



**owcap**  
Ogden-Weber Community Action Partnership

Querido padre/tutor:

OWCAP Head Start Preescolar/Programa Early Head Start es un programa de preparación escolar para niños y familias aceptados en estos programas sin costo para usted. Visite nuestro sitio web o llame para saber las fechas de inscripción y para concertar citas.

- **Programa Early Head Start/Programa Prenatal** – es para apoyar a las mujeres embarazadas y los padres. Se ofrece cuidado y educación prenatal.
- **Programa Early Head Start** es para niños menores de tres años. OWCAP ofrece:
  - Programa basado en el hogar- El visitante a domicilio acude al hogar cada semana durante 90 minutos para trabajar con los padres y el niño. También tienen una socialización dos veces al mes para conocer a otros niños y familias.
  - Programa basado en el centro- El programa basado en el aula proporciona a los pequeños preparación para la escuela, habilidades sociales y emocionales, y otros objetivos. **Se traslada a un programa basado en el hogar en los meses de verano. Véase más arriba.**
- **Head Start Preescolar** es para niños de 3 y 4 años.

**Niños con discapacidades o necesidades especiales son alentados a aplicar para el programa.** Nosotros no proveemos transporte a los estudiantes; sin embargo, podemos proveer apoyo de transporte.

**Llame al (801) 399-9281 para fijar una cita. Favor de traer los siguientes documentos a la cita para la inscripción:**

- |                                                                      |                                                                                           |
|----------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Certificado de nacimiento                   | <input type="checkbox"/> Prueba de dirección (factura de servicios, identificación, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Prueba de ingresos de los últimos 12 meses  | <input type="checkbox"/> Cartilla de vacunas                                              |
| <b>Uno de los siguientes</b>                                         | <input type="checkbox"/> Examen físico (más reciente)                                     |
| • Formulario w-2 del año anterior                                    | -que incluye presión arterial, hemoglobina, y examen de plomo                             |
| • Formulario de impuestos 1040                                       | <input type="checkbox"/> Examen dental (más reciente)                                     |
| • Documento actual de asistencia de DWS (FEP, SNAP, TANF)            | -que incluye limpieza, barniz de fluoruro, y tratamientos                                 |
| • Carta del seguro social (que refleje la cantidad de ingresos)      |                                                                                           |
| • Carta del empleador                                                |                                                                                           |
| • Talones de cheque                                                  |                                                                                           |
| • Prueba de cuidado temporal o carta de custodia del estado del DCFS |                                                                                           |

**Preguntas frecuentes:**

¿Mi hijo/a tiene que ir al baño por sí mismo/a para asistir a Head Start Preescolar?

- No, nuestros maestros están entrenados a trabajar con su hijo/a y con los padres para apoyarlos en el entrenamiento de ir al baño.



801-399-9281 [ph]  
801-399-9887 [fx]



owcap.org  
info@owcap.org



3159 Grant Ave  
Ogden, UT 84401

Diminish the effects of poverty in weber county through education, individualized support, advocacy & collaboration.

