



## Solicitud para recibir Servicios 2019-2020

OCHS/EHS provee servicios a familias que vivan en el Condado de Orange que tengan niños menores de cinco años. Nosotros valoramos la diversidad y animamos a todas las familias a que llenen una solicitud.

Gracias por su interés en Head Start/Early Head Start del Condado de Orange. Por favor complete todas las paginas de esta solicitud. Toda la información es confidencial y no se compartirá sin su consentimiento. Nosotros revisaremos su solicitud con usted para asegurar que su estado en nuestra lista de espera refleje las necesidades de su familia.

### Acceptamos solicitudes durante todo el año.

Por favor reúna la siguiente documentación antes de su cita para solicitar (No envíe por correo documentos originales)

- COMPLETE CADA PAGINA Y FIRME LA SOLICITUD. Es importante que conteste todas las preguntas con honestidad
- ANEXE PRUEBA DE INGRESOS DE LOS PADRES O GUARDIANES QUE VIVAN EN LA CASA (de los últimos 12 meses)

#### DOCUMENTACION DE INGRESO REQUERIDA:

- Formulario de declaración de impuestos 1040 del 2018 **O**
- Todos los formularios W-2s o 1099 del 2018 **Y/O**
- Carta reciente de su empleador **Y/O**
- Talon de cheque del mes anterior de todos los empleos

Si su familia recibe alguno de los siguientes, también necesitará entregarnos comprobantes de:

- Work First/TANF
- Carta de SSI o de Beneficios del Seguro Social
- Manutención infantil (*Child Support*)
- Desempleo
- Beca escolar, Work Study, Fellowship, o Subvención

Si están desempleados y no reciben ninguno de los ingresos mencionados arriba, debera completar un formulario de no ingresos (disponible en la oficina de OCHS/EHS)

#### ANEXE COMPROBANTE DE RESIDENCIA DEL CONDADO DE ORANGE

Debe incluir el nombre del padre y la dirección física actual. Ejemplo de documentos de dirección que se aceptan:

- Contrato de renta o alquiler (actual) firmado por el dueño
- Recibo de servicios públicos: factura actual de electricidad (de página completa / sin rasgar), agua o Recibo de gas de servicio público
- Factura reciente de impuestos a la propiedad del Condado de Orange
- Licencia de conducir o identificación con foto emitida por el estado

Si no tiene ninguno de estos documentos a su nombre y usted esta viviendo con alguien más. Pídale a esa persona que le escriba una carta declarando que usted y su familia viven con ellos y presente una factura actual del impuesto a la propiedad contrato de renta o alquiler o un recibo de servicio a su nombre.

- 
- ANEXE UNA COPIA DEL CERTIFICADO DE NACIMIENTO DEL NIÑO/A U OTRO REGISTRO DE NACIMIENTO DE EL/ELLA. informenos si usted no tiene un registro de nacimiento de su hijo/a
  - CARTILLA DE VACUNACIÓN MAS RECIENTE
  - SI SU HIJO TIENE SEGURO DE SALUD POR FAVOR INCLUYA CON UNA COPIA DE SU TARJETA DE MEDICAID O SEGURO MÉDICO si esta disponible
  - Si su hijo tiene un IFSP / IEP, plan de servicios privados o un diagnostico medico por escrito tal como: Una condicion crónica de salud, por favor entréguenos una copia si la tiene disponible.
  - PROGRAME UNA CITA** para revisar su solicitud con un empleado de OCHS/EHS llamando al 919-490-5577, x248

#### ENVIE O TRAIGA SU SOLICITUDA A:

Orange County Head Start/Early Head Start  
800 Eastowne Drive, Suite 105  
Chapel Hill, NC27514  
919-490-5577

**O** Fairview Child and Family Center  
125 Lawndale Avenue Hillsborough, NC 27278  
919-643-4000

OR Fax: 919-490-4905 OR E-mail: [InfoHS-EHS@chtop.org](mailto:InfoHS-EHS@chtop.org)

[www.chtop.org/Programs/Head-Start-and-Early-Head-Start.html](http://www.chtop.org/Programs/Head-Start-and-Early-Head-Start.html)



