



Orange County Head Start/Early Head Start Solicitud para recibir Servicios 2018-2019



Orange County Head Start/Early Head Start (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. Toda la información es confidencial y no se compartirá sin su consentimiento. Nosotros revisaremos esta solicitud con usted.

Aceptamos solicitudes durante todo el año.

Por favor envíe o traiga la siguiente documentación a su cita (No envíe documentos originales)

- SOLICITUD COMPLETA Y FIRMADA.** Conteste todas las preguntas con honestidad
- COMPROBANTES DE INGRESOS DE LOS PADRES QUE VIVAN CON EL NIÑO (de los últimos 12 meses)**

Se requiere que adjunte uno de los siguientes documentos:

- Formulario de declaración de impuestos 1040 del 2017 O
- Todos los formularios W-2s o 1099 del 2017 Y/O
- Carta reciente de su patrón Y/O
- Talones de cheque que muestren su ingreso de los últimos 12 meses

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 los padres no han tenido trabajo en los últimos 12 meses y no reciben ninguno de los ingresos mencionados arriba, se deberá presentar una **DECLARACION DE NO INGRESO** (disponible en la oficina de OCHS/EHS)

- COMPROBANTE DE LA EDAD DEL NIÑO**
Copia de un documento Oficial con el nombre completo del niño y la fecha de nacimiento.

Se aceptan:

- Acta o certificado de nacimiento
- Pasaporte u otro documento oficial (i.e. I-94)
- Documentos de la Corte
- Cartilla de Vacunación de Carolina del Norte
- IFSP/IEP

- COMPROBANTE DE RESIDENCIA DEL CONDADO DE ORANGE**
Debe incluir el nombre del padre/tutor, debe ser reciente y debe mostrar la dirección física. Nosotros aceptamos:

- Contrato de renta – firmado por el dueño
- Cuenta de agua
- Recibo reciente de impuestos del Condado de Orange
- Recibo completo de la cuenta de electricidad-sin cortarla
- Recibo de Gas de Servicio público
- Recibo del cable

Por favor llámenos si usted no cuenta con ninguno de estos documentos a su nombre

- SI SU HIJO TIENE SEGURO MEDICO, FAVOR DE ENTREGARNOS UNA COPIA si la tiene disponible (Por ejemplo: Tarjeta Medicaid o de otro seguro médico).**

- Si su hijo tiene un IFSP o IEP, 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 o x233

ENVIE O TRAIGA SU SOLICITUDA A:

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

www.chtop.org/Programs/Head-Start-and-Early-Head-Start.html



Orange County Head Start/Early Head Start HOJA INFORMATIVA 2018



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 de tiempo completo, todo el año para niños menores de 3 años en salones de OCHS/EHS de centros asociados de Chapel Hill/Carrboro. 10 horas diarias con vale para guardería – **51 espacios**
- **Early Head Start** – Cuidado Infantil de tiempo completo, todo el año para niños menores de 3 años localizado en Hillsborough, en Fairview Child and Family Center. Opciones de 10 horas y 6 horas diarias. **46 espacios**
- **Early Head Start Home Based** - Servicios especializados para todo el Condado de Orange, que se enfocan en el desarrollo del niño y la capacitación de los padres, ofrecidos en visitas semanales al hogar y grupos de juego quincenales para niños y sus padres. Servicios ofrecidos en español y birmano/Karen. **67 espacios**
- **Head Start para niños de 3-4 años** - Programa de 6 o 10 horas diarias 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. **28 espacios.**
- **Head Start Pre-K/NC Pre-K** - Programa para niños de 4 años en salones de Pre-Kínder de: Pathways Elementary, Central Elementary y Efland-Cheeks Elementary. 6 ½ horas diarias, calendario del año escolar. **52 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 TANF, 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 Head Start: el niño debe tener 3 años cumplidos al 31 de agosto del 2016 y vivir en el Distrito Escolar del Condado de Orange
- Para niños de 4 años Head Start/NC PreK: el niño debe tener 4 años cumplidos el 31 de agosto del 2016 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.

