



Para registrar a su hijo/a en SUU Head Start, por favor complete la aplicación adjunta y regrésela con una **copia** de los **documentos de la lista de abajo**. Entréguela al Head Start más cercano a usted. Para encontrar el Head Start mas cerca a usted, llame por favor al 1-800-796-6070 o visite [www.suu.edu/headstart](http://www.suu.edu/headstart).

**Si no proporciona todos los documentos de la lista, su aplicación será considerada incompleta y su hijo/a no será considerado para matriculación.**

**Registro de vacunas** - debe tener las siguientes vacunas

4 HIB	4 DTaP	3 Polio	1 MMR	3 HEP B	2 HEP A	1 Varicela o verificación de varicela	Neumocólico deber ser el PCV-13
-------	--------	---------	-------	---------	---------	---------------------------------------	---------------------------------

**Certificado de nacimiento o Carta de DCFS**

**Verificación de Ingresos** - uno de los siguientes

- 1040 forma de impuestos (preferido)
- W2s y 1099s
- Talones de cheques por 3 meses
- Carta de su empleo

*(Si está recibiendo)* Desempleo, pensión, becas, beneficios de seguro social, y otros ingresos

*(Si está recibiendo)* Comprobante de asistencia pública (SSI o TANF, FEP)

*(Si está recibiendo)* Una carta de referencia y/o IEP (Plan Individualizado de Educación) si su niño tiene necesidades especiales.

La elegibilidad para Head Start se basa en ingresos, edad, necesidades del niño/a y necesidades de la familia. Su hijo/a debe de tener por lo menos 3 años cumplidos antes del 1 de septiembre para calificar para el año escolar (que empieza en agosto). La mayoría de las familias de Head Start deben de estar dentro de las pautas federales de pobreza. Los grupos siguientes pueden recibir preferencia en la matriculación.

- Niños que tienen incapacidades o necesidades especiales.
- Niños cuyas familias que toman parte en el programa de TANF o reciben SSI.
- Los niños en el cuidado adoptivo o niños cuyas familias que son definidas como "sin hogar" según el gobierno federal

**Por favor nota que SUU Head Start no proporciona transporte.** Si usted tiene preguntas, llame por favor al 435-586-6070 o sin costo al 1-800-796-6070. ¡Esperamos poder servirle a su niño y su familia!

# **2014-15 Guia de Ingresos (antes de impuestos)**

<b>Número de personas en la familia</b>	<b>Anual</b>	<b>Mensual</b>	<b>Semanal</b>
1	\$ 11,670.00	\$ 972.50	\$ 224.42
2	\$ 15,730.00	\$ 1,310.83	\$ 302.50
3	\$ 19,790.00	\$ 1,649.17	\$ 380.58
4	\$ 23,850.00	\$ 1,987.50	\$ 458.65
5	\$ 27,910.00	\$ 2,325.83	\$ 536.73
6	\$ 31,970.00	\$ 2,664.17	\$ 614.81
7	\$ 36,030.00	\$ 3,002.50	\$ 692.88
8	\$ 40,090.00	\$ 3,340.83	\$ 770.96

**\*Agregue \$4,060 por cada persona despues de 8**



**1. Nombre del Adulto Encargado:**

Primer Nombre	2ndo nombre	Apellido
---------------	-------------	----------

<b>2. Correo electrónico:</b>	<b>3. Fecha de Nacimiento:</b> / / MES DIA AÑO	<b>4. ¿Jefe de hogar?</b> SI NO	<b>5. Género:</b> M F	<b>6. ¿Es usted el guardián legal de este niño?</b> SI NO
-------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------	--

<b>7. Teléfono de Casa:</b>	<b>8. Teléfono de Trabajo:</b>	<b>9. Teléfono Celular:</b>
-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------

**10. Domicilio Particular y Dirección de Correo: (si es diferente del niño):**

Calle	P.O. Box	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	----------	--------	--------	---------------

