

Olympic Community Action Programs/Programas de Acción Comunitaria

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 1st Street Suite J
Port Angeles, WA 98362
(360) 302-1237
ecsapps@olycap.org

Programas de Accion Comunitaria Olympic – 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	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano o nacido en Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiiano, o de las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Dos razas o Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (comentarios requeridos) Otro raza: _____		Cultura: <input type="checkbox"/> Hispano o de origen Latino <input type="checkbox"/> Non-Hispano/ No de origen Latino Sexo: M F Seguro de Salud <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		Idioma: <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 Pacificas <input type="checkbox"/> Idoma Europeo y Eslavo <input type="checkbox"/> Idiomas africanos Otro Idioma (comentarios requeridos): _____	

Información de la Familia

	Cuidador Principal	Cuidador Secundario
Relación con el niño >>	<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
Nombre >>	_____	_____
Fecha de Nacimiento >>	_____	_____
Hispano o Latino >>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Race >>	<input type="checkbox"/> Indio Americano o nacido en Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro Americano <input type="checkbox"/> Hawaiiano, o de las Islas Pacificas <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"/> Hawaiiano, o de las Islas Pacificas <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Dos razas o Multirracial Otro raza: _____
Dirección de la Casa >>	_____	_____
Dirección de la Casa >>	Ciudad: _____ ZIP: _____	Ciudad: _____ ZIP: _____
Dirección Postal >>	_____	_____
Nivel de Educación >>	<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
Occupación >>	<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
Seguro de Salud >>	<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#: _____
Teléfono >>	Casa: _____ Celular: _____	Email: _____
Tipo de Vivienda >>	<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.		
Por favor seleccione los siguientes artículos si se aplican a cualquiera de los cuidadores: <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		

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

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.