☐ HHS

☐ EHS- ☐ Center ☐ Home-based

# Solicitud de OWCAP Head Start Preescolar/Programa Early Head Start



## Información de los miembros de la familia

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| <b>Niño/a aplicando para Head Start Preescolar/Programa Early Head Start</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
| Primer nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Segundo nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Apellido                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Nombre preferido                                     |
| Fecha de nacimiento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Genero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Raza/etnicidad (marque todo lo que aplique)</b><br><input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro o africano americano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino<br><input type="checkbox"/> Oriente Medio o África del Norte <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Idioma principal</b> _____<br>Otros idiomas _____ |
| <b>Seguro médico:</b> <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Seguro dental:</b> <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
| <b>Doctor/Dentista (del niño/a aplicando para el programa)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
| Nombre de la clínica del doctor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Dirección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ciudad                                                                                                                                               | Estado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Código Postal<br>Teléfono                            |
| Nombre de la clínica del dentista                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Dirección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Ciudad                                                                                                                                               | Estado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Código Postal<br>Teléfono                            |
| <b>Adulto primario viviendo en el hogar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
| Primer nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Segundo nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Apellido                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fecha de nacimiento                                  |
| Genero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Raza/etnicidad (marque todo lo que aplique)</b><br><input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro o africano americano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino<br><input type="checkbox"/> Oriente Medio o África del Norte <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Idioma principal</b> _____<br>Otros idiomas _____ |
| <b>Grado más alto completado</b><br><input type="checkbox"/> Grado 9 o menos<br><input type="checkbox"/> Grado 10<br><input type="checkbox"/> Grado 11<br><input type="checkbox"/> Grado 12<br><input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria<br><input type="checkbox"/> Certificación técnica<br><input type="checkbox"/> Asociados<br><input type="checkbox"/> Licenciatura<br><input type="checkbox"/> Maestría | <b>Estado de empleo</b><br><input type="checkbox"/> Tiempo completo<br><input type="checkbox"/> Tiempo parcial<br><input type="checkbox"/> Pensionado o deshabilitado<br><input type="checkbox"/> Entrenamiento o estudiando<br><input type="checkbox"/> Empleo temporal<br><input type="checkbox"/> Desempleado                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Relación con el niño/a</b><br><input type="checkbox"/> Padre (ej. biológico, adoptivo, padrastros)<br><input type="checkbox"/> Abuelos<br><input type="checkbox"/> Padres temporales- no incluyendo familiares<br><input type="checkbox"/> Familiares- aparte de abuelos<br><br><b>Custodia:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                      | Correo electrónico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      | Número de teléfono celular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      | <b>Este individuo tiene seguro médico</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><b>De ser así, que tipo de seguro médico</b><br><input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Plan de salud del estado<br><input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Por medio de su empleo<br><input type="checkbox"/> Compra directa de seguro <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Otro<br><b>Tiene un proveedor de salud médica</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                                      |
| <b>Adulto secundario viviendo en el hogar</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
| Primer nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Segundo nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Apellido                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fecha de nacimiento                                  |
| Genero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Raza/etnicidad (marque todo lo que aplique)</b><br><input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro o africano americano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino<br><input type="checkbox"/> Oriente Medio o África del Norte <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Idioma principal</b> _____<br>Otros idiomas _____ |
| <b>Grado más alto completado</b><br><input type="checkbox"/> Grado 9 o menos<br><input type="checkbox"/> Grado 10<br><input type="checkbox"/> Grado 11<br><input type="checkbox"/> Grado 12<br><input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria<br><input type="checkbox"/> Certificación técnica<br><input type="checkbox"/> Asociados<br><input type="checkbox"/> Licenciatura<br><input type="checkbox"/> Maestría | <b>Estado de empleo</b><br><input type="checkbox"/> Tiempo completo<br><input type="checkbox"/> Tiempo parcial<br><input type="checkbox"/> Pensionado o deshabilitado<br><input type="checkbox"/> Entrenamiento o estudiando<br><input type="checkbox"/> Empleo temporal<br><input type="checkbox"/> Desempleado                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>Relación con el niño/a</b><br><input type="checkbox"/> Padre (ej. biológico, adoptivo, padrastros)<br><input type="checkbox"/> Abuelos<br><input type="checkbox"/> Padres temporales- no incluyendo familiares<br><input type="checkbox"/> Familiares- aparte de abuelos<br><br><b>Custodia:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                      | Correo electrónico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      | Número de teléfono celular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      | <b>Este individuo tiene seguro médico</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><b>De ser así, que tipo de seguro médico</b><br><input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Plan de salud del estado<br><input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Por medio de su empleo<br><input type="checkbox"/> Compra directa de seguro <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Otro<br><b>Tiene un proveedor de salud médica</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |                                                      |
| <b>Información familiar/general</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
| Dirección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ciudad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Estado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Código postal                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
| Dirección de correo (si es diferente)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Ciudad                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Estado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Código postal                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
| Estado parental <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Idioma principal en el hogar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      | Otros idiomas en el hogar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                      |
| Tipo de vivienda (marque una): <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> Otro tipo de vivienda permanente <input type="checkbox"/> Otro por favor indique:                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
| ¿Cómo se enteró de nuestros servicios? <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Boca a boca <input type="checkbox"/> Facebook <input type="checkbox"/> Instagram <input type="checkbox"/> Sitio web <input type="checkbox"/> Organización comunitaria <input type="checkbox"/> Otro _____                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
| ¿Padre o tutor es miembro activo del servicio militar de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | ¿Padre o tutor es veterano del servicio militar de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
| <b>Padre sin custodia (No viviendo en el hogar)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
| Primer Nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Segundo nombre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Apellido                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Fecha de nacimiento                                  |
| Genero                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Raza/etnicidad (marque todo lo que aplique)</b><br><input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> asiático <input type="checkbox"/> Negro o africano americano <input type="checkbox"/> Hispano o Latino<br><input type="checkbox"/> Oriente Medio o África del Norte <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Idioma principal</b> _____<br>Otros idiomas _____ |
| Correo electrónico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Número de teléfono                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Custodia:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |
| Dirección                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |

| Hermanos/as del niño/a aplicando para el programa |               |                     |        |
|---------------------------------------------------|---------------|---------------------|--------|
| Apellido                                          | Primer nombre | Fecha de nacimiento | Genero |
|                                                   |               |                     |        |
|                                                   |               |                     |        |
|                                                   |               |                     |        |
|                                                   |               |                     |        |

¿A qué escuela primaria asistirá su hijo/a para el kinder? \_\_\_\_\_

|                 |                                                                                                    |                                                  |                                                      |
|-----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Sitio primario: | <b>Preferencias para el sitio de Head Start Preescolar:</b><br>(Elija de la lista de preferencias) | <b>Lista de preferencias:</b>                    | Roy                                                  |
|                 | 1. _____<br>2. _____                                                                               | OWCAP<br>Bonneville<br>Your Community Connection | South Ogden<br>James Madison<br>5 Points/Harrisville |

**Contactos de emergencia/liberaciones autorizadas de niños, excepto los padres.**

El niño/a no será entregado a nadie aparte de los padres y las personas enlistadas a continuación. **Deben tener por lo menos 18 años.**

|            |           |               |                  |                     |                                                                                        |
|------------|-----------|---------------|------------------|---------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Contacto 1 | Nombre    |               | Tipo de teléfono | Números de teléfono | Relación con el niño/a                                                                 |
|            | Dirección |               | Celular          | (   )               |                                                                                        |
|            | Ciudad    |               | Casa             | (   )               | ¿Contacto de emergencia?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    |
|            | Estado    | Código postal | Trabajo          | (   )               | ¿Puede recoger a su hijo/a?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Contacto 2 | Nombre    |               | Tipo de teléfono | Números de teléfono | Relación con el niño/a                                                                 |
|            | Dirección |               | Celular          | (   )               |                                                                                        |
|            | Ciudad    |               | Casa             | (   )               | ¿Contacto de emergencia?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    |
|            | Estado    | Código postal | Trabajo          | (   )               | ¿Puede recoger a su hijo/a?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Contacto 3 | Nombre    |               | Tipo de teléfono | Números de teléfono | Relación con el niño/a                                                                 |
|            | Dirección |               | Celular          | (   )               |                                                                                        |
|            | Ciudad    |               | Casa             | (   )               | ¿Contacto de emergencia?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    |
|            | Estado    | Código postal | Trabajo          | (   )               | ¿Puede recoger a su hijo/a?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Certificación: al entregar esta solicitud, certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia será terminada y puedo estar sujeto a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será retenida en estricta confidencialidad dentro de la agencia y puede ser accesible a mí en horario normal de trabajo.

**\*\*\* Para ser completado por el personal de la agencia: información de inscripción. \*\*\***

|                                                                           |               |              |               |              |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|
| Releases Signed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |               | Date Signed: |               |              |
| Family member                                                             | Income amount | Per          | Annual amount | Verification |
|                                                                           |               |              |               |              |
|                                                                           |               |              |               |              |
|                                                                           |               |              |               |              |

| Program Details    |                  |                  |
|--------------------|------------------|------------------|
| Program/Term       | Site             | Application Date |
|                    |                  |                  |
| Enrollment         |                  |                  |
| Eligibility Notes  |                  |                  |
|                    |                  |                  |
| Eligibility        |                  |                  |
| Eligibility Income | Number in Family | Income Status    |
|                    |                  |                  |

Is this child income eligible for Head Start Prechool? ☐Yes ☐No



Ogden-Weber Community Action Partnership, Inc.  
Head Start Preschool/Early Head Start Program  
**Guía de evaluación de la admisibilidad**



