

## Lista de Chequeo de la Solicitud de OWCAP “Head Start”

Próxima Fecha de Inscripción: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

**Cuando Uds. vengan al inscripción, USTEDES DEBEN de tener la aplicación complementé llena y los siguientes documentos con Uds.:**

- o **CERTIFICADO DE NACIMIENTO** (ú otra prueba de nacimiento) debe incluir: nombre del niño/a, fecha de nacimiento, y nombre de los padres).
- o **VERIFICACIONES DE INGRESOS** Por favor, traer prueba de sus ingresos por los últimos 12 meses. Por favor, decirle a su Asesora de Familia que sepa de períodos del desempleo.

**VERIFICACION DE INGRESOS** (los cuales juntos deben reflejar un ingreso de todo el año — puede incluir):

- Declaración de impuestos del año pasado (1040 ó W-2's)
- Forma impresa actual de ayuda financiera del ingreso del DCFS
- Carta del Seguro Social (reflejando el importe del ingreso)
- Sobre de pagos (ingreso total del año pasado)
- Carta del Empleador (ingreso total del año pasado)
- Talones de Cheques (deben cubrir el ingreso total del año pasado)
- Prueba de Colocación de Crianza ó Custodia del Estado-Carta del DCFS  
(Por favor, ver la página 3 del folleto para definición del ingreso)

o **PRUEBA DE ASISTENCIA PUBLICA**

(SSI, Ayuda de Cuidado de Niños, TANF/FEP, fechadas dentro de los 90 días)

- o **PRUEBA DE RESIDENCIA EN EL CONDADO DE WEBER** (Ejemplos: pagos servicios públicos, Identificación con foto, etc.)

o **REGISTRO OFICIAL DE VACUNAS**

(Las vacunas están disponibles sin ó a bajo costo en el Departamento de Salud de Weber 477 23rd Street)

- o **TARJETA DE ASEGURANZA** (Si Uds. tienen seguro privado- Medicaid, IHC, Chip, etc.)

**POR FAVOR NOTAR QUE SI LOS DOCUMENTOS LISTADOS ANTES NO SON PRESENTADOS A LA HORA DE SU INSCRIPCIÓN, NO PODREMOS**

**GUARDAR Y PROCESAR SU SOLICITUD**

- o **UN FISICO** (que incluya Presión Sanguínea, Hemoglobina, y Prueba de Plomo)

- o **EXAMEN DENTAL** (que incluya limpieza y/o aplicación de fluoruro)

“Head Start” les da la bienvenida a todos los niños de **crianza**. Por favor, anexar una copia de la carta del DCFS de la custodia de sus niños a la solicitud.

Ud. también puede expresar su interés en la Red.---entrar en [WWW.utahclicks.org](http://WWW.utahclicks.org). Completar la forma de interés y nosotros lo contactaremos.

Los niños con **incapacidades ó necesidades especiales** son bienvenidos. Por favor, anexar una copia del IEP o IFSP de sus niños a la solicitud.

**Si Uds. necesitan Cuidado de Niños para Todo el Día con el programa de servicios de “Head Start” por favor, llamar a su centro más cercano a Uds. para hacer una cita de reclutamiento.**

|   |          |   |
|---|----------|---|
| “Children’s Classic North”              | 399-4446 | 160 9 <sup>th</sup> St. Ogden, Utah 84404 |
| Ogden Weber Applied Technology Center   | 627-8405 | 559 E. AVC Lane, Ogden, Utah 84404        |
| (Abierto a los estudiantes Non- OWATC ) |          |   |

### **Una vez que complete y entregue la solicitud de mi niño/a, ¿que sucederá después?**

Al recibir su solicitud, la Asesora de Familia le dará una carta indicando si su niño/a es elegible ó de sobre-ingresos. Su niño/a será colocado en la lista de espera de elegible, moderado, ó de sobre-ingresos para la escuela y opción apropiada, según sea determinado por la OWCAP.

