

## Olympic Community Action Partnership/Asociación de Acción Comunitaria Olímpica

### Servicios de Educación Temprana

Gracias por su interés en registrar a su niño en el programa Head Start/Early Head Start /ECEAP

Para poder procesar su aplicación tenemos que tener lo siguiente:

1. **Prueba de ingresos de los últimos 12 meses.** Esto puede ser la primera página de su más reciente reembolso de Impuestos donde indica sus ingresos totales. Su W-2, o el recibo más reciente de pago que indica los ingresos recibidos hasta la fecha, TANAF o ingresos de SSI, o una carta de su empleador/patrón. Si usted no tiene eso, por favor comuníquese con nosotros para más instrucciones
2. **Acta de Nacimiento.** Certificado del Estado, o copia de nacimiento del hospital u otro documento legal como un pasaporte.

Por favor asegúrese de completar la sección de Consideraciones Especiales/Prioridad de Registro en el última página de la aplicación que corresponda a su familia. El programa no elige a los que aplican primero pero es un requisito asegurar que los niños y las familias con mas necesidades tienen la primera oportunidad.

La aplicación debe tener la **firma y fecha** en la última página.

Es importante que tengamos una manera segura de comunicarnos con usted. Escriba claramente, incluyendo su número de teléfono, o dirección de e-mail. Si usted solo recibe mensajes de texto háganoslo saber.

Para las familias con niños diagnosticados con **necesidades especiales** por favor incluya una copia **actualizada de su IEP o IFSP**. Esto asegurara que recibirá el lugar apropiado en la lista de espera.

Regrese la aplicación firmada a:

Carol Johnson/Family Service Specialist  
OlyCAP  
228 W 1<sup>st</sup> Street Suite J  
Port Angeles, WA 98362  
(360) 302-1237  
ecsapps@olycap.org

**Asociación de Acción Comunitaria Olímpica – Servicios de la Primera Infancia Solicitud de Inscripción**

**Información del niño**

Apellido del niño:	Primer nombre:	Segundo nombre:
Nombre preferido:		
Fecha de nacimiento/parto:		Idioma Necesita Traductor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano o nacido en Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano, o de las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Dos razas o Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (comentarios requeridos) Otro raza: _____	<b>Cultura:</b> <input type="checkbox"/> Hispano o de origen Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispano/ No de origen Latino  <b>Sexo:</b> M    F  <b>Seguro de Salud</b> <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Estado	<b>Idioma:</b> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Central Americano, Sur Americano, y Dialectos de México <input type="checkbox"/> Idiomas del Caribe <input type="checkbox"/> Idiomas de Asia del Sur y del Medio Oriente <input type="checkbox"/> Idiomas del Este de Asia <input type="checkbox"/> Idiomas de los indígenas de Norte América o Alaska <input type="checkbox"/> Idomas de las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Idoma Europeo y Eslavo <input type="checkbox"/> Idiomas africanos Otro Idioma (comentarios requeridos): _____