Se anima a que los padres de niños inscritos 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 ext. 248 o 233

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 2018		
Tamaño de la Familia	Ingreso anual familiar al 100%	Ingreso anual familiar al 130%.
1	\$12,140	\$15,782
2	\$16,460	\$21,398
3	\$20,780	\$27,014
4	\$25,100	\$32,630
5	\$29,420	\$38,246
6	\$33,740	\$43,862
7	\$38,060	\$49,478
8	\$42,380	\$55,094
Agregue \$ 4,320 por cada persona adicional		

OCHS/EHS Staff interviewing:	Location:	Date ____/____/____
------------------------------	-----------	------------------------

1. DATOS DEL NIÑO PARA EL CUAL SOLICITA SERVICIOS

NOMBRE COMPLETO	Nombre _____	Apellido(s) _____	Fecha Nacim. ____/____/____ DIA MES AÑO					
RAZA	<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) _____	ETNICIDAD <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino					
IDIOMAS HABLADOS	BUENO	ALGO	POCO	NADA	COBERTURA MÉDICA	<input type="checkbox"/> MEDICAID <input type="checkbox"/> Health Choice <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro (¿cuál?) _____	CUIDADO DE SALUD	Centro médico para chequeos /vacunas
	inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				Centro de cuidado dental / dentista
	español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				¿Otro centro de cuidado médico?:
	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<i>Requeriremos una copia del examen físico y cartilla de vacunas más reciente de los niños aceptados a nuestro programa antes de ellos puedan comenzar. Llámenos si necesita ayuda al 919-490-5577, x 226.</i>								

2. PADRE, MADRE o TUTOR PRINCIPAL

NOMBRE COMPLETO	Nombre _____	Apellido(s) _____	Fecha Nacim. ____/____/____ DIA MES AÑO											
RAZA	<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) _____	Etnicidad <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino											
Si está embarazada: ¿Cuál es su Fecha de parto?	____/____/____ DIA MES AÑO	PARENTESCO CON EL NIÑO	<input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Padrastro o adoptivo <input type="checkbox"/> Pariente: _____ <input type="checkbox"/> Foster: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Tiene custodia de este niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No										
IDIOMAS HABLADOS	BUENO			ALGO	POCO	NADA	<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: _____							
	inglés			<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"/>										
EMPLEO	Tengo empleo:	<input type="checkbox"/> Trabajo 30 hrs. semanales o más <input type="checkbox"/> Work First training (TANF) <input type="checkbox"/> Mi horario de trabajo es de ____ a ____		<input type="checkbox"/> Trabajo 29 hrs. semanales o menos <input type="checkbox"/> Tengo mi negocio (explique: _____) <input type="checkbox"/> Mi horario de trabajo varía	¿Usted estudia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Dónde? _____									
	No tengo empleo:	<input type="checkbox"/> Activamente buscando empleo <input type="checkbox"/> Desempleado o jubilado		<input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Discapacitado: No puedo trabajar	¿Otro?: _____ Horas por período: ____									
NIVEL DE EDUCACIÓN	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"/> Ninguno <input type="checkbox"/> GED o Preparatoria		<input type="checkbox"/> Grado técnico o Asociado <input type="checkbox"/> Maestría				<input type="checkbox"/> Estatus militar <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Doctorado (PHD)						
INFORMACION PARA CONTACTARLO	E-MAIL						# de Teléfono de su trabajo							
	# Tel. Celular						¿Textos OK? <input type="checkbox"/>		# de Teléfono del hogar					

