



HEADSTART/EARLY HEAD START

2010-2011

Aplicación de Matriculación

Apellido legal del niño/a	Primer nombre	M.I.	Preferido/Sobrenombre	Fecha de la aplicación	
Fecha de nacimiento (mes / día / año)	¿Habla inglés? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Idioma: Primario		Idioma: Secundario	
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Si mi niño/a 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: (parte base en el centro/parte base en el hogar) (día completo para padres que trabajan) (día completo para padres que trabajan) <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> Early Head Start Home Base <input type="checkbox"/> EHS programa combo <input type="checkbox"/> Día Completo Head Start <input type="checkbox"/> Día Completo Early Head Start					
¿Cómo oyó usted acerca de este programa?		¿Está su niño/a saliendo del Early Head Start? <input type="checkbox"/>		¿El padre/madre tiene una discapacidad? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
¿Cuántas veces se ha movido en el año pasado?		¿Es uno de los padres encarcelados?	¿Está viviendo en un refugio?	¿Tiene una residencia nocturna regular y suficiente?	
¿El niño/a ha perdido un padre/madre debido a la muerte?	¿El niño/a ha sido abusado/involucrado CPS?	¿Tiene un miembro de familia enfermo crónico?	¿Es usted un inmigrante/refugiado reciente?	¿Tiene un actual/historia de la violencia doméstica?	¿El abuso de sustancias/adicción?

DOMICILIO			
Domicilio: Calle / Apartamento	Ciudad / Estado/ Código postal	Condado	Número de teléfono
Domicilio postal (si es diferente) : Calle / Apartamento	Ciudad / Estado / Código postal	Condado	Número de teléfono

INFORMACIÓN DEL HOGAR								
Apellido	Primer nombre	M.I.	Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Relación al niño	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 al niño	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 al niño	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 al niño	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 al niño	Idioma primario	¿Bachiller? Sí No	¿Empleado? Sí No
NÚMERO TOTAL EN EL HOGAR	12 MESES ANTERIOR/O INGRESO DEL AÑO 2009 \$	NOTA: ¡PRUEBA DE INGRESO DEBE SER ADJUNTADA PARA PROCESAR LA APLICACIÓN! (IE. COPIA DE SU DECLARACIÓN DE IMPUESTOS DEL 2009, W2S, VERIFICACIÓN DE MANUTENCIÓN DE LOS HDOS, DESEMPLEO Y/O INGRESO POR DISCAPACIDAD)						

Marque la caja si la familia recibe cualquier de los siguientes servicios: **Nota: verificación de cualquiera de estos servicios hace elegible de ingresos automáticamente.**

MDHS Child Care Reimbursements SSI FIP Payments Work First Niño/a de crianza

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

INFORMACIÓN DE TRANSPORTACIÓN (SI TRANSPORTACIÓN ESTÁ DISPONIBLE)				
Lugar de recoger <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Niñera	Si niñera, nombre :	Domicilio		Teléfono
Lugar de dejar <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Niñera	Si niñera, nombre :	Domicilio		Teléfono
¿Qué distrito escolar vive usted?		¿ESTÁ USTED DISPUESTO PARA TRANSPORTAR USTED MISMO? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

SI NO SE PUEDE LOCALIZAR, POR FAVOR CONTACTE A:		
CONTACTO #1		
Nombre	Número de teléfono	Relación al niño/a
Domicilio		Ciudad / Estado / Código postal
CONTACTO #2		
Nombre	Número de teléfono	Relación al niño/a
Domicilio		Ciudad / Estado / Código postal

LA 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)	
Diagnostica el asma <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Diagnostica alergias (e.g. manteca de cacahuete, lácteos, picadura de abeja) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (detalle)	Preocupación(es) médicos (por favor especifique) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (detalle)	
MÉDICO DE LA FAMILIA			
Centro médico		Teléfono	Doctor
Domicilio	Ciudad	Estado	Código postal
			Fecha del 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 CDS Lakeshore Head Start y el distrito escolar indicado arriba. Sí / No			
<u>¡LA APLICACIÓN DEBE SER FIRMADA Y FECHADA PARA SER PROCESADA!</u>			
Firma de Padre/Madre/Guardián :			Fecha:

Nosotros le contactaremos por tarjeta postal dentro de las próximas 2 semanas para dejarle saber si su niño ha calificado para nuestro programa.

Favor de notar: seleccionamos familias basadas en la prioridad más alta, no por orden de llegada.

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, Zeeland y Lamont en 5 de nuestros centros.

Full Day (Día completo) Head Start: Este programa es para familias que necesitan un servicio de cuidado de niños más allá del horario tradicional de medio-día basado en el centro Head Start. Este programa es para familias con padres que trabajan o están en escuela 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. Día completo Head Start se ofrece al Centro de Hope y Centro de Tech.

Full Day (Día Completo) Early Head Start: Este programa es igual que el Día Completo Head Start listado arriba pero es 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 al Centro de Hope y Centro de Tech.

Early Head Start Home Based (Basado en el Hogar): Los niños deben tener 0 a 3 años para este programa. Las visitas semanales al hogar duran 1½ horas y se enfocan en ayudar a los padres a disfrutar 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.

Early Head Start Combination (Programa de combinación): El combinación del Early Head Start basado en el centro y el hogar. Los niños/as deben tener 0-3 años para esta opción de programa. Sesiones de la mañana son dos veces por semana y cada sesión dura 3.5 horas, y las visitas de casa son dos veces por mes y cada visita dura 1.5 horas. Este programa es durante todo el año y se ofrece en el área de Holland. El maestro/a del niño/a va a hacer una variedad de actividades para ayudarles aprender habilidades nuevos mientras en el centro. Las visitas de casa se centrarán en ayudar el padre/madre disfrutar su parte como un padre, desarrollar habilidades necesarios para aumentar el desarrollo de su niño/a, obtener servicios de salud y sociales necesarios, también preocupaciones diarias. Transportación no está disponible en esta opción de programa.

Guardería: Guardería para niños/as de 6 semanas a 5 años se ofrecen en nuestros centros de Hope y Tech. Llame al centro para un horario de los precios. Las becas de la guardería están disponibles en una base limitada.

LAS PAUTAS DE INGRESOS DE HEAD START PARA 2010-2011

NÚMERO DE FAMILIA	INGRESOS
1	\$10,830
2	14,570
3	18,310
4	22,050
5	25,790
6	29,530

Para cada persona adicional, agregue \$3,740.