### **¿Cuándo sabré si mi niño/a está en el programa?**

Si Uds. entregan una solicitud entre Enero y Agosto (para el próximo programa anual — que empieza en Septiembre), y **SI** su niño/a es seleccionado/a para asistir a OWCAP “Head Start”, Uds. recibirán una carta el **último Viernes en Agosto**, informándoles que su niño/a ha sido aceptado dentro del programa.

A finales de agosto, su niño/a permanecerá en la lista de espera hasta que haya un lugar y sean seleccionados (con base en los criterios de calificaciones). El Comité de Selección se reúne semanalmente. **Uds. Serán llamados** por una Asesora de Familia **SI** su niño/a fue seleccionado/a durante esa semana de la junta del Comité de Selección.

### **¿Qué pasa si me mudo después de que entregué mi solicitud?**

Es importante notificar a la OWCAP tan pronto como sea posible cuando hay un cambio en la dirección y/o número del teléfono. Por favor, llamarnos al 801.399.9281 para actualizar su nuevo número de teléfono y, si aplica, la nueva dirección a su niño/a. También, necesitaremos una verificación de la nueva dirección, tal como un pago de servicio público, contrato de renta, etc. que muestre su nueva dirección. **Esto se puede entregar en el 3159 Grant Ave, Ogden.**

### **¿Entrará mi niño/a en el programa?**

Si su niño/a es un niño de crianza ó sin hogar, sus oportunidades son excelentes; **pero no podemos garantizar que su niño/a entrará.** El Gobierno Federal determina quien tiene más prioridad para recibir los servicios de “Head Start” y los niños de crianza y sin hogar son niños prioritarios.

Si su niño/a está en **edad e ingreso elegible**, sus oportunidades son muy buenas; **pero no podemos garantizar que su niño/a entrará. ¡Tenemos una lista de espera cada año!** El programa **NO ES** el primero que llega, el primero que se le sirve, pero mientras mas pronto entreguen sus solicitudes es mejor, ya que las primeras selecciones son hechas durante el verano. Los Reglamentos del Gobierno requieren que se sirva **a aquellos en la comunidad que más necesitan los servicios.** Por lo tanto, cada solicitud, está calificada con base en la información proporcionada en la solicitud

### **¿Transportación?**

La transportación no es proporcionada. Es critico que Uds. lo arreglen por adelantado, cómo sus niños irán y regresarán de “Head Start”. Todas las clases ( excepto el cuidado de niños ) operan 3.5 horas por día en las sesiones de en la mañana ó en la tarde.

OWCAP tiene 70 lugares al año para los niños en edad elegible y de sobre-ingreso, y la mayoría de esos lugares son para los niños con incapacidades identificadas.

### **¿Cuanto cuesta “Head Start”?**

“Head Start” es un programa gratis, no hay ningún costo para los padres para ningún servicio.

### **¿En dónde encuentro más información acerca de OWCAP y de “Head Start”?**

[www.owcap.org](http://www.owcap.org)

[www.headstartinfo.org](http://www.headstartinfo.org)

801.399.9281

Facebook: <http://www.facebook.com/OWCAP.UT>

# Información de Miembro de Familia

Las cajas sombreadas serán llenas por el personal de la Agencia



Nombre de Adulto Primario \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Apicante (niño/a) \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

## Adulto Principal (No-Participante)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Intermedio \_\_\_\_\_ Preferido \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  ¿Vive con familia?  ¿Proporciona ayuda para mantenimiento?  ¿Padre Juvenil?

¿Grado mas alto de educacion? \_\_\_\_\_ ¿Situacion de Empleo? \_\_\_\_\_ ¿Direccion de correo electronico? \_\_\_\_\_ ¿Capacidad de hablar ingles?  Lenguaje Primario  
 Nada  Pobre  Moderado  Capaz

## Adulto Secundario (No Participante)

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Intermedio \_\_\_\_\_ Preferido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_  ¿Vive con familia?  ¿Proporciona ayuda para mantenimiento?