3. DATOS DEL OTRO PADRE, MADRE O TUTOR

NOMBRE COMPLETO	Nombre _____	Apellido(s) _____	Fecha Nacim. _____ / _____ / _____	DIA / MES / AÑO						
RAZA	<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) _____	Etnicidad	<input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No Hispano / Latino	GÉNERO	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino				
Si está embarazada: ¿Cuál es su Fecha de parto? _____ / _____ / _____ DIA / MES / AÑO		PARENTESCO CON EL NIÑO	<input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Padrastro o adoptivo <input type="checkbox"/> Pariente: _____ <input type="checkbox"/> Foster: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿Tiene custodia de este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vivo 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: _____					
IDIOMAS HABLADOS	BUENO ALGO POCO NADA		PARENTESCO CON EL NIÑO	<input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Padrastro o adoptivo <input type="checkbox"/> Pariente: _____ <input type="checkbox"/> Foster: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____		¿Tiene custodia de este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vivo 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: _____				
	inglés			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	PARENTESCO CON EL NIÑO	<input type="checkbox"/> Padre biológico <input type="checkbox"/> Padrastro o adoptivo <input type="checkbox"/> Pariente: _____ <input type="checkbox"/> Foster: _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Tiene custodia de este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Vivo 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: _____
	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"/>						
EMPLEO	Tengo empleo:	<input type="checkbox"/> Trabajo 30 hrs. semanales o más <input type="checkbox"/> Work First training (TANF)? <input type="checkbox"/> Mi horario de trabajo es de _____ a _____	<input type="checkbox"/> Trabajo 29 hrs. semanales o menos <input type="checkbox"/> Tengo mi negocio (explique: _____) <input type="checkbox"/> Mi horario de trabajo varía	¿Usted estudia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Dónde? _____ Horas por período: _____						
	No tengo empleo:	<input type="checkbox"/> Activamente buscando empleo <input type="checkbox"/> Desempleado o jubilado	<input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Discapacitado: No puedo trabajar	¿Otro?: _____						
NIVEL DE EDUCACIÓN	Último grado de escolaridad que este padre o tutor completó	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 Universidad 1 2 3 4 5 Estatus militar <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Veterano	Último diploma recibido <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Grado técnico o Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> GED o Preparatoria <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Doctorado (PHD)							
	INFORMACION PARA CONTACTARLO	E-MAIL _____	# de Teléfono de su trabajo _____							
	# Tel. Celular _____	¿Textos OK? <input type="checkbox"/>	# de Teléfono del hogar _____							

4. INFORMACIÓN FAMILIAR

Contando a todos los que viven con este niño, ¿CUÁNTAS PERSONAS VIVEN EN LA MISMA CASA? _____

Por favor, escriba los datos de **TODAS LAS PERSONAS QUE VIVAN EN CASA CON ESTE NIÑO**
 (hermanos, tíos, abuelos, parientes, amigos y otras personas que vivan en el mismo hogar. Agregue páginas adicionales de ser necesario)

Nombre	Género	Edad	Fecha de nacimiento	Parentesco con el niño	Idioma de esta persona	¿Esta persona es mantenida por los padres de este niño?
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
						<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

4.1. INFORMACIÓN DE VIVIENDA

DOMICILIO	<i>NÚMERO Y CALLE</i>	<i>APT/UNIDAD</i>	<i>CIUDAD</i>	<i>ESTADO</i>	<i>CÓDIGO POSTAL</i>
	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? _____	
<input type="checkbox"/> He cambiado residencia más de 2 veces el último año					
¿Espera vivir en la misma residencia el próximo año? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No: ¿Por qué?					
¿Por qué se mudó de su residencia anterior?					
Dirección de correo	(Si es diferente de la dirección en la que vive)				
	<i>CALLE Y NUMERO / PO BOX</i>	<i>APT/UNIDAD</i>	<i>CIUDAD</i>	<i>ESTADO</i>	<i>CÓDIGO POSTAL</i>

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

Esta sección es solamente 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:	<input type="checkbox"/> OK contactarlo por texto
¿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)

- Estampas 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?)
 De un amigo/vecino/familiar (¿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		E-mail	

5. INFORMACIÓN DE LA SALUD DEL NIÑO

5.1. AL NACER	<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 _____										
5.2. Si su hijo tiene un problema de salud CRÓNICO / RECURRENTE (ej. asma, alergias, convulsiones) por favor explique:												
5.3. Si existen PREOCUPACIONES de SALUD, APRENDIZAJE, o DESARROLLO acerca de este niño por favor explique:												
¿Quién ha expresado estas preocupaciones?	<input type="checkbox"/> Miembro de familia <input type="checkbox"/> Maestro(a)	<input type="checkbox"/> Pediatra <input type="checkbox"/> Personal médico <input type="checkbox"/> Yo tengo preocupaciones <input type="checkbox"/> Otro: _____										
5.4. Si existe un historial de PROBLEMAS DE COMPORTAMIENTO o SOCIO-EMOCIONALES de su hijo, por favor explique a continuación.												
5.5. ¿ESTE NIÑO HA RECIBIDO EVALUACIONES DE DESARROLLO DEBIDO A PREOCUPACIONES?												
<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	¿La evaluación resultó en ELIGIBILIDAD para: <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <tr> <td style="text-align: center;">IEP</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No estoy seguro</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">IFSP</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Si</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No estoy seguro</td> </tr> </table>	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 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								
5.6. MARQUE LOS SERVICIOS QUE SU HIJO RECIBE		<input type="checkbox"/> Terapia del habla <input type="checkbox"/> Consultoría / apoyo al comportamiento	<input type="checkbox"/> Terapia física <input type="checkbox"/> Instrucción/Educación especial	<input type="checkbox"/> Terapia ocupacional <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? ¿Por qué no? _____	<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.)? ¿Quién y qué tipo de enfermedad/discapacidad? _____	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Este niño ha perdido a alguno de sus padres 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:

Nombre de la COMPAÑIA o JEFE	FECHAS DE EMPLEO			Sigo ahí	# de HORAS promedio (semanales)	CANTIDAD DE PAGO	
	___/___	to	___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____	<input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
	___/___	to	___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____	<input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
	___/___	to	___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____	<input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
	___/___	to	___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____	<input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
	___/___	to	___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____	<input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual

OTRO PADRE, MADRE o TUTOR:

Nombre de la COMPAÑIA o JEFE	FECHAS DE EMPLEO			Sigo ahí	# de HORAS promedio (semanales)	CANTIDAD DE PAGO	
	___/___	to	___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____	<input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
	___/___	to	___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____	<input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
	___/___	to	___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____	<input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
	___/___	to	___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____	<input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual
	___/___	to	___/___	<input type="checkbox"/>		\$ _____	<input type="checkbox"/> hora <input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> anual

Si AMBOS padres/tutores NO HAN TENIDO EMPLEO en los últimos 12 meses y NO RECIBEN ningún ingreso listado 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

¿Alguna de estas opciones 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 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 asistió a una guardería o preescolar antes?	<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/amigo/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 2018
y vivan en el Distrito Escolar del Condado de Orange.

NO proporcionamos transporte.

Early Head Start	<input type="checkbox"/> 6 semanas a 3 años de edad – Puedo llevar a mi hijo a un centro en el área de Chapel Hill/Carrboro . <input type="checkbox"/> 6 semanas a 3 años de edad – Puedo llevar a mi hijo a Fairview Child & Family Center en Hillsborough.
Head Start	<input type="checkbox"/> 3 a 4 años de edad – Puedo llevar a mi hijo a Fairview Child & Family Center en Hillsborough.
HS NC Pre-K	<input type="checkbox"/> 4 a 5 años de edad – Me interesa inscribir a mi hijo en un salón de Pre-Kínder de Head Start-NC Pre-K en una escuela del Distrito escolar del Condado de Orange, de 7:30 am -2:00 pm. ¿Cuál escuela prefiere usted? <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Efland Cheeks <input type="checkbox"/> Pathways <input type="checkbox"/> No tengo preferencia (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 / <i>Child's name</i>	Fecha de Nacimiento / <i>Date of Birth</i>

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.

The Orange County Head Start/Early Head Start program operates in partnership with community agencies serving children and families. These partnerships help us to promote access to programs for families who are eligible to receive them. Your consent for our program staff to discuss your child's needs with other agencies will help to ensure that our services to your family are efficient and unified with other services your family may receive. Please cross out any agencies or companies listed below that you do not want us to exchange information with.

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

I GIVE MY CONSENT FOR THE ORANGE COUNTY HEAD START/EARLY HEAD START PROGRAM TO EXCHANGE INFORMATION WITH THE AGENCIES LISTED BELOW.

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

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

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

- 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.

		____ / ____ / ____
Firma del Padre o tutor legal / Parent or Legal Guardian's Signature	Parentesco con el niño / Relationship to Child	Fecha / Date

Vea qué esperar en el proceso de su solicitud →

Una vez que usted:

- **Complete cada página y firme esta solicitud**
- **Entregue comprobantes de todo el ingreso que recibieron los padres que viven con el niño el último año**
- **Entreguen comprobante de edad del niño y comprobante de que residen en el condado de Orange y**
- **Tengan una entrevista para revisar su solicitud con un empleado de OCHS/EHS** (programe su cita llamando al 919-490-5577-x 248 o x 233 – si todavía no ha tenido su entrevista)

Usted recibirá una carta confirmando el estatus de su solicitud o para pedirle información adicional. Si en algún momento se abre un espacio para su hijo, nosotros lo contactaremos para ofrecerle el espacio por teléfono. Le recomendamos que tenga disponibles los comprobantes del último chequeo físico y cartilla de vacunación más reciente de su hijo.

Comentarios adicionales del padre/tutor:

Notas del empleado de OCHS/EHS que realiza la entrevista:
