



Monterey County Office of Education Head Start & Early Head Start Program



Se proporcionan servicios para niños de 0-5 años de edad, incluyendo a mujeres embarazadas y niños/as con discapacidades.

¡Aplica para Head Start/Early Head Start AHORA!

Si necesita asistencia o tiene alguna pregunta acerca de su aplicación, favor de llamar al **(831)784-4172** o **(831)755-0350** o de forma gratuita al **(888)973-2800**

1. Documentos requeridos para determinar elegibilidad. Las aplicaciones no se podrán procesar sin:

Comprobantes de **TODOS** los ingresos del hogar de los **últimos 12 meses** (formas 1040 del año anterior, W-2, talones de cheques, TANF (ayuda monetaria)/Reporte de Pasaporte a Servicios, desempleo, pensión por hijos menores y pagos por discapacidad.)

Cartilla de **Vacunación** del Niño Actualizada*

Cuestionario de Salud (adjunta)

Cuestionario de Residencia (adjunta)

Acta de **Nacimiento** del Niño/a*

Tarjeta de **Medi-Cal** del Niño/a* (si aplica)

**Las requisites con (*) no aplican para mujeres embarazadas que quieren aplicar para Early Head Start.*

2. Por favor regrese todos los documentos a la siguiente dirección:

MCOE Head Start/EHS
P.O. Box 80851
Salinas, CA 93912

o

Enviar a su centro más cercano de Head Start
(consulte el folleto para sitios)

3. Nosotros lo contactaremos después de que hayamos procesado su solicitud para informarle el estado de elegibilidad de su niño/a.

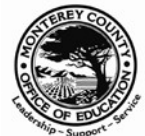
Nota: El programa de Head Start/EHS de la Oficina de Educación del Condado de Monterey **NO** proporciona transportación.

*HS/EHS tomará en cuenta a familias con ingresos superiores con niños que tengan una discapacidad diagnosticada y puede haber otras oportunidades para familias con ingresos superiores.

**Los niños/as son seleccionados basado en el criterio de selección.



Monterey County Office of Education Head Start & Early Head Start Program



Aplicación de Matricula

ID#: _____

UNA Aplicación es requerida por CADA niño.