## HOJA INFORMATIVA 2019

**Misión de OCHS/EHS:** Involucrar y Fortalecer a las Familias para Preparar a los niños para la Escuela y la Vida

### OCHS/EHS ofrece:

- **Early Head Start** - Cuidado Infantil todo el día/todo el año para niños menores de 3 años ubicados en Chapel Hill/Carrboro en salones de OCHS/EHS en centros asociados. 6.5 horas y 10 horas al día (se requiere vale para guardería) **48 espacios en total**
- **Early Head Start** – Cuidado Infantil todo el día/todo el año para niños menores de 3 años ubicados en Hillsborough, en Fairview Child and Family Center. Opciones de 6.5 horas y 10 horas al día . **51 espacios en total**
- **Early Head Start Home Based** – Sirviendo todo el Condado de Orange. Servicios para padres y niños enfocados en el desarrollo del niño/a y la capacitación de los padres ofrecidos en visitas al hogar semanales y grupos de juego quincenales para padres y niños. Servicios ofrecidos en Inglés, Español y Birmano/Karen. **65 espacios**
- **Head Start para niños de 3-4 años** -Opciones de 6.5 y 10 horas al día que sigue el calendario escolar, en Fairview Child and Family Center en Hillsborough para niños que viven en el Distrito Escolar del Condado de Orange. **26 espacios.**
- **Head Start Pre-K/NC Pre-K** - Programa para niños de 4-5 años en salones de Pre-Kínder en las escuelas primarias: Pathways, Central y Efland-Cheeks. 6.5 horas diarias, calendario del año escolar. **54 espacios.**

### Los Requisitos son:

- Vivir en el Condado de Orange y
- Que el ingreso familiar cumpla las reglas de ingresos (vea la tabla a la derecha) o que reciba SSI o Work first, que no tenga hogar fijo o que el niño este en adopción temporal). Los niños con discapacidades documentadas (IEP/IFSP) podrían ser considerados sin importar ingresos.
- Para Early Head Start: niños menores de 3 años y mujeres embarazadas
- Para niños de 3 años de Head Start: el niño debe tener 3 años cumplidos al 31 de agosto del 2019 y vivir en el Distrito Escolar del Condado de Orange
- Para niños de 4 años de Head Start/NC PreK: el niño debe tener 4 años cumplidos el 31 de agosto del 2019 y vivir en el Distrito Escolar del Condado de Orange

Head Start y Early Head Start son programas muy completos de desarrollo infantil para niños elegibles de cero a 5 años de edad, diseñados en colaboración con familias y la comunidad para preparar a los niños para tener éxito en la escuela y en la vida.

**Los servicios se ofrecen de manera gratuita para las familias.**

**Los padres de niños inscritos se animan para participen activamente en la educación de sus hijos y se les apoya para que sean los primeros maestros de sus hijos y los más importantes.**

**Para mayor información visítenos o llámenos:**

Orange County Head Start/Early Head Start  
800 Eastowne Drive, Suite 105  
Chapel Hill, NC 27514  
919-490-5577

**OR**

Orange County Head Start/Early Head Start  
Fairview Child and Family Center  
125 Lawndale Avenue  
Hillsborough, NC 27278  
919-643-4000

Guías Federales de Pobreza 2019		
Tamaño de la Familia	Ingreso anual familiar al 100%	Ingreso anual familiar al 130%.
1	\$12,490	\$16,237
2	\$16,910	\$21,983
3	\$21,330	\$27,729
4	\$25,750	\$33,475
5	\$30,170	\$39,221
6	\$34,590	\$44,967
7	\$39,010	\$50,713
8	\$43,430	\$56,459
Agregue \$ 4,420 por cada persona adicional		

OCHS/EHS Staff que entrevista:	Lugar:	Fecha ____/____/____
--------------------------------	--------	-------------------------