**Información de la Familia**

	<b>Cuidador Principal</b>	<b>Cuidador Secundario</b>
<b>Relación con el niño &gt;&gt;</b>	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Guardián	<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Adoptivo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Guardián
<b>Nombre &gt;&gt;</b>	_____	_____
<b>Fecha de Nacimiento &gt;&gt;</b>	_____	_____
<b>Hispano o Latino &gt;&gt;</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
<b>Race &gt;&gt;</b>	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nacido en Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano, o de las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Dos razas o Multirracial Otro raza: _____	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nacido en Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiano, o de las Islas Pacíficas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Dos razas o Multirracial Otro raza: _____
<b>Dirección de la Casa &gt;&gt;</b>	_____	_____
<b>Dirección de la Casa &gt;&gt;</b>	Ciudad: _____ ZIP: _____	Ciudad: _____ ZIP: _____
<b>Dirección Postal &gt;&gt;</b>	_____	_____
<b>Nivel de Educación &gt;&gt;</b>	<input type="checkbox"/> Menos que a escuela secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Alguna educación superior/Escuela vocacional <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Desconocido	<input type="checkbox"/> Menos que a escuela secundaria <input type="checkbox"/> Graduado de Preparatoria <input type="checkbox"/> Alguna educación superior/Escuela vocacional <input type="checkbox"/> Grado asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Desconocido
<b>Occupación &gt;&gt;</b>	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Trabajador migrante <input type="checkbox"/> Trabajador estacional <input type="checkbox"/> Trabajador temporal <input type="checkbox"/> En el colegio/entrenando <input type="checkbox"/> Voluntario no pagado	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleados <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Trabajador migrante <input type="checkbox"/> Trabajador estacional <input type="checkbox"/> Trabajador temporal <input type="checkbox"/> En el colegio/entrenando <input type="checkbox"/> Voluntario no pagado
<b>Seguro de Salud &gt;&gt;</b>	<input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Estado Si Medicaid, PIC#: _____	<input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Estado Si Medicaid, PIC#: _____
<b>Teléfono &gt;&gt;</b>	Casa: _____ Celular: _____	Email: _____
<b>Tipo de Vivienda &gt;&gt;</b>	<input type="checkbox"/> *Sin hogar <input type="checkbox"/> Propio <input type="checkbox"/> Alquilar <input type="checkbox"/> Cuartos temporales <input type="checkbox"/> Otra vivienda permanente <input type="checkbox"/> Otro * Esto quiere decir que su familia duerme en el automóvil, en un campamento, en un hotel, en un refugio de emergencia, o en j hogar de transición, o que su familia vive con otra familia.	
<b>Por favor seleccione los siguientes artículos si se aplican a cualquiera de los cuidadores:</b>		
<input type="checkbox"/> Madre adolescente <input type="checkbox"/> Padre/madre soltero/a <input type="checkbox"/> Familia con ambos padres <input type="checkbox"/> Padre adoptive <input type="checkbox"/> Abuelo/a <input type="checkbox"/> Servicio activo military <input type="checkbox"/> Veterano		

# Asociación de Acción Comunitaria Olímpica – Servicios de la Primera Infancia Solicitud de Inscripción

*Niños en casa (no incluya al que inscribe)*

Nombre y apellido	Fecha de Nac.	Sexo	*Relación con el primer adulto	*Relación con el segundo adulto
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		
		M F		

**\*Qué Relación:** 1) Niño Natural 2) Adoptado 3) Nieto 4) Hijastro 5) Sobrina 6) Sobrino 7) Otro (describir)

**Información sobre los requisitos**

Personas en la familia:	Nº de niños por edad: <b>0 a 3:</b> <b>4 a 5:</b> <b>6 y mayor:</b>
Ingresos familiares: (Ingreso anual en bruto de todas fuentes) \$ _____	
<input type="checkbox"/> Trabajo    TANAF: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Tipo: <input type="checkbox"/> Pago en efectivo <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Cupones de comida <input type="checkbox"/> SSI <input type="checkbox"/> Asistencia para cuidado de niños	

**Consideraciones especiales/prioridad de inscripción**

Su solicitud no garantiza la inscripción de su niño. Tomamos en cuenta los ingresos, niños con incapacidades, referencias de agencias y otras necesidades de la familia para decidir la prioridad de inscripción. Por favor complete todas las secciones que siguen para recibir la mayor cantidad de puntos de prioridad.

¿Su niño ha sido diagnosticado con, o se sospecha que tiene, alguna incapacidad?

Sí: Describa \_\_\_\_\_  Ninguna preocupación

¿Tiene su niño actualmente un Plan de Educación (IEP) o un Plan de Servicio Familiar Individual (IFSP)?  Sí     No

(Este es el plan de servicios por incapacidad que usted hizo con personal de la escuela o la agencia. **Si contesta que sí, por favor entregue una copia de su IEP/IFSP a Head Start/ECEAP/EHS cuando inscriba a su niño.**)

Por favor indique toda preocupación que tenga acerca de su niño.

