



**owcap**  
Ogden-Weber Community Action Partnership

Querido padre/guardián,

OWCAP Head Start/Early Head Start es un programa de preparación escolar para todos los niños con necesidades, que viven en el condado de Weber County.

**Early Head Start/Programa de Mamá Embarazada** - es apoyar a las mujeres embarazadas y a los padres expectantes. Atención prenatal y educación ofrecida. Aprenda a cuidar completamente a su recién nacido, así como a usted mismo

**Early Head Start** es para niños menores de 3 años de edad. OWCAP ofrece programa con visitas a casa y programa en aulas de clase. Los padres adolescentes tienen primera prioridad.

**Head Start** es para niños de 3 y 4 años cumplidos para el 1 de septiembre.

El programa es **gratis** para las familias y nos niños que son aceptados en el programa.

Por favor asegúrese de tener un plan para el transporte de su hijo/a para la escuela. No proporcionamos transporte a los estudiantes; pero podemos proporcionar soporte de transporte.

Por favor de visitar nuestro sitio web, nuestra página de Facebook o llamar para mas información acerca de las fechas de registro y citas. **Por favor traer todos los documentos a la fecha de registro.**

**Cuando registre a su hijo/a si es posible favor de traer consigo los siguientes documentos:**

**Acta de nacimiento** (o algún otro comprobante de nacimiento)

**Comprobante de asistencia pública** (SSI, TANF/FEP)

**Verificaciones de ingresos** favor de traer consigo prueba de sus ingresos de los 12 meses pasados

**Comprobante de domicilio** (factura de servicios, Identificación)

- **Forma w-2 del año anterior**
- **Forma 1040 de la declaración de impuestos**
- **Comprobante actual de la asistencia financiera de DWS**
- **Carta del seguro social (mostrando el monto de dinero que recibe)**
- **Carta del empleador**
- **Talones de cheques**
- **Comprobante de alojamiento del cuidado temporal**
- **Foster o carta de custodia del departamento de CFS**

**Cartilla oficial de vacunas**

**Tarjeta de seguro médico** (seguro privado, Medicaid, Chip)

**Otros requisitos que necesitara si su hijo/a es inscrito:**

**Examen físico** (presión arterial, hemoglobina, y prueba de plomo)

**Examen dental** (debe incluir limpieza y/ o fluoruro)

**Niños con discapacidades o necesidades especiales son alentados a llenar una solicitud.**

**Preguntas frecuentes:**

**¿Mi hijo/a debe de saber ir solo al baño para poder asistir a Head Start?**

No, nuestras maestras están entrenadas para trabajar con niños y padres para ayudar al entrenamiento de los niños para ir al baño.

**¿Hay algunos requisitos de asistencia para mi niño/a en Head Start/Early Head Start?**

La asistencia regular crea un hábito de por vida que afecta el éxito de su hijo en la escuela. Queremos que su hijo aproveche cada oportunidad de ser parte de Head Start. Se debe mantener una tasa de asistencia del 85%, por lo que no desea que su hijo se pierda más de 1 día al mes.

**¿Qué es el programa de visitas a casa?**

El programa de visitas a casa tiene un visitante que le visita cada semana por 90 minutos y trabaja con los padres y los niños para la preparación escolar, la crianza de los hijos, salud, y otras metas. El programa también tiene reuniones de socialización dos veces por mes para conocer a los demás estudiantes y familias.

Llame al 801-399-9281 para obtener información de registro o para programar una cita.



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

## Solicitud de OWCAP Head Start/Early Head Start

### Información de los miembros de la familia

Adulto primario viviendo en casa			
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Genero	Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado o discapacitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Empleado estacional <input type="checkbox"/> Desempleado	Lenguaje primario _____ <input type="checkbox"/> Privilegiado	Otros idiomas _____ <input type="checkbox"/> Privilegiado
¿Qué grado escolar termino? _____  ¿Se graduó de la preparatoria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico	Relación con el niño/a <input type="checkbox"/> Padre/Madre (por ejemplo, biológico, adoptivo, padrastros) <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Padre temporal- no incluyendo familiares <input type="checkbox"/> Familiares- aparte de los abuelos
	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Raza (marque lo que aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Pacífico islandés <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro _____	Custodia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Adulto secundario viviendo en casa			
¿Está usted relacionado con el niño/a por sangre, matrimonio, adopción, custodia ordenada por la corte, o guardián autorizado?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
Genero	Estado de Empleo <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> A tiempo parcial <input type="checkbox"/> Jubilado o discapacitado <input type="checkbox"/> Entrenamiento o Escuela <input type="checkbox"/> Empleado estacional <input type="checkbox"/> Desempleado	Lenguaje primario _____ <input type="checkbox"/> Privilegiado	Otros idiomas _____ <input type="checkbox"/> Privilegiado
¿Qué grado escolar termino? _____  ¿Se graduó de la preparatoria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Correo electrónico	Relación con el niño/a <input type="checkbox"/> Padre (biológico, adoptivo, padrastros) <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Padre temporal- no incluyendo familiares <input type="checkbox"/> Familiares- aparte de los abuelos
	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Raza (marque lo que aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Pacífico islandés <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro _____	Custodia: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