1. DATOS DEL NIÑO PARA EL CUAL SOLICITA SERVICIOS																																			
<b>NOMBRE COMPLETO</b>	Nombre	Apellido(s)				Fecha Nacim.	____/____/____ DIA MES AÑO																												
<b>RAZA</b>	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Blanco				<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico o Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		<b>ETNICIDAD</b>	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano / Latino	<b>GÉNERO</b>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino																									
<b>IDIOMAS HABLADOS</b>	<table border="1"> <tr> <th></th> <th>BUENO</th> <th>ALGO</th> <th>POCO</th> <th>NADA</th> </tr> <tr> <td>inglés</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>español</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro _____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>					BUENO	ALGO	POCO	NADA	inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>COBERTURA MÉDICA</b>	<input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> Health Choice <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro (¿cuál?) _____		<b>CUIDADO DE SALUD</b>	Centro médico para chequeos /vacunas	
		BUENO	ALGO	POCO	NADA																														
	inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
Otro _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
Centro de cuidado dental / dentista																																			
¿Otro centro de cuidado médico?:																																			
<i>Requeriremos una copia del <b>examen físico y cartilla de vacunas</b> más reciente de los niños aceptados a nuestro programa antes de ellos puedan comenzar. Llámenos si necesita ayuda al <b>919-643-4000, x 226.</b></i>																																			

2. PADRE, MADRE o TUTOR PRINCIPAL																																			
<b>NOMBRE COMPLETO</b>	Nombre	Apellido(s)				Fecha Nacim.	____/____/____ DIA MES AÑO																												
<b>RAZA</b>	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro-americano <input type="checkbox"/> Blanco				<input type="checkbox"/> Isleño Pacífico o Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Indígena americano <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		<b>Etnicidad</b>	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano / Latino	<b>GÉNERO</b>	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino																									
<b>Si está embarazada:</b> ¿Cuál es su Fecha de parto?		____/____/____ DIA MES AÑO				<b>PARENTESCO CON EL NIÑO</b>	<input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Padrastro o adoptivo <input type="checkbox"/> Pariente: _____ <input type="checkbox"/> Foster: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____		<b>¿Tiene custodia de este niño?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Viviendo con este niño todo el tiempo <input type="checkbox"/> Vivo con este niño solo algunos días <input type="checkbox"/> No vivo con este niño <input type="checkbox"/> Otra persona / organización tiene custodia legal de este niño: _____																										
<b>IDIOMAS HABLADOS</b>	<table border="1"> <tr> <th></th> <th>BUENO</th> <th>ALGO</th> <th>POCO</th> <th>NADA</th> </tr> <tr> <td>inglés</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>español</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>						BUENO	ALGO	POCO	NADA	inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
		BUENO	ALGO	POCO	NADA																														
	inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
	español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																															
<b>EMPLEO</b>		<input type="checkbox"/> Trabajo 30 hrs. semanales o más <input type="checkbox"/> Trabajo 29 hrs. semanales o menos <input type="checkbox"/> Tengo empleo: <input type="checkbox"/> Work First training (TANF) <input type="checkbox"/> Trabajo por cuenta propia (explique: _____) <input type="checkbox"/> Mi horario de trabajo es de ____ a ____ <input type="checkbox"/> Mi horario de trabajo varía <input type="checkbox"/> No tengo empleo: <input type="checkbox"/> Activamente buscando empleo <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Discapacitado: No puedo trabajar				<input type="checkbox"/> Desempleado o jubilado		<input type="checkbox"/> ¿Otro? especifique _____		<b>Si usted estudia:</b> ¿Como paga la escuela? <input type="checkbox"/> Ayuda Financiera <input type="checkbox"/> Beca <input type="checkbox"/> Assistanships <input type="checkbox"/> prestamos																									
<b>NIVEL DE EDUCACIÓN</b>	Último grado de escolaridad que este padre o tutor completó				1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12																			
	Último diploma recibido				<input type="checkbox"/> GED o Preparatoria <input type="checkbox"/> Grado técnico o Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado (PHD) <input type="checkbox"/> Ninguno					Estatus militar <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano																									
<b>INFORMACION PARA CONTACTARLO</b>							# de Teléfono de su trabajo																												
	# Tel. Celular						¿Textos OK? <input type="checkbox"/>		# de Teléfono del hogar																										



