



Querido padre/tutor:

OWCAP Head Start/Early Head Start es un programa de preparación escolar que es **gratis** para niños y familias que sean aceptadas.

- **Early Head Start/Prenatal Program**- es para apoyar a las mujeres embarazadas y los padres. Se ofrece cuidado y educación prenatal. Aprende como cuidar de tu recién nacido, así como de ti.
- **Early Head Start** es para niños menores de 3 años. OWCAP ofrece un programa en casa y un programa en clase.
- **Head Start** 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 transportación.

Visite nuestro sitio web o llame para las fechas de registro y citas.

Cuando venga a registración. Por favor de traer los siguientes documentos, de ser posible:	
<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento	<input type="checkbox"/> Comprobante de domicilio (factura de servicios, identificación, etc.)
<input type="checkbox"/> Cartilla de vacunas	<input type="checkbox"/> Tarjeta de seguro médico (Privado, Medicaid, CHIP, etc.)
<input type="checkbox"/> Prueba de ingresos de los últimos 12 meses Uno de los siguientes	
<ul style="list-style-type: none">• Forma w-2 del año anterior• Forma de impuestos 1040• Documento actual de asistencia de DWS• 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 DCFS	
Otros requisitos, si su hijo/a es inscrito:	
<input type="checkbox"/> Examen físico (que incluye presión arterial, hemoglobina, y examen de plomo)	
<input type="checkbox"/> Examen dental (que incluye limpieza, barniz de fluoruro, y tratamientos)	

Preguntas frecuentes:
¿Mi hijo/a tiene que ir al baño por sí mismo/a para asistir a Head Start? <ul style="list-style-type: none">• No, nuestras maestras están entrenadas a trabajar con su hijo/a y con los padres para apoyarlos en el entrenamiento de ir al baño.
¿Hay algún requisito de asistencia para que mi hijo/a asista a Head Start/Early Head Start? <ul style="list-style-type: none">• La asistencia regular crea hábitos que impactan el éxito académico de sus hijos en la escuela. Queremos que su hijo/a tome parte de cada oportunidad para ser parte del programa Head Start. Se debe mantener un 85% de asistencia, esto significa que su hijo/a no falte más de 1 día por mes.
¿Qué es el programa en casa? <ul style="list-style-type: none">• El programa en casa tiene un visitante que visitara su hogar cada semana para trabajar con los padres y niños en preparación escolar, crianza de los hijos, salud, y otras metas. Este programa también incluye dos socializaciones al mes donde podrás conocer otros niños y familias.



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



owcap.org
info@owcap.org



3159 Grant Ave
Ogden, UT 84401



Niño/a aplicando para Head Start/Early Head Start					
Primer nombre		Segundo nombre		Apellido	
Nombre preferido					
Fecha de nacimiento	Genero	Raza (marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño del pacifico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro _____		Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Idioma principal _____ Otros idiomas _____
Seguro médico: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro			Seguro dental: <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHIP <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro		
Doctor/Dentista (del niño/a aplicando para el programa)					
Nombre de la clínica del doctor		Dirección		Ciudad	Estado
				Código Postal	Teléfono
Nombre de la clínica del dentista		Dirección		Ciudad	Estado
				Código Postal	Teléfono
Adulto primario viviendo en el hogar					
Primer nombre		Segundo nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento					
Genero	Raza (marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño pacifico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro _____		Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Idioma principal _____ Otros idiomas _____	
Grado más alto completado <input type="checkbox"/> Grado 9 o menos <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Certificación técnica <input type="checkbox"/> Asociados <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría	Estado de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Pensionado o deshabilitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento o estudiando <input type="checkbox"/> Empleo temporal <input type="checkbox"/> Desempleado		Relación con el niño/a <input type="checkbox"/> Padre (e.g. biológico, adoptivo, padrastros) <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padres temporales- no incluyendo familiares <input type="checkbox"/> Familiares- aparte de abuelos Custodia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Correo electrónico _____ Numero de teléfono celular _____
	Este individuo tiene seguro médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, que tipo de seguro médico <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Plan de salud del estado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Por medio de su empleo <input type="checkbox"/> Compra directa de seguro <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Otro				Tiene un proveedor de salud medica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Adulto secundario viviendo en el hogar					
Primer nombre		Segundo nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento					
Genero	Raza (marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño pacifico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro _____		Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Idioma principal _____ Otros idiomas _____	
Grado más alto completado <input type="checkbox"/> Grado 9 o menos <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grado 11 <input type="checkbox"/> Grado 12 <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria <input type="checkbox"/> Certificación técnica <input type="checkbox"/> Asociados <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría	Estado de empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Pensionado o deshabilitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento o estudiando <input type="checkbox"/> Empleo temporal <input type="checkbox"/> Desempleado		Relación con el niño/a <input type="checkbox"/> Padre (e.g. biológico, adoptivo, padrastros) <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padres temporales- no incluyendo familiares <input type="checkbox"/> Familiares- aparte de abuelos Custodia: Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Correo electrónico _____ Numero de teléfono celular _____
	Este individuo tiene seguro médico <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, que tipo de seguro médico <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Plan de salud del estado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Por medio de su empleo <input type="checkbox"/> Compra directa de seguro <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Otro				Tiene un proveedor de salud medica <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Información familiar/general					
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:					
¿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		
Padre sin custodia (No viviendo en el hogar)					
Primer Nombre		Segundo Nombre		Apellido	
Fecha de nacimiento					
Genero	Raza (marque todo lo que aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Isleño pacifico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro _____		Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Idioma principal _____ Otros idiomas _____	
Numero de teléfono		Custodia: <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? _____