Niño/a aplicando para Head Start/Early Head Start			
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Preferido
Fecha de nacimiento	Genero	Lenguaje primario _____ <input type="checkbox"/> Preferido	Otros idiomas _____ <input type="checkbox"/> Preferido
Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Raza (marque lo que aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Pacífico islandés <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro _____		
Estado parental <input type="checkbox"/> uno <input type="checkbox"/> dos		Lenguaje primario en casa	Otros idiomas en casa
¿Algún padre o guardián es miembro del servicio militar de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Algún padre o guardián es veterano del servicio militar de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Padre sin custodia (No vive en la misma casa)			
Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Genero
Número de teléfono		Correo electrónico	
Dirección		Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Raza (marque lo que aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Pacífico islandés <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro _____

<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			
Doctor/Dentista (del niño/a solicitante)					
Nombre de la clínica medica	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono
Nombre de la clínica dental	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

Hermanos/as del niño/a solicitante			
Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Genero

# Información familiar

Las cajas en gris serán completadas por el personal de la agencia

Información general				
Dirección <input type="checkbox"/> Renta <input type="checkbox"/> casa propia <input type="checkbox"/> sin hogar <input type="checkbox"/> otro		Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo (si es diferente)		Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono	Casa, trabajo, móvil, etc.	Primario	Recibe mensaje de texto	Notas
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sí	
<b>Por favor marque los que apliquen</b> <input type="checkbox"/> vive con otra familia a causa de pérdida de vivienda o dificultad económica. <input type="checkbox"/> vive en hotel <input type="checkbox"/> vive en un albergue (emergencia, transicional, o de violencia doméstica). <input type="checkbox"/> vive en un carro, parque, campamento, o lugar público. <input type="checkbox"/> vive en una residencia sin servicios accesibles (agua, electricidad, calefacción, etc..).				

¿A cuál escuela elemental asistirá su hijo/a al kínder?

Sitio primario:	<b>Preferencias:</b> (Seleccione sus preferencias) 1. _____ 2. _____	<b>Lista de preferencias:</b> OWCAP Horace Mann Your Community Connection	Roy South Ogden James Madison 5-points/Harrisville
-----------------	---	--	---

## Contactos de emergencia aparte de los padres

El niño/a no será entregado a nadie más que los padres y las personas en la siguiente lista. **Tienen que tener al menos 18 años**

	Nombre	Tipo de teléfono	Número de teléfono	Nota	Relación con el niño/a
<b>Contacto 1</b>	Dirección		( )		
	Ciudad		( )		
	Estado	Código postal			¿Contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					¿Puede recoger a su niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Contacto 2</b>	Nombre	Tipo de teléfono	Número de teléfono	Nota	Relación con el niño/a
	Dirección		( )		
	Ciudad		( )		
	Estado	Código postal			¿Contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				¿Puede recoger a su niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Contacto 3</b>	Nombre	Tipo de teléfono	Número de teléfono	Nota	Relación con el niño/a
	Dirección		( )		
	Ciudad		( )		
	Estado	Código postal			¿Contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				¿Puede recoger a su niño/a? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**Certificación:** Certifico que esta información es cierta. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede terminarse y estar sujeto a acciones legales. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencialidad dentro de la agencia y estará disponible para mí durante el horario comercial normal.

Firma del padre/guardián \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma del personal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Información de inscripción: será completado por el personal de la agencia.**



Releases Signed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date Signed:			
Income Amount	Per	Annual Amount	Description	Verification	Note
<b>Program Details</b>					
Program/Term		Site		Application Date	
<b>Enrollment</b>					
Eligibility Notes					
<b>Eligibility</b>					
Eligibility Income	Number in Family	Income Status		Participation Year	

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

**Staff use worksheet to calculate income.**

**Income Time Period:**  Previous 12 months  Last Calendar Year  
 2<sup>nd</sup> Year Qualified  Relevant Time Period

**Weekly Pay** (when pay is different each check)

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ = (divide by 4 x 52 weeks) \_\_\_\_\_