### 4.1. INFORMACIÓN DE VIVIENDA

<b>DOMICILIO</b>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none;">NÚMERO Y CALLE</td> <td style="width: 20%; border: none;">APT/UNIDAD</td> <td style="width: 20%; border: none;">CIUDAD</td> <td style="width: 15%; border: none;">ESTADO</td> <td style="width: 15%; border: none;">CÓDIGO POSTAL</td> </tr> </table>					NÚMERO Y CALLE	APT/UNIDAD	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
	NÚMERO Y CALLE	APT/UNIDAD	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL					
TIPO	<input type="checkbox"/> Departamento <input type="checkbox"/> Casa rodante/Traila <input type="checkbox"/> Vivienda temporal comunitaria (IFC/ Homestart / Oxford House) <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Hotel/Motel <input type="checkbox"/> Vivo con amigos o familiares extendidos <input type="checkbox"/> No tengo hogar									
¿Es una vivienda temporal?    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			¿El contrato de renta o escritura está a su nombre?    Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>							
<input type="checkbox"/> Vivo en vivienda pública / recibo ayuda para vivienda (HUD, Section 8, etc.)				¿Cuánto tiempo ha vivido en su residencia actual? _____						
He cambiado residencia más de 2 veces el último año <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No										
¿Espera vivir en la misma residencia el próximo año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No:    Si no ¿Por qué?										
¿Por qué se mudó de su residencia anterior?										
<b>Dirección de correo</b>	(Si es diferente de la dirección en la que vive)									
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%; border: none;">CALLE Y NUMERO / PO BOX</td> <td style="width: 20%; border: none;">APT/UNIDAD</td> <td style="width: 20%; border: none;">CIUDAD</td> <td style="width: 15%; border: none;">ESTADO</td> <td style="width: 15%; border: none;">CÓDIGO POSTAL</td> </tr> </table>					CALLE Y NUMERO / PO BOX	APT/UNIDAD	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
CALLE Y NUMERO / PO BOX	APT/UNIDAD	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL						

**4.2. IDIOMA PRINCIPAL QUE USTEDES HABLAN EN CASA:**     inglés     español     Otro (s): \_\_\_\_\_

#### Para padres/tutores que no hablan inglés o español

Si cuenta con un pariente o amigo que pueda interpretar para usted, por favor escriba sus datos abajo

Nombre:	Parentesco con usted:
Número de teléfono:	OK contactarlo por texto    ____ Si    ____ No
¿Podemos llamar a esta persona para hacerle preguntas básicas o preguntar información básica acerca de usted? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Permitiría que esta persona interpretara para usted cuando se trata de información sensible o conversaciones personales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

### 4.3. SERVICIOS O ASISTENCIA QUE SU FAMILIA RECIBE (MARQUE TODAS LAS QUE APLIQUEN)

- Estampillas de comida / **SNAP** ("Supplemental Nutrition Assistance Program")                       **WIC**  
 **SSI** (Supplemental Security Income) ¿para quién?: \_\_\_\_\_                       Care Coordination for Children (**CC4C**)

#### 4.4. OTROS CONTACTOS en caso de que no podamos localizarlo:

	Nombre:	# de Teléfono	Parentesco o relación con el padre:
	Nombre:	# de Teléfono	Parentesco o relación con el padre:

#### 4.5. OTROS TRABAJADORES DE OTRAS AGENCIAS que brindan apoyo a su familia:

	Nombre:	# de Teléfono	Agencia:	Dirección de correo electrónico (e-mail):
	Nombre:	# de Teléfono	Agencia:	Dirección de correo electrónico (e-mail):

### 4.6. POR FAVOR, DÍGANOS ¿CÓMO SE ENTERÓ ACERCA DE HEAD START / EARLY HEAD START DEL CONDADO DE ORANGE?

- Vi un volante/aviso/poster ¿Dónde?  
 Un amigo/vecino/familiar me refirió ¿Quién?  
 En una de las oficinas en las que mi familia recibe servicios ¿Cuál?  
 Otro: Explique:

Si alguien le ayudó a completar esta solicitud, por favor escriba sus datos	Nombre		Agencia	
	Teléfono		Correo electrónico	