Para uso en el año de reclutamiento 2025-2026 que comienza el 1 de enero de 2025

| AREA                                       |                                                                                                                                                                                                               |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                            | El niño(a) que se inscribe tiene un IEP/IFSP actual (Se debe proporcionar documentación)                                                                                                                      |
|                                            | Niño(a) en un: <input type="checkbox"/> colocación por parentesco <input type="checkbox"/> custodia ordenada por el estado <input type="checkbox"/> acogimiento familiar (Se debe proporcionar documentación) |
|                                            | La familia recibe: <input type="checkbox"/> FEP <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> SNAP (Se debe proporcionar documentación)                                                               |
|                                            | ¿No tiene hogar y vive en un refugio, camping, parque, motel o automóvil debido a la pérdida de la vivienda o dificultades económicas?                                                                        |
|                                            | ¿No tiene hogar y vive con otra familia debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas?                                                                                                            |
|                                            | Padre o madre adolescente actual (19 años o menos)                                                                                                                                                            |
|                                            | El progenitor tuvo un hijo cuando tenía 19 años o menos <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre                                                                                         |
|                                            | El niño(a) que se inscribe completó OWCAP HS/ EHS el último año escolar (solo para estudiantes de 3er año)                                                                                                    |
|                                            | El niño(a) está en transición de OWCAP Early Head Start (durante el año actual del programa)                                                                                                                  |
|                                            | El niño(a) está en transición de otro programa Early Head Start o Head Start (durante el año actual del programa, se debe proporcionar documentación)                                                         |
|                                            | Violencia doméstica (incluyendo emocional, verbal, psicológica y física): <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Pasado                                                                |
|                                            | Maltrato/abuso físico: <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Pasado                                                                                                                   |
|                                            | Intervención de los servicios de protección de menores: <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Pasado                                                                                  |
|                                            | Maltratado/uso de sustancias, incluido el m de maltratados medicamentos con receta: <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Pasado                                                      |
|                                            | El niño(a) tiene problemas graves de salud                                                                                                                                                                    |
|                                            | Un miembro de la familia padece un trastorno mental, una enfermedad crónica o una discapacidad diagnosticada                                                                                                  |
|                                            | La familia ha sido desahuciada en los últimos 12 meses                                                                                                                                                        |
|                                            | La familia recibe: WIC                                                                                                                                                                                        |
|                                            | Ambos padres están desempleados o Padre soltero está desempleado                                                                                                                                              |
|                                            | El padre o el hijo no tiene seguro médico o está subasegurado                                                                                                                                                 |
|                                            | Familia remitida por otra agencia/profesional <b>Remitida por:</b> _____                                                                                                                                      |
|                                            | Le cortaron el gas, el agua o la electricidad en los últimos 12 meses ¿Cuántas veces? _____                                                                                                                   |
|                                            | Sólo vive un adulto en el hogar                                                                                                                                                                               |
|                                            | Padre(s) encarcelado(s) <input type="checkbox"/> Actualmente <input type="checkbox"/> Pasado                                                                                                                  |
|                                            | Actualmente en situación de refugiado                                                                                                                                                                         |
|                                            | El niño(a) no habla inglés <b>Favor de indicar el idioma:</b> _____                                                                                                                                           |
|                                            | El padre tiene menos de un diploma de escuela secundaria o GED <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre                                                                                  |
|                                            | Actualmente matriculado en la Escuela Secundaria, Educación de Adultos/Diploma, GED, o Escuela de Oficios (no ESL o Universidad)                                                                              |
|                                            | Padre(s) desplegado(s) actualmente o en los últimos 12 meses                                                                                                                                                  |
| Ingresos **PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL |                                                                                                                                                                                                               |
| Elegible                                   | 131-150% (Sobrepasado)                                                                                                                                                                                        |
| 101-110% (Moderado)                        | 151-175% (Sobrepasado)                                                                                                                                                                                        |
| 111-120% (Moderado)                        | 176-200% (Sobrepasado)                                                                                                                                                                                        |
| 121-130% (Moderado)                        | Sobrepasado 200% (Sobrepasado)                                                                                                                                                                                |

Los gemelos/nacimientos múltiples reciben la misma puntuación (basada en la puntuación más alta de las dos solicitudes), por lo que ambos niños se tienen en cuenta para la selección al mismo tiempo.



