



# Durham Early Head Start Solicitud



## ¿Qué es Early Head Start?

Early Head Start es un programa sin costo y completo de desarrollo infantil y apoyo familiar para familias de bajos ingresos con niños entre cero y tres años y a familias que están esperando un bebé. Tenemos dos áreas de servicio:

### Servicios de visitas en el hogar: para familias que quieren hacer que su hogar sea un lugar de aprendizaje

- Un visitante de hogar vendrá a su casa regularmente
- Padres participan en actividades de aprendizaje diseñado para aumentar el aprendizaje de su niño, y reciben información y apoyo en asuntos de la crianza de los hijos e información de recursos y referencias.
- Familias se invitan asistir a grupos de jugar con otros niños y familias dos veces al mes.
- Se ofrecen visitas en el hogar en inglés y español.
- Asistencia regular es requerida.

### Servicios en centros de guardería: para familias con padres que trabajan por lo menos 30 horas por semana o están en la escuela de tiempo completo

- Los niños recibirán cuidado de 10 horas diarios, durante todo el año en un centro de guardería asociada con el programa.
- Los maestros y personal de Early Head Start proveen un ambiente de aprendizaje que es cariñoso, estimulante e individualizado.
- Coordinadores de servicios familiares se reúnen con los padres individualmente para proveer información, recursos y apoyo.
- Asistencia regular es requerida.
- No se proporciona transporte a los centros de cuidado de niños (pases para el bus están disponibles).

## ¿Quién es elegible para servicios de Durham Early Head Start?

- Familias en Durham quienes esperan un bebé o tienen niños que serán 2 años o menos el 31 de agosto.
- Niños en adopción temporal, niños sin hogar y niños de familias que reciben asistencia pública (TANF o SSI) sin importar los ingresos.
- Niños con discapacidades documentadas podrían calificar sin importar los ingresos.
- Familias que cumplan con elegibilidad de ingresos determinada por Normas Federales de Pobreza (del 01/25/16):

Tamaño de la familia	Ingresos anuales de la familia
2	\$16,020
3	\$20,160
4	\$24,300
5	\$28,440

Tamaño de la familia	Ingresos anuales de la familias
6	\$32,580
7	\$36,730
8	\$40,890
Para cada miembro adicional, agregue: \$4,160	

## **Lista de documentos necesarios: Se necesita todos los documentos para poder procesar la solicitud**

- Solicitud completa y firmada y entrevista con personal del programa**
- Comprobante de ingresos y/o estudio** para todos los tutores en la casa (Ejemplos son: Talones de cheque de 1 mes, formularios de impuestos W-2 o 1040 más reciente, SSI o TANF, carta de empleador, carta de la escuela, horario escolar) o una declaración certificado de no tener ingresos.
- Comprobante de edad del niño** – Algo oficial con la fecha de cumpleaños de su hijo (acta de nacimiento, tarjeta de Medicaid, etc.)
- Comprobante de residencia en Durham** – un contrato o cuenta o identificación que muestra que usted vive en Durham
- IFSP** si su hijo recibe servicios especiales, cualquier documento que tiene sobre los servicios.

**Además de considerar los criterios de selección establecidos, este programa se reserva el derecho de determinar el impacto de ciertos factores (es decir, estado de subsidio, la colocación de hermanos, necesidad de aula / número de casos, la asociación con guarderías de la comunidad) durante el proceso de selección.**

**Nuestra oficina central se ubica en: 1201 S. Briggs Avenue, Suite 110, Durham, NC 27703 919-439-7107**

Revised 01/20/2016

**Ojo: Solicitudes y servicio bilingüe se ofrecen en español e inglés.**



### **¿CUAL ES EL SIGUIENTE PASO...?**

Su solicitud se evaluará y su niño/familia se pondrá en la lista de espera para el próximo año escolar basado en necesidad. Niños se seleccionan para inscripción por el criterio de Early Head Start y la información que usted ha provisto en esta solicitud.

No tenga pena de llamar para averiguar sobre su solicitud en cualquier momento después de dos semanas.

Favor de contactarnos si cambia su dirección, número de teléfono, ingresos u otra información de la familia. Si su niño/familia se selecciona para un espacio en el programa, llamaremos y mandaremos una carta con la información que tenemos apuntada.

Si su niño/familia no se selecciona para el año escolar, le contactaremos en la primavera de próximo año para solicitar para el año siguiente, si todavía le interesa.

### **SI SE ACEPTA EN NUESTRA PROGRAMA LO SIGUIENTE TAMBIEN SE REQUIERE:**

- Copia del record de las vacunas del niño
- Copia del examen físico o "Well Child Checkup" más reciente del niño.

**RECUERDE:** El Programa de Durham Early Head Start no proporciona transporte a los centros de cuidado de niños ni a los grupos de jugar (pases para el bus están disponibles).

**Toda la información en esta solicitud se mantiene confidencial**

**Me interesan:**

- Servicios de visitas en el hogar: Visitas en el hogar regulares y grupos de jugar para padres y niños.
- Servicios de guardería de 10 horas diarias: Cuidado de tiempo completo en uno de los centros de guardería asociados con el programa.

