotros le contactaremos por tarjeta postal dentro de las próximas 2 semanas para dejarle saber si su niño ha calificado para nuestro programa.** Empezaremos escogiendo los niños de la prioridad más alta de las aplicaciones calificativas de Head Start en abril para el año escolar de otoño que empieza a mediados de septiembre.

**Favor de Notar: seleccionamos familias basadas en la prioridad más alta, no por orden de llegada.** Enviaremos las cartas de aceptación con los formularios del físico y dentales en Julio. Si usted no recibe una carta con respeto a la matriculación para el fin de julio, entonces su niño esta en la Lista de Espera y usted será contactado tan pronto como haya una apertura.

### CHILD DEVELOPMENT SERVICES OPCIONES Y DESCRIPCIONES DE LOS PROGRAMAS

**Half-Day Center Based (Medio Día Basado en el Centro): Head Start:** Ofrecido de lunes a jueves durante el año escolar para los niños de 3 a 5 años. Las sesiones están disponibles por la mañana o por la tarde durando 3½ horas cada una. Se provee transporte en autobús mientras que la familia viva en la ruta designada del autobús. Cada semana se enseñan las áreas de Salud, Nutrición, Ciencia y Habilidades Sociales. En un día normal se les ofrece a los niños actividades de lenguaje, juegos libres, y actividades en grupos pequeños. Una comida y un bocado son proveídos para cada sesión. Las excursiones también se ofrecen. Half-Day Center Based Head Start se ofrece en Holland, Grand Haven, Lamont y Zeeland y en el área de Spring Lake, en 7 de nuestros centros.

**Full Day (Día Completo) Head Start:** Este programa es para familias que necesitan de un servicio de cuidado de niños más allá del horario tradicional de Half-day center based Head Start. Este programa es para familias con padres que trabajan y que requieren de 6 o más horas de cuidado diario para su(s) niño(s), 5 días a la semana, 12 meses al año y califican por las pautas de Head Start. Head Start paga por la primera porción del día y DHS o la familia son responsables por pagar la otra porción. Full Day Head Start se ofrece en Holland en 2 de nuestros centros.

**Full Day (Día Completo) Early Head Start:** Este programa es igual que el Full Day Head Start listado arriba pero para niños de 6 semanas a 3 años. La maestra de los niños preparará una variedad de actividades para ayudarlos a aprender nuevas habilidades. La opción de este programa se ofrece de lunes a viernes de 6:30 a.m. a 5:30 p.m. tanto en Holland como en Grand Haven, en 4 de nuestros centros.

**Early Head Start Home Based (Basado en el Hogar):** Los niños deben tener 0 a 3 años para optar para este programa. Las visitas semanales al hogar duran 1½ horas y se enfocan en ayudar a los padres a gozar de su papel como padres, desarrollando las habilidades necesarias para aumentar el desarrollo de su niño, obteniendo los servicios sociales y de salud necesarios también así como en sus problemas diarios. Se les ofrece a los padres y a los niños una experiencia de socialización cada dos semanas. Este programa dura todo el año y se ofrece en todo el Condado de Ottawa.

\*Todas las familias en los programas mencionados arriba tienen Intercosoras de Padres quienes están disponibles para tratar de ayudar a la familia a establecer y trabajar en metas, conseguir los recursos necesarios, dirigir reuniones de los padres, ofrecer por lo menos 2 o 3 visitas a los hogares al año, informar a los padres de próximos entrenamientos, etcétera.

\*Head Start y Early Head Start son gratis para aquellos que califican (con la excepción de las opciones de Full Day (Día Repleto). Las familias pueden calificar por sus ingresos (100% de pobreza), si reciben servicios a través de los fondos de TANF, si reciben SSI, si son niños de crianza (foster children), o si tienen necesidades especiales.

**Guardería:** Guardería para niños de 6 semanas a 5 años se ofrecen en nuestros centros de Holland Day Care, y West Olive. Guardería para niños de 3 a 5 años está disponible por las tardes en nuestra localización de Lakeview. Llame al centro para un horario de costo. Las becas de la guardería están disponibles en una base limitada.

#### HEAD START INCOME GUIDELINES FOR 2008-2009

FAMILY SIZE	INCOME
1	\$10,400
2	14,000
3	17,600
4	21,200
5	24,800

Para cada persona adicional, agregue \$3,600.

Child Development Services of Ottawa County, Inc.  
100 S. Pine St., Suite 220, Zeeland, MI 49464 ~ (616) 786-0736 or 1-800-613-7013 ~ Fax (616) 796-3284