Primary Site:	Preferencias para el sitio de Head Start: (Elija de la lista de preferencias)	Lista de preferencias:	Roy
	1. _____ 2. _____	OWCAP Bonneville Your Community Connection Marshall White Center	South Ogden James Madison 5-points/Harrisville Ogden-Weber Technical College

Contactos de emergencia aparte de los padres.

El niño/a no será entregado a nadie aparte de los padres y las personas enlistadas a continuación. **Tienen que 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Estado	Código postal	Trabajo	()	¿Puede recoger a su hijo/a? <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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Estado	Código postal	Trabajo	()	¿Puede recoger a su hijo/a? <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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Estado	Código postal	Trabajo	()	¿Puede recoger a su hijo/a? <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.

*****To be completed by agency staff: Enrollment Information.*****

Releases Signed? Yes No Date Signed: _____

Income Amount	Per	Annual Amount	Description	Verification	Note

Program Details		
Program/Term	Site	Application Date
Enrollment		
Eligibility Notes		
Eligibility		
Eligibility Income	Number in Family	Income Status
		Participation Year

Is this child income eligible for Head Start? Yes No



Ogden-Weber Community Action Partnership, Inc.
 Head Start/ Early Head Start Program
Guía de asesoramiento de elegibilidad



AREA	
	Solo un adulto viviendo en casa
	Niño/a viviendo con un adulto que no es el padre/tutor. Quien: _____
	Su niño/a esta en : <input type="checkbox"/> con familiares <input type="checkbox"/> custodia del estado <input type="checkbox"/> cuidado temporal (se tiene que proveer documentación)
	Sin hogar viviendo en un refugio, campamento, parque, motel o carro por pérdida de hogar o por cuestiones económicas.
	Sin hogar viviendo con otros familiares por pérdida de ayuda de vivienda o cuestiones económicas.
	Su familia recibe: <input type="checkbox"/> FEP <input type="checkbox"/> SSI (se tiene que proveer documentación)
	Los padres tuvieron hijos a la edad de 19 años o menos <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
	Padres adolescentes actualmente (19 años o menos)
	El niño/a no habla inglés por favor indique el idioma _____
	Niño/a transferido de otro programa de Head Start
	Niño/a paso por la transición de OWCAP Early Head Start (durante el año escolar)
	Niño/a paso por la transición de otro programa de Early Head Start (durante el año escolar)
	El niño/a registrado estuvo inscrito en OWCAP HS/ EHS el año escolar anterior
Otro	
	Su niño/a tiene un plan de educación especial IEP/IFSP (documentación necesaria iniciales _____)
	Sospecha que el niño/a tiene alguna discapacidad
	Su familia recibe: <input type="checkbox"/> estampillas de comida <input type="checkbox"/> WIC
	Violencia domestica (incluyendo emocional, verbal, psicológica, y física): <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado
	Abuso físico/negligencia: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado
	Se ha involucrado el servicio de protección infantil: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado
	Abuso de sustancias/uso de drogas incluyendo drogas recetadas: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado
	El niño/a tiene problemas de salud serias que afectan el aprendizaje
	La familia fue referida por otra agencia/profesional Referido por: _____
	Los dos padres desempleados
	Padre/madre soltero desempleado
	Su familia fue afectada directamente por COVID. Pérdida de <input type="checkbox"/> Ingresos <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Hogar
	Padres encarcelados <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado
	Padres deportados <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado
	Padres no tienen diploma de High School o GED <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre
	Actualmente inscrito en High School, Adult Education/Diploma, GED, o escuela de entrenamiento (no ESL)
	Padres desplegados por medio de los soldados o guardia nacional en los últimos 12 meses
	Le han cortado el gas, el agua, o la electricidad en los últimos 12 meses ¿Cuántas veces? _____
Ingresos **para el uso del personal solamente	
	Eligible
	101-110% (Moderate)
	111-120% (Moderate)
	121-130% (Moderate)
	131-150% (Over)
	151-175% (Over)
	176-200% (Over)
	Over 200% (Over)

Twins/Multiple births receive the same points (based on the highest points of the two applications) so both children are considered for selection at the same time.