¿Grado mas alto de educacion? \_\_\_\_\_ ¿Situacion de Empleo? \_\_\_\_\_ ¿Direccion de correo electronico? \_\_\_\_\_ ¿Capacidad de hablar ingles?  Lenguaje Primario  
 Nada  Pobre  Moderado  Capaz

¿Está Ud. relacionado a los padres ó tutores por sangre, matrimonio ó adopción? Si No

## Niño/a Aplicando para "Head Start"

Apellido \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Intermedio \_\_\_\_\_ Preferido \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Race (Chequee TODO lo que aplique)  
 Asiático  Negro  Blanco  Americano Nativo  De las Islas del Pacifico  Otra \_\_\_\_\_  
 Etnicidad  Hispano  No-Hispano  
 ¿Capacidad de hablar ingles?  Lenguaje Primario  
 Nada  Pobre  Moderado  Capaz

Nacionalidad País en donde el niño /niña nació \_\_\_\_\_  
 ¿Habla otra clase de lenguaje? \_\_\_\_\_  
 Pobre  Moderado  Capaz

**C- Natural/Adoptado/astro G-Nieto/Nieta N-Sobrino/sobrina F-Criador O-Otro**

Escoja la letra apropiada de la lista de arriba

Relación al Adulto Primario: \_\_\_\_\_ Relación al Adulto Secundario: \_\_\_\_\_  
 ¿Custodia?: Si  No  ¿Custodia?: Si  No

¿Elegible para Medicaid? : \_\_\_\_\_ ¿Cobertura de aseguranza Privada?: \_\_\_\_\_ ¿Seguro Dental? \_\_\_\_\_  
 Numero de Medicaid \_\_\_\_\_ Numero de Aseguranza \_\_\_\_\_ Seguro Dental No \_\_\_\_\_

## Doctor/Dentista (of applying child)

Nombre del Doctor \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del Dentista \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

¿Hay alguna persona de la familia **inmediata** viviendo en una institución de corrección? Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Institución: \_\_\_\_\_

## Hermanos/as del Niño Aplicando

| Apellido | Nombre | Fecha de Nacimiento | Sexo |
|----------|--------|---------------------|------|
|          |        |                     |      |
|          |        |                     |      |
|          |        |                     |      |
|          |        |                     |      |
|          |        |                     |      |

F- Tiempo Total, P – Tiempo Parcial y entrenamiento, R – Retirado ó Incapacitado, T – Entrenamiento ó Escuela, B – Tiempo Total y Entrenamiento, I – Tiempo Parcial y Entrenamiento, S – Empleado por Temporadas, U – Desempleado

# Información Familiar



**Los cuadros sombreados serán llenados por el personal de la Agencia.**

Nombre del Adulto Principal \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre del Aplicante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

| Información General   |  |  |  |   |   |
|---|--|--|--|---|---|
| Dirección donde vive  | Ciudad   | Estado   | Código Postal  |   |   |
| Dirección de correo (Si es diferente de donde vive)   | Ciudad   | Estado   | Código Postal  |   |   |
| Número de Teléfono  | Casa, Trabajo, Celular, etc.   | Primario   | Notas  |   |   |
|   |  |  |  |   |   |
|   |  |  |  |   |   |
|   |  |  |  |   |   |
| ¿Carece Ud. de residencia nocturna arreglada, regular y adecuada?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | ¿Está Ud. compartiendo su casa con otras personas a causa de pérdida de la vivienda ó porque Ud. no puede pagar la vivienda?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | ¿Cual de las situaciones de abajo aplican al niño?<br>Viviendo en <input type="checkbox"/> Un Motel<br><input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> tráiler-Parque<br><input type="checkbox"/> Campamento<br><input type="checkbox"/> Refugio provisional de emergencia<br><input type="checkbox"/> Abandonado en un hospital<br><input type="checkbox"/> Esperando colocación cuidado de crianza |  | <input type="checkbox"/> Residencia primaria de noche es un lugar público o privado no diseñado para acomodo de dormir<br><input type="checkbox"/> Niño emigrante | Viviendo en : <input type="checkbox"/> Carro<br><input type="checkbox"/> Parques <input type="checkbox"/> Espacios público<br><input type="checkbox"/> Edificios abandonado<br><input type="checkbox"/> Viviendas deterioradas<br><input type="checkbox"/> Autobús ó estación de tren |
| Escuela Primaria  |  | Situación de Padres <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos  |  | Lenguaje Primario hablado en la casa  |   |
| Información de la Familia   |  |  |  |   |   |
| TANF/FEP <input type="checkbox"/> Si TANF/FEP# _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Anteriormente       |  |  | SSI <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/>  |   |   |
| Confirmación fecha _____ por: _____   |  |  |  |   |   |
| ¿Uno de los Padres ó Tutores es un Miembros del Ejército de E. U.?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |  | Recibiendo ayuda en un Programa de Nutrición Suplementaria (SNAP) (estampillas de comida)<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |   |   |
| Cantidad  | Por Semana/mes   | Cantidad anual   | descripción  | Verificación  | Notas   |
|   |  |  |  |   |   |
|   |  |  |  |   |   |
|   |  |  |  |   |   |
|   |  |  |  |   |   |
|   |  |  |  | <b>3. Códigos de Verificación</b><br>CS–Talón de cheque W2–W-2 L–Carta de empleador<br>TX–Taxes   |   |
| Notas de Ingreso:   |  |  |  |   |   |

