



**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 prenatal** - 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 los 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 más 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)

**Cartilla oficial de vacunas**

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

- **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**

**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 hacer 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.

# Información de los miembros de la familia

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



CHILDPLUS®

Nombre de la mama embarazada \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Adulto principal (participante) Madre embarazada			
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Preferido
Fecha de nacimiento	Genero	<input type="checkbox"/> Provee soporte financiero	<input type="checkbox"/> Madre adolescente
¿Qué grado escolar termino? _____ ¿Se graduó de la preparatoria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Empleo <sup>1</sup>	Correo electrónico	Dominio del inglés: <input type="checkbox"/> Idioma primario <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente

Adulto secundario (no participante) viviendo en casa			
¿Está usted relacionado con el niño/a que viene en camino 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	Preferido
Fecha de nacimiento	Genero	<input type="checkbox"/> Vive en casa	<input type="checkbox"/> Provee soporte financiero
¿Qué grado escolar termino? _____ ¿Se graduó de la preparatoria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Empleo <sup>1</sup>	Correo electrónico	Dominio del inglés: <input type="checkbox"/> Idioma primario <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente

<sup>1</sup> F- Tiempo completo, P – Tiempo parcial, R – Jubilado o discapacitado, T – Entrenamiento o escuela, S – Empleo temporal, U - Desempleado

Información del bebe en espera (Si se conoce)			
Apellido	Primer nombre	Segundo nombre	Preferido
Fecha en espera de nacimiento	Genero		
Raza (marque lo que aplique) <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Pacífico islandés <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Dominio del inglés: <input type="checkbox"/> Idioma primario <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente Otro idioma _____ <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Proficiente	

<input type="checkbox"/> Elegibilidad para Medicaid : Numero de Medicaid _____	<input type="checkbox"/> Seguro médico privado: Numero de póliza _____	<input type="checkbox"/> Seguro dental:- Numero de póliza _____
---	---	--

Doctor/Dentista					
Nombre de la clínica medica	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Numero de teléfono
Nombre de la clínica dental	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Numero de 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.

Nombre de la mama embarazada \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_



CHILDPLUS®

Información general				
Dirección		Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo (si es diferente)		Ciudad	Estado	Código postal
Numero 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	
¿Carece de una residencia fija, regular y adecuada de noche? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Están compartiendo la vivienda de otras personas debido a la pérdida de su propia vivienda, dificultades económicas o un motivo similar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál de las situaciones a continuación aplican al niño/a? Vive en: <input type="checkbox"/> Motel <input type="checkbox"/> Hotel <input type="checkbox"/> Vivienda móvil <input type="checkbox"/> Campamento <input type="checkbox"/> Refugio transitorio o de emergencia <input type="checkbox"/> Abandonado en un hospital <input type="checkbox"/> En espera de crianza temporal	¿Residencia principal de la noche es un espacio público o privado no diseñado para alojamiento para dormir <input type="checkbox"/> Niño/a migrante	Vive en: <input type="checkbox"/> Carro <input type="checkbox"/> Parque <input type="checkbox"/> Espacios públicos <input type="checkbox"/> Edificio abandonado <input type="checkbox"/> Infravivienda <input type="checkbox"/> Estación de tren o autobús
Idioma principal en el hogar				
¿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	

Contactos de emergencia (No adulto primario o secundario)					
Código Tipo de Teléfono: H-Hogar W-Trabajo C-Móvil M-Mensaje					
Contacto 1	Nombre	Tipo de teléfono	Numero de teléfono	Notas sobre este número de teléfono	Relación con la solicitante
	Dirección		( )		¿Contacto de emergencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
	Ciudad y estado	Código postal	( )		

**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 de la participante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

## Información de inscripción: será completada por el personal de la agencia.

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 <sup>2</sup>		

Is this parent income eligible for Head Start?  Yes  No



## Evaluación de elegibilidad

Nombre del participante: \_\_\_\_\_

**\*\*Por favor marque todo lo que aplique**

AREA	
	Alguno de los padres es menor de 19 años: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
	La familia recibe: <input type="checkbox"/> FEP <input type="checkbox"/> SSI (documentación debe ser presentada)
	El niño/a esta en: <input type="checkbox"/> Colocación con parientes <input type="checkbox"/> En custodia del estado <input type="checkbox"/> Cuidado temporal Foster (documentación debe ser presentada)
	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 (durante el año del programa actual)
	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 (con documentación proveída, iniciales _____)
	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 actual del programa 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 del niño indicado en la solicitud
	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
	Padre(s) en la cárcel: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado
	Padre(s) deportado: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Pasado
	Actualmente inscrito en la escuela High School o el OWATC (no incluye las clases de ESL)
	El padre tiene menos de un diploma de escuela secundaria o GED: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre
	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)