



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:

Acta de nacimiento Comprobante de domicilio (factura de servicios, identificación, etc.)

Cartilla de vacunas Tarjeta de seguro médico (Privado, Medicaid, CHIP, etc.)

Prueba de ingresos de los últimos 12 meses **Uno de los siguientes**

- 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:

Examen físico (que incluye presión arterial, hemoglobina, y examen de plomo)

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?

- 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?

- 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?

- 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



Adulto principal (participante) Madre embarazada				
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	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 medico <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 sobre mamá embarazada				
Fecha en espera de nacimiento		Proveedor de atención prenatal		
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	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 medico <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 _____	Custodia: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Numero de teléfono		Dirección		
Hermanos/as del niño/a aplicando para el programa				
Apellido		Apellido		Apellido

Contactos de emergencia aparte de los padres.

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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		Date Signed:		
Income Amount	Income Amount	Income Amount	Income Amount	Income Amount
Program Details				
Program/Term		Program/Term		Program/Term
Enrollment				
Eligibility Notes				
Eligibility				
Eligibility Income	Eligibility Income	Eligibility Income	Eligibility Income	Eligibility Income

Is this pregnant mom 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.