Impedimento del lenguaje/habla     Desórdenes emocionales/comportamiento     Impedimento físico

Impedimento de la vista/ceguera     Retraso en el desarrollo

Problemas de salud (explique): \_\_\_\_\_

Otros problemas (explique): \_\_\_\_\_

**Por favor nombre cualquier agencia que ha trabajado o esta trabajando actualmente con su familia:** (Marque todo lo que corresponda)

Dep. de Salud Pública     Primer Paso     Salud Mental Comunitaria     Recibe servicios especiales de salud     WIC     CPS

Empleado del distrito escolar     Familias saludables     Acciones comunitarias Olympic     Otra \_\_\_\_\_

Si tiene cualquier carta de referencia de su doctor, enfermera, o consejero, señalando que su niño debe inscribirse, por favor incluya copias con esta aplicación. Agencia que Refiere \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

**Por favor marque cualquier problema inmediato en su familia:**  Comida     Abuso de sustancias     Embarazada     Seguro médico familiar

Vivienda     Violencia doméstica     Legal     Aislado/falta de apoyo     Problemas de salud     Transporte     Incapacidades

Abuso/ Negligencia     Problemas de salud mental     Padre encarcelado

¿Alguien en su familia ha recibido servicios de Head Start / ECEAP o Early Head Start en el pasado?

Sí, ¿Dónde? \_\_\_\_\_  No

¿Cómo se enteró Head Start/ECEAP o Early Head Start?

Internet     Event comunitario     Volante     Empleado de Head Start/Early Head Start/ECEAP     Recomendación

Trabajador del caso     Medios de comunicación     Agencia de la comunidad (nombre): \_\_\_\_\_

Otra: \_\_\_\_\_

**Certifico que esta información es correcta. Si cualquier dato es falso, mi participación en el programa de ésta agencia puede ser cancelada. Entiendo además que la información en ésta solicitud será mantenida en completa confidencialidad dentro de la agencia.**

Firma del Padre/Tutor

Fecha



Documentos de ingreso y certificado de nacimiento deben ser incluidos con la solicitud para ser procesada.



**Asociación de Acción Comunitaria Olímpica**  
**Servicios de Educación Temprana**  
**REQUISITOS DE SALUD**

PADRES/TUTORES DE LOS NIÑOS INGRESADOS EN HEAD START Y ECEAP:

Gracias por considerar nuestro programa para su hijo. Esta carta es para informarle de los requisitos de salud de nuestro programa.

Nosotros requerimos que todos los niños ingresados en nuestro programa:

- Estar al día con los chequeos médicos de rutina del bienestar de niño.
- Estar al día con los chequeos dentales
- Estar al día con el calendario de las vacunas estándar de su edad\*
- Haber hecho la prueba de la detección del plomo

La razón que nuestro programa requiere que todos los niños ingresados tengan un estatus de la salud al día es que nuestra filosofía es que la salud es una parte vital de estar listo para la escuela. Es importante que su hijo este sano físicamente para poder participar totalmente en la experiencia de aprender. El cuidado médico de rutina también ayuda a prevenir las enfermedades y le ofrece la oportunidad de preguntar sobre la salud y el bienestar de su hijo.

Su Family Service Worker (empleado de servicios a la familia), Home Visitor (empleado que visita a la casa) o su Maestro/a le ayudará a determinar si su hijo esta al día con estos requisitos. Si su hijo no está al día, nosotros le apoyaremos en arreglar todo mientras que su hijo está ingresado en nuestro programa. \*Anótese de que, según la ley del estado de Washington, su hijo tiene que estar al día con el calendario estándar de las vacunas antes del primer día que su hijo asista a la escuela.

Si tiene cualquier pregunta acerca de nuestros requisitos de salud, me puede contactar al numero 360-452-4726 ext. 6220.

Sinceramente,

Health Safety Nutrition Coordinator (Coordinador/a de la seguridad y la nutrición).  
Early Childhood Services  
360-452-4726 ext. 6220



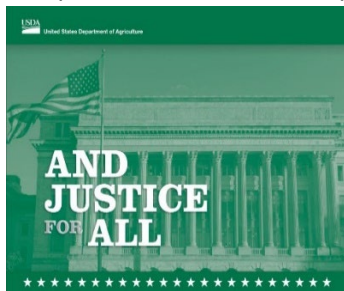
OLYMPIC COMMUNITY ACTION PARTNERSHIP

### USDA Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a USDA por:



1) **correo:**

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o

2) **fax:**

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3) **correo electrónico:**

[Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.