



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 <b>Uno de los siguientes</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forma w-2 del año anterior</li> <li>• Forma de impuestos 1040</li> <li>• Documento actual de asistencia de DWS</li> <li>• Carta del seguro social (que refleje la cantidad de ingresos)</li> <li>• Carta del empleador</li> <li>• Talones de cheque</li> <li>• Prueba de cuidado temporal o carta de custodia del DCFS</li> </ul>	
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:
<p>¿Mi hijo/a tiene que ir al baño por sí mismo/a para asistir a Head Start?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No, nuestras maestras están entrenadas a trabajar con su hijo/a y con los padres para apoyarlos en el entrenamiento de ir al baño.</li> </ul>
<p>¿Hay algún requisito de asistencia para que mi hijo/a asista a Head Start/Early Head Start?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>
<p>¿Qué es el programa en casa?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> </ul>



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	<b>Raza (marque todo lo que aplique)</b> <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	<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<b>Idioma principal</b> _____ 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		
		Numero 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 medico</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 medica</b> <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	<b>Raza (marque todo lo que aplique)</b> <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	<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<b>Idioma principal</b> _____ 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		
		Numero 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 medico</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 medica</b> <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
<b>Tipo de vivienda (marque una):</b> <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	<b>Raza (marque todo lo que aplique)</b> <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	<b>Etnicidad</b> <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	<b>Idioma principal</b> _____ Otros idiomas _____	<b>Custodia:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Numero de teléfono		Dirección		
Hermanos/as del niño/a aplicando para el programa				
Apellido	Apellido	Apellido	Apellido	

### Contactos de emergencia aparte de los padres.

<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.

### \*\*\*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
<b>Program Details</b>				
Program/Term		Program/Term		Program/Term
<b>Enrollment</b>				
Eligibility Notes				
<b>Eligibility</b>				
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.