Apellido del Solicitante/Niño(a):		Nombre:		Fecha de Nacimiento:		País de Nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
¿Es usted una mujer embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Raza: <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Oceánico <input type="checkbox"/> Otro:			Origen Étnico: Hispano ó Latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Idioma Primario:	
Padre o Tutor #1:				Fecha de Nacimiento:		¿Vive en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> 0 al 9 ^{no} <input type="checkbox"/> 10 ^{mo} <input type="checkbox"/> 11 ^{vo} <input type="checkbox"/> 12 ^{vo} <input type="checkbox"/> Diploma de Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de Colegio <input type="checkbox"/> Escuela Técnica/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Título de AA <input type="checkbox"/> Título Universitario/Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría				Estatus de Empleo: (Marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Retirado/Deshabilitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento de Empleo/Escuela <input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento de Empleo/Escuela <input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento de Empleo/Escuela					
Idioma Principal:				Ocupación:					
Padre o Tutor #2:				Fecha de Nacimiento:		¿Vive en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nivel de Educación: <input type="checkbox"/> 0 al 9 ^{no} <input type="checkbox"/> 10 ^{mo} <input type="checkbox"/> 11 ^{vo} <input type="checkbox"/> 12 ^{vo} <input type="checkbox"/> Diploma de Bachillerato <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Algo de Colegio <input type="checkbox"/> Escuela Técnica/Entrenamiento <input type="checkbox"/> Título de AA <input type="checkbox"/> Título Universitario/Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría				Estatus de Empleo: (Marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Desempleado/a <input type="checkbox"/> Retirado/Deshabilitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento de Empleo/Escuela <input type="checkbox"/> Tiempo Completo y Entrenamiento de Empleo/Escuela <input type="checkbox"/> Medio Tiempo y Entrenamiento de Empleo/Escuela					
Idioma Principal:				Ocupación:					
Dirección:				Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Dirección para correspondencia (si es diferente) P.O. Box:				Ciudad:		Estado:		Código Postal:	
Número de Celular:			Textos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			Teléfono de Casa:		Otro Número:	
¿El solicitante/niño(a) vive con? <input type="checkbox"/> Ambos padres <input type="checkbox"/> Padre soltero <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Otro : _____									
¿Cuál es el número de personas que viven en su casa y se mantienen con los ingresos reportados?								Anote otros miembros abajo.	
Otros miembros de familia		Fecha de Nacimiento		Otros miembros de familia		Fecha de Nacimiento		Otros miembros de familia	
¿Recibe TANF/CalWORKs (ayuda monetaria)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Hay un acuerdo de custodia o orden de la corte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Recibe manutención de menores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Tienes familiares empleados por MCOE Head Start/EHS? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Recibieron beneficios de desempleo en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Está alguno de los padres encarcelado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Presento sus impuestos el año pasado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Tiene acceso a cuidado de niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Está recibiendo algún miembro de su familia beneficios de SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Fue usted referido(a) por una agencia de asistencia social (CPS/Cuidado Temporal/Adopción/Refugio, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
¿Está su familia recibiendo asistencia suplemental de Nutrición (SNAP/CalFresh/Estampillas de comida)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				¿Es por lo menos un padre/tutor legal un miembro activo del servicio militar de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No o Veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
El tipo de seguro: <input type="checkbox"/> Medi-Cal <input type="checkbox"/> Medi-Cal de Emergencia <input type="checkbox"/> Privada				¿El seguro incluye cobertura dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
Yo doy permiso para que el personal de Head Start/Early Head Start contacte a terceras personas que puedan verificar la actual circunstancia de mi familia para propósitos de verificación de elegibilidad. <i>El personal usará las Pólizas y procedimientos de privacidad del programa.</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Padres Iniciales _____									
¿ Hay algo más que desee que consideremos para su elegibilidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Explicación: _____									
¿Centro preferido? 1 ^{ero} _____ 2 ^{do} _____ <input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> Día Extendido (no esta disponible en todos los sitios)									
Yo certifico que las declaraciones en esta aplicación, los documentos legales y los ingresos proporcionados son verdaderos y completos. Si algo fuese falso, mi participación en Head Start podrá ser terminada. Comprendo que esta información está siendo proporcionada en conexión con el recibimiento de fondos federales. Libero de responsabilidad a personas u organizaciones que reporten información requerida por esta aplicación. Comprendo que la mal interpretación deliberada de información me sujetará a la persecución bajo regulaciones estatales y federales.									
Firma del Padre/Tutor Legal _____						Fecha _____			
Firma del Personal _____						Fecha _____			