## **Formulario de consentimientos de Head Start Preescolar/Programa Early Head Start**

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

| <b>Doy consentimiento/autorización a OWCAP Head Start Preescolar/Programa Early Head Start para lo siguiente:</b>                                       | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Presión arterial – Mide la presión de la sangre (de 3 años en adelante)                                                                                 |           |           |
| Hematocrito y hemoglobina – Se mide con un sensor de luz no invasivo en el dedo del niño/a                                                              |           |           |
| Evaluación de crecimiento – Altura y peso                                                                                                               |           |           |
| Evaluación de nivel de plomo – En asociación con la clínica Midtown, se dará información adicional con anticipación                                     |           |           |
| Examen dental – En asociación con dentistas locales, se dará información con anticipación                                                               |           |           |
| Servicios y observación de comportamiento y salud mental, evaluación y consulta servicios de para la familia y niños dentro y fuera del salón de clase. |           |           |
| Evaluación auditiva – Máquina de escuchar o acústica                                                                                                    |           |           |
| Evaluación de vista – Utilizando una cámara de evaluación de vista                                                                                      |           |           |
| Evaluación de comportamiento/social y emocional                                                                                                         |           |           |
| Evaluador de desarrollo                                                                                                                                 |           |           |
| Aplicar barniz de fluoruro – Proporcionado por programa de higiene dental de WSU Dental, se dará información adicional con anticipación                 |           |           |
| Aplicar protector solar – Protector solar es proveído y aplicado por el personal como sea necesario                                                     |           |           |
| Aplicar loción – Se provee loción y es aplicada por el personal de ser necesario para la piel seca.                                                     |           |           |
| Aplice la crema para la rozadura de pañal: de venta libre y la proporciona y aplica el personal docente, si es necesario.                               |           |           |
| Fotografías y videos – Ser parte de fotografías y videos que pueden ser usados en el salón de clase                                                     |           |           |
| Fotografías y videos – Ser parte de fotografías y videos que pueden ser usados fuera del salón de clase                                                 |           |           |
| Transporte – Transportar a mi hijo/a en caso de emergencia                                                                                              |           |           |

| <b>Interés de padres</b>                                                                                  | <b>Si</b> | <b>No</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|-----------|
| Servir en el consejo de política de OWCAP Head Start Preescolar (similar al programa PTA de las escuelas) |           |           |
| Servir en el comité del programa de paternidad (padre/figuras paternas solamente)                         |           |           |
| Recursos para cesar la nicotina (Recursos para dejar de fumar, vapear, etc.)                              |           |           |
| Comparta información de contacto con el WSU proyecto de literatura en casa                                |           |           |
| Comparta información de contacto con el programa de aprendizaje temprano Waterford Upstart                |           |           |

Entiendo que puedo retirar mi consentimiento a Head Start Preescolar/Programa Early Head Start por escrito, en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento. Este consentimiento expira al final del año escolar. El programa puede usar fotos y videos aun después del año escolar.

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Evaluación de la salud y nutrición infantil

Nombre del niño: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

| Alergias:                                                                                                     | Sí | No |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ¿Su hijo/a tiene alguna alergia que haya sido verificada por un médico y que requiera medicamento en el aula? |    |    |
| De ser así, favor de indicarlo:                                                                               |    |    |

**\* Antes de que el niño comience la clase, se requiere la documentación del médico de su hijo sobre los medicamentos que ha enumerado.**

| Por favor marque todas las condiciones médicas actuales que necesitan adaptaciones en el salón de clase que se aplican a su hijo/a: |                                                                                   |  |                                |  |                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------|--|------------------------------|
|                                                                                                                                     | Diabetes                                                                          |  | Problemas de visión/usa lentes |  | Alergias estacionales        |
|                                                                                                                                     | Convulsiones                                                                      |  | Asma                           |  | ADHD                         |
|                                                                                                                                     | Defectos de nacimiento                                                            |  | Autismo diagnosticado          |  | Irritación de la piel/Eccema |
|                                                                                                                                     | Defectos en el corazón                                                            |  | Problemas auditivos            |  | Acomodaciones sensoriales    |
|                                                                                                                                     | Anemia                                                                            |  | Alimentación por sonda         |  | Leche materna                |
|                                                                                                                                     | Deformidad de articulaciones, hueso, o deformidad de musculo (por favor indique): |  |                                |  |                              |
|                                                                                                                                     | Otro (favor de indicarlo):                                                        |  |                                |  |                              |

| Acomodaciones especiales de comida:                                                                                                                                                                         | Sí | No |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ¿Su hijo/a tiene necesidades alimenticias especiales que necesita durante su tiempo en el salón de clase? (fórmulas culturales, religiosas, médicas, especializadas, alergias o intolerancias alimentarias) |    |    |
| De ser así, favor de indicarlo:                                                                                                                                                                             |    |    |