# Contactos

¡Es muy importante que usted complete esta información en caso de emergencia!! Por favor infórmele a las personas que usted las agrego a la lista de contactos para ser usados por Head Start.



| Contacto de Emergencia (Ningún adulto primario o secundario)     |           |        |                  |                    |                  |   |
|--|-----------|--------|------------------|--------------------|------------------|---|
| Código de tipo de Teléfono: H-Casa W-Trabajo C-Celular M-Mensaje |           |        |                  |                    |                  |   |
| Contacto 1   | Nombre    |        | Tipo de Teléfono | Numero de Teléfono | Nota de Teléfono | Relación con el Niño/a  |
|  | Dirección |        |                  | ( )                |                  |   |
|  |           |        |                  | ( )                |                  | ¿Contacto de Emergencia?<br>Si No<br><br>¿Se puede entregar?<br>Si No |
|  | Ciudad    |        |                  | ( )                |                  |   |
|  | Estado    | Código |                  | ( )                |                  |   |
| Contacto 2   | Nombre    |        | Tipo de Teléfono | Numero de Teléfono | Nota de Teléfono | Relación con el Niño/a  |
|  | Dirección |        |                  | ( )                |                  |   |
|  |           |        |                  | ( )                |                  | ¿Contacto de Emergencia?<br>Si No<br><br>¿Se puede entregar?<br>Si No |
|  | Ciudad    |        |                  | ( )                |                  |   |
|  | Estado    | Código |                  | ( )                |                  |   |
| Contacto 3   | Nombre    |        | Tipo de Teléfono | Numero de Teléfono | Nota de Teléfono | Relación con el Niño/a  |
|  | Dirección |        |                  | ( )                |                  |   |
|  |           |        |                  | ( )                |                  | ¿Contacto de Emergencia?<br>Si No<br><br>¿Se puede entregar?<br>Si No |
|  | Ciudad    |        |                  | ( )                |                  |   |
|  | Estado    | Código |                  | ( )                |                  |   |
| Contacto 4   | Nombre    |        | Tipo de Teléfono | Numero de Teléfono | Nota de Teléfono | Relación con el Niño/a  |
|  | Dirección |        |                  | ( )                |                  |   |
|  |           |        |                  | ( )                |                  | ¿Contacto de Emergencia?<br>Si No<br><br>¿Se puede entregar?<br>Si No |
|  | Ciudad    |        |                  | ( )                |                  |   |
|  | Estado    | Código |                  | ( )                |                  |   |

| Información de contacto para padres sin custodia legal del Niño/a. si hay alguna?                           |           |        |        |        |                 |
|---|-----------|--------|--------|--------|-----------------|
| ¿Da permiso a Head Start a contactar a padres sin custodia legal para propósito del programa de Head? Si No |           |        |        |        |                 |
| Nombre  | Dirección | Ciudad | Estado | Código | Teléfono<br>( ) |

# Información de Inscripción



Nombre del Adulto principal \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_  
 Nombre del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

### Transportación

Dirección donde el niño está localizado durante las horas de operación de "Head Start" (nosotros queremos proporcionar servicios en las instalaciones más cercas de "Head Start").