Monterey County Office of Education Head Start & Early Head Start Program



CUESTIONARIO DE SALUD

Nombre de niño/a: _____ Fecha de nacimiento: ____/____/____	
(Apellido)	(Nombre)
(Inicial)	
1. Su hijo/a tiene problemas de respiración o asma? a. Su hijo/a a utilizado cualquier de estos medicamentos: <input type="checkbox"/> Inhalador? <input type="checkbox"/> Nebulizador? i. Para que condición medica? _____ ii. Cuando fue la última vez que lo utilizo? ____/____/____ (fecha)	Sí <input type="checkbox"/> No Sí <input type="checkbox"/> No
2. A tenido su hijo/a ataques epilépticos o convulsiones? a. Toma medicamentos para esta condición? _____ (medicamento) b. Cuál es la causa de su epilepsia o convulsiones? _____	Sí <input type="checkbox"/> No Sí <input type="checkbox"/> No
3. Es alérgico a cualquier alimento? a. Nombre del alimento(s) a lo cual tiene alergia(s): _____ b. Reacción alérgica que presenta su hijo/a: _____	Sí <input type="checkbox"/> No
4. Tiene su hijo/a cualquier problema al comer que requiere cambios alimentosos o equipo especial? a. Que tipos de problemas tiene? _____ b. Cuáles son los cambios o equipo especial que necesita? _____	Sí <input type="checkbox"/> No
5. Su hijo/a es alérgico/a a cualquier medicamento? a. Medicamento(s): _____ b. Reacción alérgica: _____	Sí <input type="checkbox"/> No
6. Su hijo/a ha tenido cirugía o a estado hospitalizado en cualquier momento? a. Fecha de cirugía/hospitalización ____/____/____ b. Razón: _____	Sí <input type="checkbox"/> No
7. Su hijo/a esta diagnosticado/a con cualquier discapacidad? a. Nombre de discapacidad: _____ b. Tiene su hijo/a un "IEP" (Plan de Educación Individualizado) o IFSP (Plan Familiar de Educación Individualizado)? Si la respuesta es sí, incluya la copia más reciente.	Sí <input type="checkbox"/> No Sí <input type="checkbox"/> No
8. Tiene alguna preocupación acerca de: a. El habla? Que tipo de problema? _____ b. La audición? Que tipo de problema? _____ c. La visión? Que tipo de problema? _____ d. Problemas dentales? Que tipo de problema? _____ e. Alergias? Que tipo de problema? _____ f. Problemas con su desarrollo? Que tipo de problema? _____	Sí <input type="checkbox"/> No Sí <input type="checkbox"/> No Sí <input type="checkbox"/> No Sí <input type="checkbox"/> No Sí <input type="checkbox"/> No Sí <input type="checkbox"/> No
9. Tiene su hijo/a cualquier otro problema de salud o de desarrollo? a. Nombre de condición: _____ b. Esta bajo cuidado médico para esta condición? c. Toma medicamentos su hijo/a para esta condición? 1. Nombre del medicamento: _____	Sí <input type="checkbox"/> No Sí <input type="checkbox"/> No Sí <input type="checkbox"/> No
10. Por favor, escriba cualquier otra información que nos ayudaría a entender el estado de salud presente de su hijo/a, o cualquier otro problema con su desarrollo del cual usted este preocupado: _____ _____ _____	
Yo autorizo _____ en _____ (teléfono) _____ <small>(nombre de medico) (domicilio de el medico)</small>	
Que comparta información medica de mi hijo/a con el programa de Head Start de MCOE. Esta información será utilizada para acomodar sus necesidades médicas de mi hijo/a en el programa. El programa de Head Start mantendrá toda información de salud confidencial.	
Padre/tutor: _____ / _____ / _____ <small>(firma de padre/tutor) (Nombre de Padre/tutor) (fecha)</small>	



Monterey County Office of Education Head Start & Early Head Start Program



901 Blanco Circle Post Office Box 80851 Salinas, California 93912-0851
Phone (831) 755-0350 Fax (831) 755-6480

Cuestionario de Residencia / McKinney –Vento Act U.S.C. 11435

Nombre del Solicitante/Niño(a): _____, _____ FDN: ____/____/____
(Apellido) (Nombre)

Nombre de Padres: _____, _____
(Apellido) (Nombre)

Sus respuestas ayudarán a determinar los documentos necesarios para la matriculación del solicitante/niño(a).

1. ¿ Comparten vivienda debido a razones económicas? () SI () NO
2. ¿ Actualmente su hogar es un arreglo temporal de vivienda? () SI () NO
 - a) ¿ Esto es debido a la pérdida de la vivienda o dificultades económicas? () SI () NO
3. ¿ Actualmente, dónde está viviendo el solicitante/niño(a)? *Seleccione una caja usando (✓)*

	en un refugio
	con más de una familia en una casa o un apartamento
	en un motel
	mudando de casa en casa
	en un lugar no diseñado como vivienda ordinaria por ejemplo en un carro, parque, o sitio de campamento
	Otro (<i>por favor especifique</i>):

Yo doy / no doy permiso para que el personal de Head Start/Early Head Start contacte a terceras personas que puedan verificar la actual circunstancia de mi familia para propósitos de verificación de elegibilidad. *El personal usará las pólizas y procedimientos de privacidad del programa*

Yo certifico que las declaraciones son verdades y completas. Desligo de responsabilidad a las organizaciones que reporten la información requerida por esta aplicación. Tengo entendido que hacer mala representación de la información me puede someter a persecución bajo reglamentos Estatales y Federales Seccion 37.10 Codigo Penal.

Firma del Padre/Guardian _____

Fecha _____

Verificado por Personal _____

Fecha _____