**\* Se requiere documentación del proveedor médico.**

| Por favor marque lo que aplique a su hijo/a:                                                             | Sí | No |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|
| ¿Su hijo/a tiene un inhalador que necesita tener en el salón de clase?                                   |    |    |
| ¿Su hijo/a ha tenido alguna operación reciente por la cual necesita acomodaciones especiales en el aula? |    |    |
| De ser así, favor de indicarlo:                                                                          |    |    |
| ¿Tiene alguna inquietud con respecto al desarrollo o comportamiento de su hijo?                          |    |    |
| De ser así, favor de indicarlo:                                                                          |    |    |

Firma del padre/tutor: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



Ogden-Weber Community Action Partnership, Inc.  
Head Start Preescolar/Programa Early Head Start



## Formulario de responsabilidades de padres

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

### Favor de poner sus iniciales después de leer las siguientes declaraciones:

|                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                               | Yo entiendo que debo informar al maestro de cualquier preocupación medica relacionada a mi hijo/a.                                                                                                                  |
|                                                                                                                               | Yo entiendo que Head Start Preescolar/Early Head Start es un programa para <b>toda la familia.</b>                                                                                                                  |
| <b>Yo entiendo que la siguiente documentación y verificaciones son necesario:</b>                                             |                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                               | Verificación de ingresos                                                                                                                                                                                            |
|                                                                                                                               | Cartilla de vacunas ACTUALIZADA del niño/a                                                                                                                                                                          |
|                                                                                                                               | Verificación de nacimiento (certificado de nacimiento)                                                                                                                                                              |
|                                                                                                                               | Examen físico (para incluir presión arterial, hemoglobina, prueba de plomo)                                                                                                                                         |
|                                                                                                                               | Examen dental (para incluir limpieza, fluoruro y cualquier tratamiento dental necesario)                                                                                                                            |
| (Favor de ponerse en contacto con el equipo de salud al 801-399-9281 si necesita ayuda obteniendo un examen físico o dental.) |                                                                                                                                                                                                                     |
| <b>Después de ser aceptado en Head Start Preescolar/Programa Early Head Start, yo estoy de acuerdo a:</b>                     |                                                                                                                                                                                                                     |
|                                                                                                                               | Asistir a la orientación.                                                                                                                                                                                           |
|                                                                                                                               | Informar a Head Start Preescolar/Programa Early Head Start si cambio mi dirección, número de teléfono o dirección de correo electrónico                                                                             |
|                                                                                                                               | Donar mi tiempo y apoyo al programa Head Start Preescolar/Programa Early Head Start. Esto puede incluir pero no se limita a la participación en el aula y el trabajo en las metas de su hijo/a.                     |
|                                                                                                                               | Participar en dos visitas a casa y dos conferencias de padres y maestros con el maestro de mi hijo/a.                                                                                                               |
|                                                                                                                               | Participar en las visitas a casa y asesoramientos familiares con el trabajador/a de servicios de la familia asignado a mi familia. (Visitas semanales para el programa de visitas a casa)                           |
|                                                                                                                               | Participar a las reuniones, actividades o socializaciones mensuales de padres e hijos.                                                                                                                              |
|                                                                                                                               | Llamar a los maestros o trabajador/a de servicios familiares para dejarles saber porque mi hijo/a estará ausente; <b>dentro de 1 hora del comienzo de la clase.</b>                                                 |
|                                                                                                                               | Tener un padre o un adulto autorizado (debe tener 18 años o más) que deje y recoja a mi hijo/a en el tiempo asignado. <b>Se tiene que firmar al dejar y recoger al niño/a. Se requiere identificación con foto.</b> |

\_\_\_\_\_  
Firma del padre/tutor

\_\_\_\_\_  
Fecha