



Querido padre/tutor:

OWCAP Head Start/Early Head Start es un programa de preparación escolar **gratuito** para los niños y familias aceptadas. Visite nuestro sitio web o llame para saber las fechas de inscripción y para concertar citas.

- **Early Head Start/Programa Prenatal** – es para apoyar a las mujeres embarazadas y los padres. Se ofrece cuidado y educación prenatal.
- **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** 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.

**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)<br>-que incluye presión arterial, hemoglobina, y examen de plomo |
| • Formulario w-2 del año anterior                                    | <input type="checkbox"/> Examen dental (más reciente)<br>-que incluye limpieza, barniz de fluoruro, y tratamientos     |
| • Formulario de impuestos 1040                                       |  |
| • Documento actual de asistencia de DWS (FEP, SNAP, TANF)            |  |
| • 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?
- No, nuestros maestros están entrenados 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?
- 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.



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



owcap.org  
info@owcap.org



3159 Grant Ave  
Ogden, UT 84401

**Solicitud para OWCAP Head Start/Early Head Start**  
**Información de la familia**

EHS



<b>Adulto primario (Participante) Madre embarazada /persona</b>			
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
Género	<b>Raza (marque todo lo que aplique)</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o africano americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Idioma principal _____ Otros idiomas _____
<b>Grado más alto completado</b> <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	<b>Estado de empleo</b> <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	Correo electrónico _____ Número de teléfono celular _____	
<b>Este individuo tiene seguro médico</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>De ser así, que tipo de seguro médico</b> <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 <b>Tiene un proveedor de salud médica</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Información de la madre embarazada /persona</b>			
Fecha de vencimiento		Proveedor de atención prenatal	
<b>Adulto secundario viviendo en el hogar</b>			
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
Género	<b>Raza (marque todo lo que aplique)</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o africano americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Idioma principal _____ Otros idiomas _____
<b>Grado más alto completado</b> <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	<b>Estado de empleo</b> <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	Correo electrónico _____ Número de teléfono celular _____	
<b>¿Este individuo tiene seguro médico?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>De ser así, ¿qué tipo de seguro médico?</b> <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 <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	Estado parental <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos	Estado parental <input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos	
<b>Tipo de vivienda (marque una):</b> <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Alquiler <input type="checkbox"/> Otro tipo de vivienda permanente <input type="checkbox"/> Otro (favor de indicar):			
<b>¿Cómo se enteró de nuestros servicios?</b> <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 vive en el hogar)</b>			
Primer nombre	Segundo nombre	Apellido	Fecha de nacimiento
Genero	<b>Raza (marque todo lo que aplique)</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o africano americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<b>Idioma principal</b> _____ Otros idiomas _____
Número de teléfono		Dirección	
<b>Otros niños en el hogar</b>			
Apellido	Primer nombre	Fecha de nacimiento	Género

### Contactos de emergencia que no sean primarios o secundarios

<b>Contacto 1</b>	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
<b>Contacto 2</b>	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
<b>Contacto 3</b>	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.

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

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

Is this pregnant mother/person eligible for Head Start based on her income?  **Yes**  **No**

**\*\* For prenatal applications, the baby is considered part of the family for the purposes of the application.**



## Guía de evaluación de la admisibilidad

Para uso en el año de reclutamiento 2024-2025 que comienza el 1 de enero de 2024  
[Hoja de referencia para uso exclusivo de la agencia]

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	
	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	
	Padre soltero está desempleado	
	Familia remitida por otra agencia/profesional Remitida por: _____	
	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 Favor de indicar el idioma: _____	
	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.