<b>11. Origen Etnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano / No-Latino	<b>12. Raza (marque sólo uno):</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Africano-Americano	<input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-racial
		<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No Especificada	<input type="checkbox"/> Otro: _____

<b>13. Idioma que se habla en casa:</b> Primario: Inglés Español Otro: _____ Secundario: Inglés Español Otro: _____	<b>14. ¿Qué tan bien habla inglés?</b> <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> No lo habla	<b>15. Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo
---	--	--

**16. Ocupación Actual**

Primer Día: _____	<b>17. Educación</b> <input type="checkbox"/> Escuela de tiempo completa <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Carrera técnica/negocios <input type="checkbox"/> Grado de título de asociado <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Menos de la preparatoria <input type="checkbox"/> Grado de universitario <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>□ Trabajo Pagado:</b> <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Temporal	<b>□ Desempleado:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo desempleado: _____ meses <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa de trabajo
<b>□ Programa de capacitación laboral:</b> <input type="checkbox"/> Con pago <input type="checkbox"/> Sin pago	<b>□ Otro:</b> <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No puede trabajar debido a una discapacidad
<b>18a.</b> ¿Tenía usted menos de 17 años cuando nació el PRIMER niño en la familia? SI NO <b>18b.</b> ¿Tenía usted más de 41 años cuando nació el ULTIMO niño en la familia? SI NO	
<b>19. Estatus militar</b> ¿Es actualmente un miembro del Ejército del EEUU? SI NO	

**DATOS DEMOGRAFICOS DEL ADULTO SECUNDARIO****1. Nombre del Adulto Secundario:**

Primer Nombre	2ndo nombre	Apellido
---------------	-------------	----------

<b>2. Correo electrónico:</b>	<b>3. Fecha de Nacimiento:</b> / / MES DIA AÑO	<b>4. ¿Jefe de hogar?</b> SI NO	<b>5. Género:</b> M F	<b>6. ¿Es usted el guardián legal de este niño?</b> SI NO
-------------------------------	--	------------------------------------	--------------------------	--

<b>7. Teléfono de Casa:</b>	<b>8. Teléfono de Trabajo:</b>	<b>9. Teléfono Celular:</b>
-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------

**10. Domicilio Particular y Dirección de Correo: (si es diferente del niño):**

Calle	P.O. Box	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	----------	--------	--------	---------------

<b>11. Origen Etnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano / No-Latino	<b>12. Raza (marque sólo uno):</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Otro Isla del Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Africano-Americano	<input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-racial
		<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> No Especificada	<input type="checkbox"/> Otro: _____

<b>13. Idioma que se habla en casa:</b> Primario: Inglés Español Otro: _____ Secundario: Inglés Español Otro: _____	<b>14. ¿Qué tan bien habla inglés?</b> <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> No lo habla	<b>15. Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado. <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo
---	--	--

**16. Ocupación Actual**

Primer Día: _____	<b>17. Educación</b> <input type="checkbox"/> Escuela de tiempo completa <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Carrera técnica/negocios <input type="checkbox"/> Grado de título de asociado <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Menos de la preparatoria <input type="checkbox"/> Grado de universitario <input type="checkbox"/> Otro: _____
<b>□ Trabajo Pagado:</b> <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Temporal	<b>□ Desempleado:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo desempleado: _____ meses <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa de trabajo
<b>□ Programa de capacitación laboral:</b> <input type="checkbox"/> Con pago <input type="checkbox"/> Sin pago	<b>□ Otro:</b> <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No puede trabajar debido a una discapacidad
<b>18a.</b> ¿Tenía usted menos de 17 años cuando nació el PRIMER niño en la familia? SI NO <b>18b.</b> ¿Tenía usted más de 41 años cuando nació el ULTIMO niño en la familia? SI NO	
<b>19. Estatus militar</b> ¿Es actualmente un miembro del Ejército del EEUU? SI NO	