Dirección

¿Entregas Firmadas? Si No

Fecha Firmadas

¿Sospecha que su niño/niña tenga alguna incapacidad?

Si No Diagnosticada Si es sí, ¿cuál es la incapacidad sospechada ó diagnosticada?

¿Tiene su niño/a algún Plan de Educación Individual (IEP) O IFSP? Si No (Por favor, proporcionar copia)

Si es Sí, ¿Con quién?

¿En cuál escuela primaria su niño/a asistirá al Kinder?

|                         |  |                                      |                                      |   |
|-------------------------|--|--------------------------------------|--------------------------------------|---|
| <b>Escuela Primaria</b> | Otras Escuelas que yo estoy dispuesto para la<br>transportación: <input type="checkbox"/> Todo |                                      |                                      | <input type="checkbox"/> Marshall White |
|                         | <input type="checkbox"/> Your Community Connection   | <input type="checkbox"/> OWCAP       | <input type="checkbox"/> OWATC-N     |   |
|                         | <input type="checkbox"/> Plain City  | <input type="checkbox"/> Green Acres | <input type="checkbox"/> Countryview |   |
|                         | <input type="checkbox"/> Roy   | <input type="checkbox"/> Mound Fort  |                                      |   |

Certificación: Yo entiendo que esta información es verdadera. Cualquier información falsa ya sea parcial, entiendo que mi participación en el programa de la Agencia puede ser terminado y puedo ser sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud será conservada en estricta confidencialidad dentro de la Agencia y está accesible a mí durante horas normales de trabajo.

Firma del Padre/Tutor \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Verifying Staff Member \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

### **Para completarse por el personal de la Agencia**

#### Program Details

|              |      |                                 |                    |
|--------------|------|---------------------------------|--------------------|
| Program/Term | Site | Application Status <sup>1</sup> | Application Number |
|--------------|------|---------------------------------|--------------------|

#### Enrollment

|                  |                   |
|------------------|-------------------|
| Application Date | Eligibility Notes |
|------------------|-------------------|

#### Eligibility

|                    |               |                            |                    |   |           |
|--------------------|---------------|----------------------------|--------------------|---|-----------|
| Eligibility Income | Num in Family | Income Status <sup>2</sup> | Participation Year | <input type="checkbox"/> Child Elig Next Year   | Class Age |
|                    |               |                            |                    | <input type="checkbox"/> Sibling Elig Next Year |           |

|                 | Points |
|-----------------|--------|
| Child Status    |        |
| Parental Status |        |
| Disability      |        |
| Income          |        |
| Age             |        |
| Criterion 1     |        |
| Criterion 2     |        |
| Criterion 3     |        |
| Criterion 4     |        |
| Criterion 5     |        |
| Criterion 6     |        |
| <b>Total</b>    |        |

|   |   |
|---|---|
| <b>1. Application Status Codes</b><br>C-Complete & Verified<br>M-Complete, Needs Medical Info | <b>2. Income Status Codes</b><br>E-Eligible<br>F-Foster Child<br>H-Homeless<br>P-Public Asst<br>M-Moderate<br>O-Over Income |
|---|---|

**Is this child income eligible for Head Start? Yes No**

Ogden-Weber Community Action Partnership Head Start

**Forma de Permiso**

(Por favor, marcar cada pregunta con un Sí ó No)

