



Durham Early Head Start Solicitud 2011



¿Qué es Early Head Start?

Early Head Start es un programa gratis y completo de desarrollo infantil y apoyo de familia. El programa es para familias con niños desde el nacimiento hasta los tres años de edad y para mujeres embarazadas.

Servicios de visitas en el hogar: Las familias recibirán una visita en su hogar una vez por semana de un visitante de hogar quien ha sido entrenado en el currículo "Padres como Maestros". Los padres participaran en actividades de aprendizaje diseñadas para incrementar el aprendizaje de su hijo(a) y recibirán información y apoyo en temas de interés al igual que recursos e información de otros servicios. Las familias también tendrán la oportunidad de asistir a un Grupo de Jugar con otras familias con hijos dos veces por mes. Las visitas en el hogar están disponibles en español para las familias que hablan español.

Servicios en centro de guardería: Los niños recibirán cuidado de calidad por días completos en todo el año en un centro de cuidado de niños. Los maestros de Early Head Start cuidarán de su hijo(a) en un ambiente de aprendizaje estimulante para los niños. Los Coordinadores de servicios familiares se reunirán con los padres individualmente para proveer información, recursos y apoyo.

¿Quién es elegible para los servicios de Durham Early Head Start?

- ✓ Mujeres embarazadas y niños que todavía no tienen 3 años de edad y que su dirección esté en Durham dentro de los siguientes códigos postales: 27701, 27703, 27704, 27705, 27706, 27707, 27712, and 27713
- ✓ Niños en adopción temporal y niños de familias que reciben asistencia pública (TANF o SSI) sin importar el ingreso.
- ✓ Niños con discapacidades confirmadas podrían calificar sin importar el ingreso.
- ✓ Familias que cumplan con el ingreso como se determina por Normas Federales de Pobreza de 01/20/2011:

Número en la familia	Ingresos anuales	Número en la familia	Ingresos anuales
2	\$19,123	6	\$38,987
3	\$24,089	7	\$43,953
4	\$29,055	8	\$48,919
5	\$34,021	Agregar \$3,820 para cada miembro adicional	

Lista de documentos completos:

No podemos determinar si su hijo(a) califica para nuestro programa hasta que recibamos lo siguiente:

- SOLICITUD COMPLETA Y FIRMADA
- COMPROBANTE DE INGRESO O ESTUDIO DE TIEMPO COMPLETO – Talones de cheques del mes actual, W-2 más reciente, formulario de impuestos 1040 más reciente, documentación de SSE o TANF, declaración del empleador, carte de la escuela, horario escolar.
- COMPROBANTE DE EDAD EL NIÑO(A) – (Copia de acta de nacimiento o pasaporte)
- COMPROBANTE DE DIRECCIÓN EN DURHAM – Copia de cualquiera de los siguientes documentos con su nombre y dirección postal actual - electricidad, agua, gas, teléfono (no celular) , cable, contrato de alquiler, el título de propiedad, recibo de impuesto de propiedad.

Favor de contactarnos si necesita mas información y ayuda en llenar la solicitud. Se ofrece ayuda en inglés o español. Se puede enviar la solicitud con los documentos requeridos por correo a dejarla en nuestra oficina. Si trae los documentos a la oficina, podemos sacar fotocopias. Nuestra oficina central se ubica en:

**1201 S. Briggs Avenue, Suite 110
Durham, NC 27703
919-439-7107**

Me interesa:

Servicios de visitas en el hogar y grupos de jugar con padres y hijos.

Me interesa:

Servicios de cuidado de niños en un centro de guardería.

NOMBRE DEL NIÑO(A) QUE SOLICITA

____/____/____
FECHA DE NACIMIENTO

NOMBRE DEL ADULTO QUE SOLICITA PARA EL NIÑO(A)

PARENTESCO

DIRECCIÓN CIUDAD/ESTADO CÓDIGO POSTAL

NÚMERO DE TELEFONO

DIRECCIÓN POSTAL (si es diferente de la mencionada anteriormente)

NÚMERO DE CELULAR

Correo electrónico -

NÚMERO DEL TRABAJO

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:

	Madre/tutor legal(si aplica)	Padre/ tutor legal(si aplica)
Nombre:		
Fecha de nacimiento:		
¿De cual raza/etnicidad se considera usted? (Marque uno)	<input type="checkbox"/> Blanco/Anglo <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de América <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Multi racial u otro (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Blanco/Anglo <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de América <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Multi racial u otro (especifique): _____
Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
Idiomas que hablan:		
¿Cuál es el idioma principal que se habla en casa?		
(Si el inglés <u>no es</u> su lengua materna)	¿Qué tan bien habla inglés? <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> No mucho o nada ¿Qué tan bien lee y escribe inglés? <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> No mucho o nada	¿Qué tan bien habla inglés? <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> No mucho o nada ¿Qué tan bien lee y escribe inglés? <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> No mucho o nada
¿Tiene diploma/GED? Si NO, último año completado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____
¿Tiene título de Universidad? Si NO, número de años en la Universidad?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____

Toda la información de la solicitud se mantiene confidencial

Continuación de información de la familia

El niño(a) vive con Ambos padres Padre Madre Padres adoptivos Abuela(os) Otro _____

¿Quién tiene la custodia **LEGAL** del niño(a) ? _____ ¿El niño(a) es adoptado temporalmente? Sí No

¿Están ambos padres involucrados en la crianza del niño(a)? Si No

¿Hay problemas de custodia? Si No Si es así, explique: _____

¿Es usted?(marque uno): Soltera(o) Casada(o) Separada(o) Divorciada(o) Viuda(o) En Unión Libre

Escriba los nombres de todas las personas que viven con el niño(a). (hermanos, tíos, abuelos, o personas que no son de la familia):

NOMBRE	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento	Parentesco con el niño(a)

Se seleccionan a los niños de acuerdo a sus necesidades. Sus respuestas sinceras a las siguientes preguntas, nos ayudarán a determinar las necesidades de su familia. Tomamos en cuenta varios hechos para inscribir a los niños con mayor necesidad. Las preguntas contienen temas privados y delicados.

Sus respuestas se mantendrán en la más estricta confidencialidad de acuerdo a la política del programa. .

Sí No ¿Están viviendo con amigos, familiares o en un centro de refugio, porque no les alcanza el dinero para tener su propia vivienda?

Sí No ¿Ha estado su familia involucrada con el Servicio de Protección del Niño?(CPS)

Sí No ¿Han sido testigos usted o su hijo(a) del abuso de alcohol o drogas en su casa?

Si es así, explique _____.

Sí No ¿Ha sido testigo su hijo(a) de violencia física o verbal en su comunidad o en su hogar?

Sí No ¿Piensa usted que su casa y o vecindario son inseguros?

Sí No ¿Hay alguien en la familia que vive con usted que tiene una discapacidad documentada?

Si es así, ¿quién? _____.

Sí No ¿Está esta persona recibiendo Ayuda como Suplemento del Seguro Social (SSI) para discapacitados?

Sí No ¿Ha perdido el niño(a) a su padre o madre recientemente por causa de muerte, encarcelamiento, separación, divorcio o abandono??

Sí No ¿Se sienten usted o su hijo(a) aislados; o tienen pocas oportunidades de interactuar con otros?

Sí No ¿Ha habido cualquier otro evento serio que ha traído estrés a su familia recientemente?

Si es así, explique: _____

Para las familias solicitando los servicios de cuidado de niño en guardaría:

¿Usted trabaja más que 32 horas semanal O estudia de tiempo completo? Sí No

¿Actualmente recibe un subsidio de cuidado de niños para este niño? Sí No

Si es así, marque uno: CCSA (Asociación de servicios del cuidado de niños) DSS (Departamento de Servicios Sociales)

Si quiere cuidado de niños en un guardaría, ¿tiene usted transporte? Sí No

INFORMACIÓN DEL NIÑO(A)

_____ / ____ / ____ **Masculino** **Femenino**
NOMBRE DEL NIÑO(A) QUE SOLICITA **Fecha de nacimiento**

Raza del niño (marque uno):

Blanco/Angloamericano Negro/Afroamericano Nativo-Americano Asiático De las Islas del Pacifico

Multi-racial u otro (especifique): _____

Etnicidad del niño (marque uno): Latino/Hispano No Latino/Hispano

¿Su hijo(a) ha estado en Early Head Start u otro Head Start antes? Sí No ¿Cuándo? _____

¿Su hijo(a) tiene algún hermano(a) inscrito(a) en Early Head Start o Head Start ahora? Sí No

¿Su hijo(a) tiene algún hermano(a) que ha estado inscrito(a) antes en Early Head Start o Head Start? Sí No

¿Tiene seguro médico para su hijo(a)? Medicaid Health Choice Ninguno Otro _____

¿A dónde lleva al niño(a) para los exámenes, vacunas y otros cuidados de salud? (apúntelos todos) _____

¿Su hijo tiene un IFSP (Plan de servicios familiares individualizado) actual?