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL NIÑO**

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**FECHA DE NACIMIENTO**

- Masculino**  
 **Femenino**

**Raza del niño (marque uno):**

- Indio Americano o Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro/Afro-Americano
- Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacifico
- Blanco
- Bi racial/Multirracial
- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

**Etnicidad del niño (marque uno):**

- Hispano
- No Hispano

\_\_\_\_\_  
**NOMBRE DEL ADULTO QUE SOLICITA PARA EL NIÑO**

\_\_\_\_\_  
**PARENTESCO**

\_\_\_\_\_  
**DIRECCION**

\_\_\_\_\_  
**CIUDAD/ESTADO**

\_\_\_\_\_  
**CÓDIGO POSTAL**

\_\_\_\_\_  
**NÚMERO DE TELEFONO**

\_\_\_\_\_  
**DIRECCION POSTAL (si es diferente)**

\_\_\_\_\_  
**NÚMERO DE CELULAR**

\_\_\_\_\_  
**CORREO ELECTRONICO**

\_\_\_\_\_  
**NÚMERO DEL TRABAJO**

**INFORMACIÓN DE LA FAMILIA:**

	<b>Padre /Tutor legal 1 (Si vive en la casa)</b>	<b>Padre /Tutor legal 2 (Si vive en la casa)</b>
<b>Nombre de Padre</b>	<b>Nombre1:</b>	<b>Nombre2:</b>
<b>Fecha de nacimiento</b>		
<b>¿De qué raza se considera usted? (marque uno)</b>	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro- Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Bi racial/Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano o de las Islas del Pacifico <input type="checkbox"/> Bi racial/Multirracial <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
<b>Etnicidad</b>	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No Hispano
<b>Idiomas que habla</b>		
<b>¿Cuál es el idioma principal que hablan en su casa?</b>		
<b>(Si ingles no es su lengua materna)</b>	<b>¿Qué tan bien habla inglés?</b> <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> No mucho o nada <b>¿Qué tan bien lee y escribe inglés?</b> <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> No mucho o nada	<b>¿Qué tan bien habla inglés?</b> <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> No mucho o nada <b>¿Qué tan bien lee y escribe inglés?</b> <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Un poco <input type="checkbox"/> No mucho o nada
<b>¿Diploma de la secundaria/GED? Si NO, último año</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2do año secundaria <input type="checkbox"/> menos de 2do año secundaria	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 2do año secundaria <input type="checkbox"/> menos de 2do año secundaria
<b>¿Tiene título de la universidad? Si NO, número de años en</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No _____
<b>Servicio militar (activo, reserva, veterano)</b>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

**Continuación de información de la familia:**

**El niño vive con**  Ambos padres  Padre  Madre  Padre(s) de adopción temporal  Abuelo(s)  Otro \_\_\_\_\_  
**¿Es usted? (marque uno)**  Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a  En unión libre

**Escriba los nombres de todas las personas que viven con el niño (Hermanos, tíos, abuelos, personas que no son de la familia, etc)**

NOMBRE	Sexo	Edad	Fecha de nacimiento	Parentesco con el niño

**Las preguntas siguientes contienen temas delicados y privados. Sus respuestas sinceras nos ayudaran a determinar las necesidades de su familia, como se dirige por nuestra subvención federal. Todas las respuestas se mantendrán privado y se usaran solamente por propósitos de elegibilidad.**

**Si**  **No** ¿Se considera usted sin hogar? (El personal puede comunicarse con usted para obtener más información)  
**Si es así, por favor explique:** \_\_\_\_\_  
 ¿Cuánto tiempo tiene viviendo en su residencia actual? \_\_\_\_\_  
 ¿Cuántas veces se ha mudado durante los últimos dos años? \_\_\_\_\_

**Si**  **No** ¿Es difícil para su familia encontrar y poder pagar la vivienda?  
 **Si**  **No** ¿Ha estado alguna vez su familia involucrada con Servicios de Protección de Niños (CPS)?  
 **Si**  **No** ¿Ha sido usted o su niño/a testigo al abuso de alcohol o drogas en la casa?  
 **Si**  **No** ¿Ha sido su niño/a testigo a violencia física o verbal en la comunidad o en la casa?  
 **Si**  **No** ¿Siente usted que su casa y/o vecindario NO está seguro? (¿Usted tiene miedo de dejar a su hijo/a jugar afuera?)  
 **Si**  **No** ¿Hay algún miembro de su familia en la casa que tiene una discapacidad documentada o enfermedad mental y/o hay algún miembro de la familia que recibe SSI (Seguridad de Ingreso Suplementario)?  
 ¿Quién? \_\_\_\_\_  
 Si es así, por favor explique y presente la documentación: \_\_\_\_\_

**Si**  **No** ¿La persona principal encarada del cuidado tiene una discapacidad que afecta su capacidad de cuidar al niño?  
 Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

**Si**  **No** ¿Ha perdido su niño/a a su padre o madre recientemente por causa de muerte, encarcelamiento, separación divorcio o abandono? Si es así, explique por favor: \_\_\_\_\_