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_ Cumpleaños: \_\_\_\_\_

**Yo doy permiso a "Head Start" para:**

1. Conseguir cuidado medico y dental en caso de una emergencia..  Si  No
2. Llevar a cabo chequeos médicos/dentales necesarios:
- |  |   |
|--|---|
| A. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Físico  | G. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Audible                |
| B. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Presión de la Sangre  | H. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Visión                 |
| C. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Hematocrito/hemoglobina (se hace dando un pinchazo en el dedo). | I. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Conducta               |
| D. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Evaluación de Crecimiento                                       | J. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Desarrollo             |
| E. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Prueba del Plomo (Se hace dando un pinchazo en el dedo)         | K. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Verbal                 |
| F. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Dental  | L. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Observaciones en clase |
3. A) Recibir información del Distrito Escolar en la educación de mi hijo/a, necesidades especiales y el IEP's.  Si  No
- B) Re-expedir la educación de Niño/a, necesidades medicas especiales y otra información necesaria de "Head Start" al sistema escolar o Intervención Temprana  Si  No
4. Llevar a mi Niño/a a viajes de estudio y participar en actividades especiales dentro o fuera del "campus".  Si  No
5. A) Usar fotografías o video de mi Niño/a (para propósitos promocionales, incluyendo red de computación (website), medios publicitarios sociales, etc).  Si  No
- B) Usar fotografías, video, frases de mi niño en el salón para propósitos educacionales.  Si  No

**Yo doy permiso para:**

6. Mi Niño/a reciba fluoruro en "Head Start".  Si  No  
**(IMPORTANTE: SU NIÑO/A NECESITA SOLAMENTE UNA TABLETA DE FLUORURO POR DIA. Por Favor, no le dé fluoruro en los días que asisten a "Head Start").**
7. A) Yo doy permiso a cualquier dentista ó clínica a proporcionar información sobre mi Niño al Programa "Head Start".  Si  No
- B) Yo doy permiso a cualquier médico ó clínica a proporcionar información sobre mi Niño al Programa "Head Start".
8. Yo doy permiso a los estudiantes Internos de la "University Practicum" de trabajar con mi niño/a y la familia.  Si  No
9. Yo doy permiso para un Abuelo/a de Crianza Voluntario de trabajar con mi niño/a en de la clase.  Si  No
10. Yo doy permiso para que mi niño/a participe en el programa "Hablar Sobre el Tocar". "Head Start" estará usando "*Hablando acerca de Tocar: Un Programa de Estudios de Seguridad Personal.*" Les enseña a los niños habilidades que les ayudarán a mantenerse seguros en situaciones abusivas peligrosas. Ellos también aprenderán cómo pedir ayuda cuando la necesiten.  Si  No
11. Yo estoy interesado en el:
- |   |
|---|
| A. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Proyecto Literatura Familiar en-casa OWCAP/WSU |
| B. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Smart Steps/Step Clase Familiar/astros         |
| C. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Within Our Reach/Familias Saludables (Parejas) |
| D. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Within My Reach/Familias Saludables (Solteros) |
| E. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Entrenamiento para Padres Encarcelados         |

Yo, por este medio libero a la "Ogden-Weber Community Action del Programa "Head Start" de alguna y todas las responsabilidades sobre la información anterior.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

Ogden-Weber Community Action Partnership, Inc.  
Historia Médica

**Situación de la Salud del Niño/a**

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

¿Tiene su Niño/a cualquier alergia (incluyendo comidas) que han sido verificadas por médico?  Sí  No  
Si es Sí ¿está su Niño/a bajo el cuidado de un médico para estas alergias?  Sí  No  
Si es Sí para cualquiera de las preguntas anteriores, por favor, liste las alergias \_\_\_\_\_

**Por Favor, traiga documentación del médico de su Niño/a respecto a las alergias que ha listado antes.**

Por Favor, cheque todas las que apliquen

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Anemia  | <input type="checkbox"/> Problemas de visión /lentes        | <input type="checkbox"/> Diabetes                 |
| <input type="checkbox"/> Ataques (actual)                                | <input type="checkbox"/> Asma (actual / con medicinas)      | <input type="checkbox"/> Sobrepeso/Bajo de peso   |
| <input type="checkbox"/> Defectos de Nacimiento                          | <input type="checkbox"/> Incapacidades de oír/Equipo de oír | <input type="checkbox"/> Resfriados/Tos frecuente |
| <input type="checkbox"/> Deformidades / huesos, músculos                 |   |   |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades del Corazón (requiere tratamiento) |   |   |
| <input type="checkbox"/> Epilepsia (actual/requiere tratamiento)         |   |   |
| <input type="checkbox"/> Heridas serias _____                            |   |   |
| <input type="checkbox"/> Toma medicinas _____                            |   |   |

