

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"/> Hawaiano, 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"/> Hawaiano, 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"/> Hawaiano, 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:		

Programas de Accion Comunitaria Olympic – Servicios de la Primera Infancia
Solicitud de Inscripción

- Madre adolescente Padre/madre soltero/a Familia con ambos padres Padre adoptive Abuelo/a Servicio activo military
 Veterano

Niños en casa (no incluye 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: 0 a 3: 4 a 5: 6 y mayor:
Ingresos familiares: (Ingreso anual en bruto de todas fuentes) \$ _____	
<input type="checkbox"/> Trabajo TANAF: <input type="checkbox"/> Si <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)? Si 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

**Programas de Acción Comunitaria Olympic
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

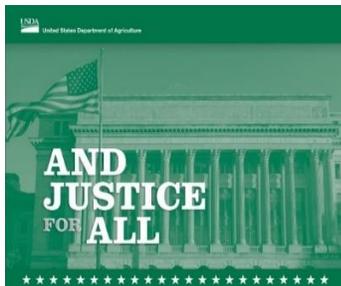


USDA Declaración de No Discriminación:

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.