**Si**  **No** ¿Se siente usted o su hijo/a aislado o que tienen pocas oportunidades de interactuar con otros?  
 **Si**  **No** ¿Ha habido cualquier otro evento serio que ha traído estrés a su familia recientemente?  
 Si es así, por favor explique: \_\_\_\_\_

**¿Recibe su familia alguna de los servicios siguientes? (Marque todos que aplican):**

Medicaid/Medicare  Cupones de comida o SNAP  WIC  Asistencia de vivienda  TANF  SSI

**¿Cómo supo usted de Durham Early Head Start?**

Un volante, folleto, cartel  Internet  Personal del programa  Por boca de otro  DSS  Trabajador de CPS

Durham Connects       Oficina del doctor (¿cuál?): \_\_\_\_\_  Agencia de Referencia (¿cuál?): \_\_\_\_\_

**INFORMACIÓN DEL NIÑO**

¿Ha estado su niño/a en Early Head Start o en Head Start antes?       **Si**    **No**      Si es así, ¿Dónde y Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño/a un hermano escrito en Early Head Start o Head Start?      Actualmente  **Si**    **No**      Anteriormente  **Sí**    **No**  
 Otro \_\_\_\_\_

Seguranza medica del niño/a:     Medicaid       Health Choice     Ninguno      \_\_\_\_\_

¿Dónde va su niño/a para chequeos físicos, vacunas y otro cuidado de salud (ponga todos)? \_\_\_\_\_

**Información de subsidio/becas actual**

¿Recibe el niño actualmente una beca para cuidado de niños del Departamento de Servicios Sociales?    **Sí**    **No**

¿Recibe el niño actualmente una beca de Child Care Services Association?    **Sí**    **No**

• ¿Tiene su niño/a un IFSP (Plan Individualizado de Servicios Familiares) actual, o un IEP (Plan Individualizado de Educación)? *\*Si es así, favor de proveer una copia y adjuntarla a su solicitud \**

**Sí**       **No**       **No sé**       **Ahora no, pero antes si**

• ¿Tiene su hijo/a un retraso o discapacidad documentada? *\*Si es así, favor de proveer una copia y adjuntarla a su solicitud\**

**Sí**       **No**       **No sé**       **Ahora no, pero antes si**

• ¿Tiene su niño/a una historia de problemas de comportamiento o trastornos emocionales? (por ejemplo, se les niega el cuidado de niños a causa de la conducta)       **Sí**       **No**

• ¿Alguien ha expresado su preocupación o servicios recomendados, o ha recibido su hijo/a las evaluaciones debido a las preocupaciones acerca de su comportamiento, la salud, el aprendizaje o el desarrollo?

**Sí**       **No**       **No sé**

• ¿Recibe su niño/a servicios de intervención temprana (como terapia, educación especial, ayuda con el habla)?

**Sí**       **No**       **No sé**

Si es así, ¿De quién recibe los servicios? \_\_\_\_\_

• ¿Nació su niño/a a los 34 semanas o antes o tuvo un peso al nacer de menos de 3 lbs. y 4 oz?

**Sí**    **No**

• ¿Tiene su niño/a una condición de salud crónica (asma, convulsiones, o alergias graves) o es frágil medicamente?

**Sí**    **No**

Si es así, explique por favor: \_\_\_\_\_

Otra información le gustaría que sepamos de su niño/a o su situación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**INGRESOS DE LA FAMILIA: Todos los ingresos de padres/tutores viviendo en la casa**

	Padre /Tutor Legal 1	Padre /Tutor Legal 2	Otro pariente
<b>Empleador actual</b>			
<b>¿Por cuánto tiempo?</b>	_____ Años    _____ Meses	_____ Años    _____ Meses	_____ Años    _____ Meses
<b>¿Horas por semana?</b>			
<b>Cantidad de ingresos</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>	<b>\$</b>
<b>Pago recibido</b>	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Dos veces al mes

**OTRAS FUENTES DE INGRESOS QUE SE TIENE QUE INCLUIR (con documentación)**

Sustento de niños(de todos los niños) o pagos de adopción temporal	Cantidad mensual \$
Asistencia familiar (Work First/TANF)	Cantidad mensual \$
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o Beneficios de Seguro Social (SSA)	Cantidad mensual \$
Trabajo de práctica, beca de investigación o subsidio	Cantidad mensual \$
Desempleo	Cantidad mensual \$

**CONTACTOS ADICIONALES**

**Contactos adicionales (alguien que no es padre ni tutor legal), quien podemos llamar si no podemos comunicar con usted, o si el teléfono ha sido desconectado:**

Nombre	Número de teléfono
Nombre	Número de teléfono

*Yo certifico que la información provisto en esta solicitud, incluyendo ingresos, es exacta y verdad de acuerdo con mi mejor conocimiento.*

\_\_\_\_\_  
Firma de padre/tutor legal

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de personal (si se aplica)

\_\_\_\_\_  
Fecha

Notas de entrevistador/a: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Iniciales: \_\_\_\_\_