¿Tiene su Niño/a cualquier condición médica que requiere tratamiento continuo durante la hora de clase de "Head Start"?  No  Si Explicar: \_\_\_\_\_

¿Ha tenido su niño cualquier emergencia seria, operaciones, ó expuesto a ó diagnosticado de tuberculosis? \_\_\_\_\_

**Historia Dental**

- Ha tenido examen dental       Se cepilla dos veces al día por lo regular       Ha tenido trabajo dental hecho en el año pasado

**Historia Médica Familiar**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Anemia                  | <input type="checkbox"/> Diabetes              | <input type="checkbox"/> Dolores garganta frecuentes |
| <input type="checkbox"/> Células de Hoz (Anemia) | <input type="checkbox"/> Ataques               | <input type="checkbox"/> Tuberculosis                |
| <input type="checkbox"/> Magulladuras fáciles    | <input type="checkbox"/> Pesadillas frecuentes | <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón      |
| <input type="checkbox"/> Fácil sangrado          | <input type="checkbox"/> Epilepsia             | <input type="checkbox"/> Sobrepeso/Bajo de peso      |
| <input type="checkbox"/> Asma                    |  |  |

**Durante el embarazo la madre usó:**

- |                                       |                                       |                                       |  |
|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Alcohol      | <input type="checkbox"/> Drogas       | <input type="checkbox"/> Tabaco       | <input type="checkbox"/> Medicinas recetadas por un médico |
| Con qué frecuencia:                   | Con qué frecuencia:                   | Con qué frecuencia:                   |  |
| <input type="checkbox"/> Diariamente  | <input type="checkbox"/> Diariamente  | <input type="checkbox"/> Diariamente  |  |
| <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Semanalmente | <input type="checkbox"/> Semanalmente |  |
| <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente | <input type="checkbox"/> Mensualmente |  |

¿Tiene su niño/a requisitos especiales de dietas (culturales, religiosas, normas de comida ó preferencias personales de comida ó necesidades médicas de dietas)? \_\_\_\_\_

¿Alguno de estos requisitos está relacionado con problemas de salud?   No

Si es Sí, por favor de explicar. \_\_\_\_\_

Firma de los Padres/Tutores Legales: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Ogden-Weber Community Action Partnership, Inc.**  
**“Head Start”**  
**Forma de Consentimiento**

Nombre del Niño/a: \_\_\_\_\_

Para poder proporcionar a sus Niños y su Familia con el mejor servicio posible, el Programa de “Head Start” de la Ogden-Weber Community Action Partnership, Inc. pide su consentimiento para recibir y compartir información con las Agencias con las cuales exista un plan actual. Al permitirle a “Head Start” compartir esta información respecto a sus planes existentes, les podemos asistir a Uds. mejor para cumplir a llevar a cabo sus metas actuales. Esto también nos ayudará para evitar duplicidad de servicios ó establecer planes conflictivos. Toda la información permanecerá confidencial y será usada para proporcionar un mejor servicio a Uds. Por Favor, **poner iniciales** en la declaración apropiada y firme al final de la página.

**Servicios de otros Recursos de la Comunidad:**

¿Tiene Ud. ó cualquiera de los Miembros de su Familia **planes escritos** en cualquiera de las siguientes agencias?

Si es Sí, por favor, ponga **iniciales** por cada Agencia en la cual Ud. tenga un Plan escrito e indique Sí ó No si la OWCAP puede intercambiar información con ellos:

| Inicial   | Si    | No    |
|---|-------|-------|
| 1. _____ Distrito Escolar del Condado de Weber IEP  | _____ | _____ |
| 2. _____ Distrito Escolar IEP   | _____ | _____ |
| 3. _____ Distrito Escolar de la Ciudad de Ogden IEP   | _____ | _____ |
| 4. _____ Escuela de Utah para los Sordos & Ciegos   | _____ | _____ |
| 5. _____ Depto. Servicios Fuerza/Trabajo (TANF/FEP/Timbres Comida (SNAP), Medicaid, Cuidar Niños, etc.)                         | _____ | _____ |
| 6. _____ División de Servicios al Niño & la Familia (Servicios de Protección al Niño).<br>Nombre del trabajador del caso: _____ | _____ | _____ |
| 7. _____ Servicios Humanos de Weber. Nombre del Consejero: _____  | _____ | _____ |
| 8. _____ WIC (proporcionar los valores más recientes de HGB).   | _____ | _____ |
| 9. _____ Su Conexión de la Comunidad  | _____ | _____ |
| 10. _____ Nombre del Centro de Cuidado de Niños actual _____  | _____ | _____ |
| 11. _____ Socio de Cuidado de Niños <input type="checkbox"/> Children’s Classic North <input type="checkbox"/> OWATC-Sur        | _____ | _____ |
| 12. _____ Otros   | _____ | _____ |

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma de los Padres/ Tutores Legales

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**Earnings from Employment**  
**Wages and salary**  
**Non-farm self-employment income**  
**Farm self-employment income**

**Income from Assets (Property Income)**

Regular/passbook savings accounts in a bank, savings and loan, or credit union  
Money market deposit accounts  
Certificates of deposit  
NOW, Super NOW, or other interest-earning checking accounts  
Money market funds  
U.S. Government securities  
Municipal or corporate bonds  
Other interest-earning assets  
Stocks or mutual fund shares  
Rental property  
Mortgages  
Royalties  
Other financial investments

**Other Income Sources**

Social security  
U.S. Government railroad retirement  
Federal supplemental security  
State administered supplemental security income  
State unemployment compensation  
Supplemental unemployment benefits  
Black lung payments  
Workers' compensation  
State temporary sickness or disability benefits  
Employer or union temporary sickness policy

**Other Income Sources** *(continued)*

Payments from a sickness, accident, or disability insurance policy purchased on your own  
Aid to Families with Dependent Children (AFDC), (ADC)  
General assistance or general relief  
Indian, Cuban, or refugee assistance  
Foster child care payments  
Other welfare  
Child support payments  
Alimony payments  
Pensions from a company or union  
Federal civil service or other Federal civilian employee pension  
U.S. military retirement  
National Guard or Reserve Forces retirement  
State government pensions  
Local government pensions  
Income from paid-up life insurance policies or annuities  
Estates and trusts  
Other payments for retirement, disability or survivors, and G.I. Bill/VEAP education benefits  
Income assistance from a charitable group  
Other unemployment compensation (e.g., Trade Adjustment Act benefits, strike pay, other)  
Veterans' compensation or pensions  
Money from relatives or friends  
Lump sum payments  
Income from roomers or boarders  
National Guard or Reserve pay  
Incidental or casual earnings  
Other cash income not included elsewhere



## Ogden Weber Community Action Partnership Programa "Head Start"

Estimados Padres/Tutores,

Muchas gracias por su interés en la pre escuela de "Head Start" **gratis** para sus niños.



**Sus niños deben tener ya sea 3 ó 4 años de edad el 1o. de Septiembre para calificar para el Programa Anual (el cual empieza en Septiembre).** Y Uds. deben de vivir en el Condado de Weber. Ofrecemos opciones del parte-día y de la clase del cuidado de niño.

La Ogden-Weber Community Action Partnership, Inc. (OWCAP) "Head Start" ha estado proporcionando servicios a los niños y a las familias en el Condado de Weber desde 1965.

El "Head Start" de la OWCAP tiene personal cuidadoso y programas de alta calidad para su niño y su familia.

Los servicios de transportación han sido recortados eliminado a restricciones del presupuesto. Todos los padres necesitan considerar cómo estarán llevando y recogiendo a sus niños a y de la escuela.

Por favor, **completar la solicitud adjunta y leer cuidadosamente la lista de chequeo de la solicitud** de este folleto para ayudarnos a procesar la solicitud de su niños en un plazo apropiado

**¡Estaremos buscando servir a sus niños y a su familia!**

Donald R. Carpenter  
Administrador de la Agencia/Director de "Head Start"