**1. Tipo de Vivienda (marque sólo uno)**

- Apartamento       Casa  
 Refugio comunitario       Vivienda para migrantes  
 Sin hogar       Casa rodante / trailer  
 Cuarto de Hotel / Motel       Otro: \_\_\_\_\_

**2. Arreglo de pago por vivienda (marque sólo uno)**

- Intercambio de servicios por vivienda       Vivienda propia  
 No hace ningún pago por la vivienda       Vivienda de renta  
 Recibe subsidio para la vivienda       Otro: \_\_\_\_\_

**3. Tiempo residiendo en el domicilio actual:**

- Menos de 6 meses       6 – 12 meses       1 – 2 años       2+ años

**4. ¿Cuántas veces se ha mudado en los últimos 12 meses?****5. Tipo de servicios o asistencia financiera recibida (marque todo lo que se aplique)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid o CHIP                          | <input type="checkbox"/> Desempleo                                 |
| <input type="checkbox"/> (TANF) Ayuda temporaria para familias    | <input type="checkbox"/> (WIC) Mujeres, Bebés y Niños              |
| <input type="checkbox"/> (SSI) Seguridad de ingreso suplementario | <input type="checkbox"/> (SNAP) Programa de cupones para alimentos |

**6. Transporte**

6a. ¿Puede usted o alguien en su familia transportar a su hijo/a a Head Start?       SI       NO

6b. ¿Si la respuesta es no, como transportaría a su hijo/a a Head Start? \_\_\_\_\_

*(Por favor nota que SUU Head Start no proporciona transporte.)*

**INFORMACION ADICIONAL**

**Si cualquiera de lo siguiente aplica, por favor, si lo desea, explíquelo con más detalle.**

**1. ¿Ha habido cambios negativos en el empleo, en las condiciones de vida, o en los ingresos?**

---

---

---

**2. ¿Hay alguien viviendo en la casa con incapacidades y / o problemas de salud?**

---

---

---

**3. ¿Está el niño bajo el cuidado de padres de crianza o viviendo con alguien mas que no sean sus padres?**

---

---

**4. ¿Nació el niño con, o tiene problema de salud, alergias, incapacidades, o necesidades especiales?**

---

---

---

**5. Describa brevemente la crisis familiar de tal manera que nosotros podemos prepararnos mejor para el niño (una muerte, divorcio, separación, pérdida de trabajo, movimiento reciente, abuso de substancias, encarcelamiento, abuso, salud mental, etc.) Utilice el otro lado del papel si necesita.**

---

---

---



Los Estándares del Desempeño de Head Start requieren que todos niños están hasta la fecha o al día con todas inmunizaciones y exámenes de salud y exámenes dentales.

**1. ¿Si usted no tiene a un médico, dentista, ni una manera de pagar por citas, querría usted ayuda?  SI  NO**

**2. Condiciones que tiene su niño que pueden ser importantes en una emergencia (marque todas las que aplican)**

Alergias

Mordeduras : \_\_\_\_\_

Comida : \_\_\_\_\_

Medicamentos : \_\_\_\_\_

Otro : \_\_\_\_\_

Condiciones

Asma

Diabetes

Convulsiones

Otro : \_\_\_\_\_

**3. ¿La condición está actualmente controlada / bajo cuidado médico?  SI  NO**

**4a. ¿Tiene preocupaciones acerca de la salud general y el desarrollo de su niño?**

SI  NO

**4b. Describa la preocupación:**

**4c. Preocupación Expresada Por (marque uno):**

Proveedor Médico  Proveedor Primario de Cuidado  Miembro de la Familia

Personal del Programa  Agencia de Servicio Social  Otro : \_\_\_\_\_

**5. ¿Ha asistido su niño el jardín de niños del Distrito Escolar?  SI  NO**

**6a. ¿Tiene su niño una incapacidad?**

SI  NO

**6b. Si la respuesta es sí, seleccione por favor uno del siguiente.**

Hablar o del Lenguaje  Conducta  Desarrollo

Múltiple  Otro: \_\_\_\_\_

**Proporcione por favor documentos de referencia si el niño ha sido diagnosticado con incapacidades  
(Por ejemplo, IEP, nota de doctor, etc.) \*\*\***