**Bi-weekly Pay** (Paid every 2 Weeks and pay is different each check)

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ (divide by 4 x 26 pay dates) = \_\_\_\_\_

**Bi-monthly Pay** (when bi-monthly pay is different each check. Paid 2 times per month.)

\_\_\_\_\_ + \_\_\_\_\_ (divide by 2 x 24 pay dates) = \_\_\_\_\_

**Monthly Pay**

\_\_\_\_\_ (Monthly pay x 12 pay dates) = \_\_\_\_\_

**Less than 12 months of income**

Year to date gross paychecks: From \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ = \_\_\_\_\_

Year to date gross pay divide by amount of time worked: weeks/months= \_\_\_\_\_

Multiple by their pay frequency (Weekly, bi-weekly, bi-monthly) = \_\_\_\_\_

**Yearly Income** - Total amount of Taxes / W-2s / Self Declaration = yearly income

Yearly income = \_\_\_\_\_



Ogden-Weber Community Action Partnership, Inc.  
 Head Start y Early Head Start Program  
**Evaluación de elegibilidad**



Nombre del participante: \_\_\_\_\_  
 \*\*Por favor marque todo lo que aplique

AREA	
	El padre no tuvo un hijo cuando tenía 19 años o menos <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
	La familia recibe: <input type="checkbox"/> FEP <input type="checkbox"/> SSI <b>(documentación debe ser presentada)</b>
	El niño/a esta en: <input type="checkbox"/> Colocación con parientes <input type="checkbox"/> En custodia del estado <input type="checkbox"/> Cuidado temporal Foster <b>(documentación debe ser presentada)</b>
	En los últimos 12 meses, su residencia fue un automóvil, un refugio para víctimas de violencia doméstica, un refugio para personas sin hogar, un campamento, un parque, un motel. ¿Debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas? ¿Cuánto tiempo?
	El niño/a que está registrando asistió al programa OWCAP Head Start/ Early Head Start el año pasado
	En los últimos 12 meses su residencia fue con otra familia. ¿Debido a la pérdida de vivienda o dificultades económicas y no voluntariamente para ahorrar dinero? ¿Cuánto tiempo?
	El niño/a está en transición del programa Early Head Start <b>(durante el año del programa actual)</b>
	El niño está en transición de otro programa Early Head Start <b>(durante el año del programa actual)</b>
	El niño/a está transfiriéndose de otro programa de Head Start
	Solo un adulto vive en casa
	El niño/a vive con un adulto que no es su padre o guardián Otro: _____
	Niño/a no habla inglés. Por favor indique el idioma _____
Otro	
	El niño/a inscrito tiene una discapacidad identificada con un IEP/IFSP actualmente <b>(con documentación proveída, iniciales _____)</b>
	La familia recibe: <input type="checkbox"/> Estampillas de comida <input type="checkbox"/> WIC
	Violencia domestica (incluyendo emocional, verbal, psicológico y físico): <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado
	Negligencia/abuso físico: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado
	Participación de los servicios de protección infantil <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado
	Uso / abuso de sustancias, incluye abuso de medicamentos recetados: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado
	El niño/a tiene problemas de salud graves que afectan el aprendizaje
	Se sospecha que el niño/a escrito tenga una discapacidad sin un IEP/IFSP
	La familia fue referida por otra agencia/algún profesional Referido por: _____
	Ambos padres actualmente desempleados
	Padre soltero desempleado
	Familia directamente afectada por COVID. Pérdida de <input type="checkbox"/> Ingresos <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Vivienda
	Padre(s) en la cárcel: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado
	Padre(s) deportado: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado
	El padre tiene menos de un diploma de escuela secundaria o GED: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
	Actualmente inscrito en la escuela secundaria, educación para adultos / diploma, GED o escuela técnica (no ESL)
	Padre (s) militar desplegado actualmente o en los últimos 12 meses
	Les han quitado los servicios del gas, agua o electricidad en los últimos 12 meses. ¿Cuántas veces? _____
Ingresos **Para uso del personal solamente	
Eligible	131-150% (Over)
101-110%	151-175% (Over)
111-120%	176-200% (Over)
121-130%	Over 200% (Over)

Los gemelos / nacimientos múltiples reciben los mismos puntos (basados en los puntos más altos de las dos aplicaciones) por lo que ambos niños se consideran para la selección al mismo tiempo



## **Formulario de consentimiento de Head Start / Early Head Start**

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

<b>Doy mi consentimiento/autorización para OWCAP Head Start/Early Head Start para lo siguiente:</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Examen físico: Programa de enfermería de Weber State, se proporciona información adicional antes		
Presión arterial: medida de la presión arterial (a partir de los 3 años)		
Hematocrito / Hemoglobina: medir con un sensor de luz no invasivo con el dedo del niño		
Evaluación del crecimiento: mide la altura y el peso del niño		
Detección de plomo-Asociación con Midtown Clinic, se proporciona información adicional antes		
Examen dental: asociación con el Dentista local, se proporciona información adicional antes		
Servicios de conducta/salud mental: servicios de observación, evaluación, consulta y asesoramiento para familias y niños dentro y fuera del aula		
Máquina auditiva de detección-escucha o máquina/dispositivo acústico		
Examen de la vista: utilizando un dispositivo de examen con cámara de visión		
Evaluador de comportamiento/social y emocional		
Evaluador de desarrollo/habla		
Detector de autismo-Detector de autismo para niños de 18 meses y 24 meses		
Aplique el barniz de flúor - Programa de higienista dental de WSU, se proporciona información adicional antes		
Aplicar protector solar: el personal docente proporciona y aplica protector solar, según sea necesario		
Aplicar loción: el personal docente proporciona y aplica loción sobre la piel seca de las manos, si es necesario.		
Actividades educativas fuera del sitio: el niño puede participar en excursiones a pie, se notifica con anticipación		
Videos y fotografías: incluidos en fotos y videos que pueden usarse en el aula		
Videos y fotografías: incluidos en fotos y videos que se pueden usar fuera del aula		
Transporte- Transportar a mi hijo en caso de emergencia		

<b>Intereses de los padres</b>	<b>Si</b>	<b>No</b>
Sirviendo en el Consejo de Póliza Head Start de OWCAP (similar a la PTA escolar)		
Sirviendo en el Comité de Paternidad (Padre/Figuras Paternas solamente)		
Proyecto de alfabetización familiar en el hogar de OWCAP/WSU		
Dejar de fumar		

Entiendo que puedo revocar este consentimiento, por escrito a Head Start /Early Head Start, en cualquier momento antes de la fecha de vencimiento. Esta versión expirará al final del año del programa. El programa puede usar fotografías y videos más allá del año del programa.

\_\_\_\_\_  
Firma del Padre/Guardian

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Evaluación Nutricional

Nombre del Participante: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Alergias:	Si	No
¿Tiene su hijo alguna alergia que haya sido verificada por un médico y requiera medicamentos en el aula?		
Si es así, por favor enumere:		

Antes de que el niño comience la clase, traiga la documentación del médico de su hijo con respecto a las alergias que ha enumerado.

Alojamiento de comidas especiales:	Si	No
¿Su hijo tiene requisitos dietéticos especiales necesarios para las comidas de la clase (culturales, religiosas, patrones de alimentación, fórmula especializada, intolerancias u otras preferencias alimentarias personales)?		
Si es así, por favor enumere:		

\* Es posible que se requiera documentación del proveedor médico.

Marque todas las condiciones actuales que necesitan adaptaciones en el aula que se apliquen a su hijo:					
	Anemia		Alimentación por sonda		Diabetes
	Desnutrición		Deficiencias de vitaminas y/o minerales.		Exceso de peso
	Dificultad al pasar la comida		Adaptaciones sensoriales		Bajo peso
	Quisquilloso para comer		Problemas de alimentación		Amamantando
	Estreñimiento frecuente		Dificultad para masticar		intolerancia a la lactosa
	Otro:				

¿Le gustaría ser contactado para programar una cita de consejería nutricional para usted o su hijo?  Si  No

## Historial de Salud Infantil

Marque todas las condiciones médicas actuales y las adaptaciones necesarias en el aula que se apliquen a su hijo:					
	Diabetes		Resfriados/tos frecuentes		alergias de temporada
	Convulsiones		Asma		alergias a insectos/picaduras de abejas
	Defectos de nacimiento		Infecciones de oído		Eccema/irritación de la piel
	Defectos cardíacos		Problemas de audición/audífonos		Problemas de visión/usa lentes
	Deformidad ósea, articular o muscular (enumere):				
	Lesiones graves (enumere):				
	Otro - físico y/o conductual (por favor enumere):				

Por favor marque todo lo que corresponda a su hijo:	Si	No
¿Su hijo usa un inhalador y necesitará usarlo durante el horario de clase?		
¿Ha tenido su hijo alguna operación reciente que requiera adaptaciones en el aula?		
Si es así, por favor enumere:		
¿Su hijo ha estado expuesto a violencia u otras experiencias traumáticas?		
Si es así, por favor enumere:		

Firma Padre/Guardian: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_