Si No No estoy segura(o) En este momento no, pero en el pasado sí

Si lo tiene, favor de adjuntar una copia a la solicitud

Si lo tiene, ¿Que servicios recibe su hijo? _____

¿Ha recibido el niño(a) exámenes o evaluaciones por preocupaciones de comportamiento, salud o desarrollo, p para intervención temprana o servicios de educación especial?

No Sí, CDSA Sí, Pediatra Sí, hospital o clínica

Sí, Psicólogo o trabajador(a) social Sí, Depto. de salud Sí, otro: _____

Si es así, ¿Resultó la evaluación en elegibilidad para que el niño recibiera servicios de intervención temprana (como terapia, educación especial, servicios del habla) Sí No No estoy segura(o)

Si es así, ¿Quién provee los servicios? _____

¿Su hijo(a) nació a las 36 semanas o antes o peso menos de 3 libras y 4 onzas? Yes No

¿Su hijo(a) tiene una condición de salud crónica o es medicamente frágil? Explique: _____

¿Alguien ha expresado preocupación o ha recomendado servicios basados en la salud, aprendizaje, desarrollo o comportamiento del niño(a)?

No Sí, un familiar Sí, Pediatra/Profesional de cuidado de salud : _____

Sí, maestro(a) Sí, coordinador(a) de servicios de niños o trabajador(a) social: _____

Si es así, explique esas preocupaciones: _____

¿Hay otras agencias comunitarias que le dan servicios a usted o alguien más que vive en su casa? Sí No Si es así, escríbalos a continuación.

AGENCIA	NÚMERO DE TELÉFONO	NOMBRE DE LA PERSONA

¿Su familia recibe alguno de los siguientes servicios o asistencia? (Marque todo lo que aplica):

- Medicaid/Medicare Cupones de alimentos WIC Asistencia de vivienda TANF/Asistencia pública/Work First

INGRESOS DE LA FAMILIA:

	Madre/Tutor legal	Padre/Tutor legal	Ingreso de otros familiares
Empleador en el presente			
¿Cuanto tiempo?	_____ años _____ meses	_____ años _____ meses	_____ años _____ meses
¿Cuántas horas trabaja por semana?			
Cantidad de Ingresos	\$	\$	\$
¿Cada cuánto recibe pagos?	<input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> cada quincena <input type="checkbox"/> cada mes <input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> cada quincena <input type="checkbox"/> cada mes <input type="checkbox"/> dos veces al mes	<input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> cada quincena <input type="checkbox"/> cada mes <input type="checkbox"/> dos veces al mes

OTRAS FUENTES DE INGRESO QUE SE TIENE QUE INCLUIR (con documentación)

Sustento de niños (de todos los niños)	Cantidad mensual \$
Asistencia familiar (Work First/TANF)	Cantidad mensual \$
Ingreso Complemental del Seguro Social (SSI)	Cantidad mensual \$
Pagos por cuidado de adopción temporal	Cantidad mensual \$
Beneficios del Seguro Social (SSA)	Cantidad mensual \$
Trabajo de práctica, trabajo de investigación o Beca	Cantidad mensual \$
Desempleo	Cantidad mensual \$

Díganos, ¿Como supo de Durham Early Head Start?

- Un volante, folleto, cartel Personal del programa Por boca de otros Radio/Tele/Periódico Familiar/amigo
- Asistente social Oficina del doctor Otro: _____

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN, INCLUYENDO INGRESOS, PROVISTOS EN ESTA SOLICITUD ES EXACTA Y VERDADERA DE ACUERDO CON MI MEJOR CONOCIMIENTO

FIRMA DE PADRES/TUTOR LEGAL

____/____/____
FECHA

FIRMA DE PERSONAL

____/____/____
FECHA



¿CUAL ES EL SIGUIENTE PASO?...

Usted recibirá una carta o una llamada para confirmarle el estado de su solicitud. Los niños son escogidos para inscripción de acuerdo al criterio de DEHS y la información que usted dio en esta solicitud.

Si no hay espacios disponibles, los niños que califican se pondrán en una lista de espera.

Contactos de emergencia (Alguien que no es padre ni tutor legal)

Nombre

Número de telefono

Nombre

Número de telefono

Por favor avísenos si su dirección, número de teléfono(s), ingreso u otra información cambia en la familia.

SI ES ACEPTADO(A) EN EL PROGRAMA, REQUERIREMOS LO SIGUIENTE:

- Comprobante de vacunas – copia de la tarjeta de vacunas de su hijo(a)
- Un examen físico –copia del examen físico mas reciente de su hijo(a) (en los últimos 12 meses)