## 5. INFORMACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO

<b>5.1. AL NACER</b>	<input type="checkbox"/> Tuvo un nacimiento prematuro de 34 semanas o menos: este niño nació a las # _____ semanas de embarazo.	<input type="checkbox"/> El niño peso 3 lbs. 4 oz. o menos: este niño pesó _____	
<b>5.2. Si su hijo tiene un problema de salud CRÓNICO / RECURRENTE</b> (ej. asma, alergias, convulsiones) por favor explique:			
<b>5.3. Si existen PREOCUPACIONES de SALUD, APRENDIZAJE, o DESARROLLO acerca de este niño</b> por favor explique:			
¿Quién ha expresado estas preocupaciones?	<input type="checkbox"/> Miembro de familia	<input type="checkbox"/> Pediatra	<input type="checkbox"/> Yo tengo preocupaciones
	<input type="checkbox"/> Maestro(a)	<input type="checkbox"/> Personal médico	<input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>5.4. Si existe un historial de PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO o SOCIO-EMOCIONALES</b> de su hijo, por favor explique a continuación.			
<b>5.5. ¿ESTE NIÑO HA RECIBIDO EVALUACIONES DE DESARROLLO DEBIDO A PREOCUPACIONES?</b>			
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	¿La evaluación resultó en ELIGIBILIDAD para:	¿Tiene un IEP actualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		IEP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	
		IFSP <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro	¿Tiene un IFSP actualmente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Terapia del habla	<input type="checkbox"/> Terapia física
		<input type="checkbox"/> Consultoría / apoyo al comportamiento	<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional
		<input type="checkbox"/> Instrucción/Educación Especial	<input type="checkbox"/> Otro: _____

## 6. EXPERIENCIAS FAMILIARES

**IMPORTANTE:** Las siguientes preguntas son muy sensibles. Le recordamos que todas sus respuestas son confidenciales.

¿Su vivienda es inestable, insegura o demasiado pequeña para la cantidad de personas que viven ahí?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Su vecindario es un lugar seguro para sus hijos? Si no, ¿Por qué? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Siente que usted o su hijo están aislados o tienen poca oportunidad de interactuar con otras personas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido dificultad para comprar suficiente ropa, comida o pañales para su hijo en el último año?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Este niño ha vivido con alguien que tomaba alcohol o usaba drogas?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Este niño estuvo expuesto al alcohol o a las drogas durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Este niño ha sido testigo de violencia física, emocional o verbal?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Algunos de sus niños ha sufrido de abuso físico, emocional, verbal o negligencia?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna persona que viva en su hogar tiene una discapacidad física o una enfermedad mental (depresión, ansiedad, desorden bipolar, etc.)? Por favor díganos quién y qué tipo enfermedad/discapacidad? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Este niño ha perdido a alguno de sus padres recientemente debido a separación, abandono, deportación, encarcelamiento o muerte?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Su familia ha estado involucrada con el Servicio de Protección a menores del DSS (CPS)? ¿Cuándo? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha perdido la custodia de su hijo o lo ha colocado voluntariamente en otro hogar?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Algún miembro de la familia tiene estatus de refugiado?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Ha habido algún evento en su familia recientemente que ha sido estresante? De ser así, por favor explique:	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

## 7. INFORMACIÓN DE EMPLEO Y APOYO FINANCIERO

Favor de escribir las cantidades de ingresos que recibe su familia y entréguenos documentación para comprobarlo. Llámenos si tiene dudas.

### 7.1 – APOYO FINANCIERO DE SERVICIOS SOCIALES, MANUNTENCIÓN INFANTIL Y/O ADOPCIÓN TEMPORAL

MANUNTENCIÓN INFANTIL (para todos los niños)	\$ _____ / mes	SSI (SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME)	\$ _____ / mes
PAGOS POR ADOPCIÓN TEMPORAL (FOSTER CARE)	\$ _____ / mes	BENEFICIOS DEL SEGURO SOCIAL	\$ _____ / mes
BECAS O SUBVENCIONES	\$ _____ / mes	DESEMPLEO	\$ _____ / mes
WORK FIRST / TANF	\$ _____ / mes	OTRO	\$ _____ / mes

### 7.2 – EMPLEO – Por favor liste todos los empleos que los padres / tutores han tenido en los ÚLTIMOS 12 MESES

#### PADRE, MADRE o TUTOR PRINCIPAL:

EMPRESA o EMPLEADOR	FECHAS DE EMPLEO		Sigue ahí?	# de HORAS promedio (semanales)	¿CUANTO LE PAGAN?	¿CON QUE FRECUENCIA?
	___/___	to ___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____ /hr	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-mensual
	___/___	to ___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____ /hr	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-mensual
	___/___	to ___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____ /hr	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-mensual
	___/___	to ___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____ /hr	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-mensual
	___/___	to ___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____ /hr	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-mensual

#### PADRE, MADRE o TUTOR SECUNDARIO:

EMPRESA o EMPLEADOR	FECHAS DE EMPLEO		Sigue ahí?	# de HORAS promedio (semanales)	¿CUANTO LE PAGAN?	¿CON QUE FRECUENCIA?
	___/___	to ___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____ /hr	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-mensual
	___/___	to ___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____ /hr	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-mensual
	___/___	to ___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____ /hr	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-mensual
	___/___	to ___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____ /hr	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Bi-mensual
	___/___	to ___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____ /hr	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> Bi-mensual

SI AMBOS padres/tutores NO HAN TENIDO EMPLEO en los últimos 12 meses y NO RECIBEN ninguno ingreso de los mencionados arriba, por favor marque aquí y nosotros daremos seguimiento:

**Mi Familia NO HA TENIDO NINGUN INGRESO en los últimos 12 meses.** Llámenos si tiene dudas.

## 8. INFORMACIÓN DE CUIDADO INFANTIL Y OPCIONES DEL PROGRAMA

Marque si alguna de estas situaciones aplica para usted.	<input type="checkbox"/> Necesito cuidado infantil para continuar trabajando o estudiando (ya estoy inscrito) <input type="checkbox"/> Necesita cuidado infantil para encontrar un trabajo y/o para ir a la escuela o capacitación (todavía no estoy inscrito)		
¿El niño estuvo inscrito en Early Head Start o Head Start antes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si			
¿Este niño ha asistido alguna vez a una guardería o ha sido cuidado fuera del hogar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	¿Dónde?	¿Sigue ahí el niño?
		¿Cuándo?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Este niño tiene un hermano que estuvo o está inscrito en Early Head Start o Head Start?		<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Usted recibe ayuda para guardería? (por ejemplo subsidio de DSS)		<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si: ¿Para qué niño(s)?	
¿Qué tipo de transporte usa usted?		<input type="checkbox"/> Mi coche <input type="checkbox"/> Autobús <input type="checkbox"/> Coche de un familiar/vecino <input type="checkbox"/> Otro _____	
¿En qué horario necesita usted cuidado infantil?		De _____ a _____	

### 8.1. OPCIÓN BASADA EN EL HOGAR

#### PARA NIÑOS MENORES DE 3 AÑOS y MUJERES EMBARAZADAS

- Me interesa tener **VISITAS educacionales AL HOGAR semanalmente** y asistir a **GRUPOS DE JUEGO** para niños con sus padres dos veces al mes.
- Estoy embarazada** y me interesa tener Servicios de Visitas al Hogar antes y después de que nazca mi hijo.

### 8.2. OPCIÓN BASADA EN CENTRO

#### PARA NIÑOS de 6 SEMANAS a 4 AÑOS DE EDAD

Para niños que tengan 3 o 4 años cumplidos antes del 1ero. de septiembre del 2019  
 y vivan en el Distrito Escolar del Condado de Orange.