Forma de consentimientos de Head Start / Early Head Start

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Doy consentimiento/autorización a OWCAP Head Start/Early Head Start para lo siguiente:	Si	No
Examen físico – implementado por el departamento de enfermería de la universidad Weber State, se dará información adicional con anticipación		
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, consulta y servicios de consejería 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		
Desarrollo		
Evaluación de autismo – para niños de 18 a 24 meses de edad		
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.		
Actividades educativas fuera del salón de clase- el niño/a puede participar en paseos caminando, se le notificara con anticipación.		
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		

Interés de padres	Si	No
Servir en el consejo de póliza de OWCAP Head Start (similar al programa PTA de las escuelas)		
Servir en el comité del programa de paternidad (padre/figuras paternas solamente)		
OWCAP/WSU proyecto de literatura en casa		
Recursos para cesar la nicotina (Recursos para dejar de fumar, vapear, etc.)		

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

Firma del padre/tutor

Fecha

Asesoramiento de salud e historial medico

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento: _____

Alergias:	Si	No
¿Su hijo/a tiene algún tipo de alergias que hayan sido verificadas por un médico y que requieran medicamento en el salón de clase?		
De ser así, por favor explique:		

***Por favor de traer la documentación necesaria de parte del médico de su hijo/a en referencia a las alergias que ha enlistado.**

Por favor marque todas las condiciones médicas y acomodaciones para el salón de clase que apliquen para su hijo/a:					
	Diabetes		Problemas de vista/usa lentes		Alergias de temporada
	Convulsiones		Asma		Alergias a insectos/picadura de abejas
	Defectos de nacimiento		Infecciones en el oído		Irritación de la piel/Eccema
	Defectos en el corazón		Problemas auditivos		
	Deformidad de articulaciones, hueso, o deformidad de musculo (por favor indique):				
	Lesiones serias (por favor indique):				
	Otro – físico y/o de comportamiento (por favor indique):				

Acomodaciones especiales de comida:	Si	No
¿Su hijo/a tiene necesidades alimenticias especiales que necesita durante su tiempo en el salón de clase? (cultural, religiosa, patrones alimenticios, formula especializada, alergias a comida o intolerancias)		
De ser así, por favor explique:		

***Se requiere documentación del médico.**

Por favor marque todas las condiciones actuales que necesiten acomodaciones en el salón de clase que apliquen a su hijo/a:					
	Anemia		Alimentación por medio de un tubo		Diabetes
	Malnutrición		Deficiencias de vitaminas/minerales		Sobrepeso
	Dificultades al pasar la comida		Acomodaciones sensoriales		Bajo en peso
	Preocupaciones de alimentación		Leche materna		Constipación frecuente
	Dificultades al masticar		Intolerante a la lactosa		
	Otro:				

¿Le gustaría ser contactado por una dietética para recibir sesiones de consejería de nutrición para su hijo/a? Sí No

Por favor marque lo que aplique a su hijo/a:	Si	No
Su hijo/a tiene un inhalador que necesite tenerlo en el salón de clase?		
Su hijo/a a tenido alguna operación reciente por la cual necesita acomodaciones especiales en el salón de clase?		
De ser así, por favor explique:		
Su hijo/a a sido expuesto a violencia doméstica u otras experiencias traumáticas?		
De ser así, por favor explique:		

Firma del padre/tutor: _____ Fecha: _____



Forma de responsabilidades de padres



Nombre del niño/a: _____ Fecha de nacimiento _____

Por favor ponga sus iniciales después de leer las siguientes declaraciones:	
	Yo entiendo que debo de informar a la maestra de cualquier preocupación medica relacionada a mi hijo/a.
	Yo entiendo que Head Start/Early Head Start es un programa para toda la familia.
	Yo entiendo que recibiré una “forma de permiso de padres para participar en paseos” antes de cada paseo. Esta forma tendrá que ser firmada y regresada antes de que su hijo/a participe en un paseo.
Yo entiendo que la siguiente documentación y verificaciones son requeridas:	
	Verificación de ingresos
	Cartilla de vacunas ACTUAL
	Comprobante de nacimiento (certificado de nacimiento)
	Examen físico
	Examen dental
(Por favor contacte al equipo de salud al 801-399-9281, si necesita ayuda obteniendo un chequeo físico o dental.)	
Después de ser aceptado en Head Start/Early Head Start yo estoy de acuerdo a:	
	Participar en el proceso de orientación.
	Informar a Head Start/Early Head Start si cambio mi dirección o número de teléfono.
	Donar mi tiempo y apoyo al programa Head Start/Early Head Start. Esto puede incluir, pero no es limitado a participar en el salón de clase y trabajar en las metas de su hijo/a.
	Participar en dos visitas a casa y dos conferencias de padres y maestros con la maestra 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)
	Asistir a las reuniones, actividades o socializaciones mensuales de padres e hijos.
	Llamar a las maestras o trabajador/a de servicios de la familia para dejarles saber porque mi hijo/a estará ausente; dentro de 1 hora del horario de que comience la clase.
	Tener un padre o un adulto autorizado (18 años de edad o más) que deje y recoja a mi hijo/a en el tiempo asignado. Tiene que firmar al dejar y recoger al niño/a.

Firma del padre/tutor

Fecha

Firma del personal

Fecha