**NO proporcionamos transporte.**

Early Head Start	<input type="checkbox"/> <b>6 semanas a 3 años de edad</b> – Puedo llevar a mi hijo a un centro en el área de <b>Chapel Hill/Carrboro</b> . <input type="checkbox"/> <b>6 semanas a 3 años de edad</b> – Puedo llevar a mi hijo a <b>Fairview Child &amp; Family Center</b> en Hillsborough.
Head Start	<input type="checkbox"/> <b>3 a 4 años de edad</b> – Puedo llevar a mi hijo a <b>Fairview Child &amp; Family Center</b> en Hillsborough.
HS NC Pre-K	<input type="checkbox"/> <b>4 a 5 años de edad</b> – Me interesa inscribir a mi hijo en un salón de Pre-Kínder en el Distrito escolar del Condado de Orange en una de las escuelas <u>listadas abajo</u> de 7:30 am -2:00 pm.  ¿Cuál escuela prefiere usted? Escribe <b>1</b> = primera opción, <b>2</b> = 2da elección, <b>3</b> = 3ra elección ____ Central    ____ Efland Cheeks    ____ Pathways  Nosotros consideraremos su preferencia al asignar a los niños, pero no podemos garantizar un espacio en el sitio de su preferencia.



# CONSENTIMIENTO PARA INTERCAMBIO DE INFORMACION CONSENT FOR EXCHANGE OF INFORMATION

Nombre del niño	Fecha de Nacimiento

El programa de Orange County Head Start/Early Head Start opera en asociación con agencias de la comunidad que sirven a niños y familias. Esta asociación nos ayuda a promover acceso a programas para las familias que son elegibles. Su consentimiento para que nuestros empleados hablen de las necesidades de su hijo con otras agencias ayudará a asegurar que nuestros servicios sean eficientes y que estén coordinados con otros servicios que su familia pueda estar recibiendo.

## YO DOY CONSENTIMIENTO PARA QUE ORANGE COUNTY HEAD START / EARLY HEAD START INTERCAMBIE INFORMACIÓN CON LAS AGENCIAS LISTADAS DEBAJO.

De la siguiente lista de agencias, tache aquellas con las que usted **NO quiere que compartamos su información.**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Departamento de Salud del Condado de Orange (OCHD)</li> <li>• Programa Local WIC</li> <li>• Departamento de Servicios Sociales (DSS)– TANF/Work First, Guardería, Servicios de Protección al menor, Programa Medicaid</li> <li>• Durham Child Development Service Agency (CDSA) – <b>para incluir IFSP y cualquier evaluación</b></li> <li>• Child Care Services Association (CCSA)</li> <li>• Orange County Partnership for Young Children/NC Pre-K</li> <li>• Escuelas de Chapel Hill - Carrboro- <b>para incluir IEP y cualquier evaluación</b></li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escuelas de Condado de Orange – <b>para incluir IEP y otras evaluaciones</b></li> <li>• KidsCope</li> <li>• Guarderías asociadas con OCEHS - Chapel Hill Day Care Center, KidSCOPE Early Learning Center, Horizons</li> <li>• CIDD (UNC Carolina Institute for Developmental Disabilities)</li> <li>• Programa de Autismo TEACCH</li> <li>• Guardería o Programa Early Head Start o Head Start en el que estuvo inscrito previamente- Liste el nombre y dirección- ↓<br/>_____</li> </ul> |
|--|--|

**Por favor escriba el nombre de los pediatras y clínicas de salud o cuidado especial que dan servicios de salud a su hijo/a:**

- Nombre de la clínica, consultorio médico o centro de salud / *Doctor's Office, Health Care Center:*  
\_\_\_\_\_
- Dentista / *Dentist:* \_\_\_\_\_
- Otro proveedor de cuidado de salud (escriba el nombre) / *Other Health Care Provider* \_\_\_\_\_
- Nombre de terapeutas del niño (si aplica) / *Name of child's Therapist(s)* \_\_\_\_\_

**Entiendo que este consentimiento es voluntario** y es válido hasta que mi familia esté inscrita en el programa de Head Start/Early Head Start del Condado de Orange, o hasta que yo cancele este consentimiento por escrito. Entiendo que ésta página de mi solicitud puede ser enviada a las agencias nombradas arriba para mostrarles mi consentimiento de intercambio de información.

**TAMBIÉN CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA EN ESTA SOLICITUD, INCLUYENDO INGRESOS, ES CORRECTA Y VERÍDICA A MI SABER Y ENTENDER.**

		____ / ____ / ____
<b>Firma del Padre o tutor legal</b>	<b>Parentesco con el niño /</b>	<b>Fecha</b>

***Vea qué esperar en el proceso de su solicitud →***