**7. ¿Puede el niño utilizar el baño por él/ella misma?  SI  NO**

**8. ¿Pueden cambiar su propia ropa si ellos tienen un accidente de baño?  SI  NO**

**9a. Proveedores de Seguro Médico:**

Medicare / Medicaid  Child Health Insurance Program (CHIP)

Privado  Sin Cobertura  Otro: \_\_\_\_\_

**9b. Fecha de Vigencia del Seguro:**

**9c. Fecha de Vencimiento:**  
(MM / DD / AA)

**9d. Seguro Principal:**

SI

NO

N/A

**9e. ¿Incluye Seguro Dental?**

SI

NO

N/A

**10a. Proveedor Médico Actual:**

**10b. Teléfono:**

**10c. Fecha del Ultimo Examen Médico:**  
(MM/DD/AA)

**11a. Proveedor Dental Actual:**

**11b. Teléfono:**

**11c. Fecha del Ultimo Examen Dental:**  
(MM/DD/AA)

**1. Nombre del Niño:**

First Name \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_

**2. Fecha de Nacimiento:** (mes/ día / año)**3. Consentimiento de Emergencia Médica:**

En caso de herida o emergencia médica, mi firma abajo autoriza al personal de Head Start a dar permiso a cualquier médico, enfermera, personal del hospital, o paramédico para proporcionar cuidado médico como ellos (el personal médico) cree necesario en el mejor interés de mi niño.

**X****Firma de Padre / Guardián Legal****Fecha****X****Firma de Padre / Guardián Legal****Fecha****4. Teléfono de Emergencia del Adulto Encargado:**

Teléfono 1: \_\_\_\_\_

 Casa     Trabajo     Celular     Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono 2: \_\_\_\_\_

 Casa     Trabajo     Celular     Otro: \_\_\_\_\_**5. Teléfono de Emergencia del Adulto Secundario:**

Teléfono 1: \_\_\_\_\_

 Casa     Trabajo     Celular     Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono 2: \_\_\_\_\_

 Casa     Trabajo     Celular     Otro: \_\_\_\_\_**6. Contactos de Emergencia:**

¿Si el padre/guardián no puede ser localizado, quién sabrá donde encontrarlo a usted o ser responsable de su niño?

<b>Contacto de Emergencia 1:</b> Nombre: _____	Domicilio: Calle _____ Ciudad _____	Género: M      F
Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____	Relación con el niño: _____
<b>Contacto de Emergencia 2:</b> Nombre: _____	Domicilio: Calle _____ Ciudad _____	Género: M      F
Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____	Relación con el niño: _____
<b>Contacto de Emergencia 3:</b> Nombre: _____	Domicilio: Calle _____ Ciudad _____	Género: M      F
Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____	Relación con el niño: _____
<b>Contacto de Emergencia 4:</b> Nombre: _____	Domicilio: Calle _____ Ciudad _____	Género: M      F
Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____	Relación con el niño: _____
<b>Contacto de Emergencia 5:</b> Nombre: _____	Domicilio: Calle _____ Ciudad _____	Género: M      F
Teléfono 1: _____	Teléfono 2: _____	Relación con el niño: _____

*En caso de una emergencia médica o de comunidad, el personal de SUU Head Start transportará a su niño si usted o nadie de su información de contacto puede ser contactado.*

**7. Autorización de Transporte:** Yo por la presente autorizo a las personas enlistadas arriba para recoger a mi niño.**X** \_\_\_\_\_**Firma de Padre / Guardián Legal**

\_\_\_\_\_

**Fecha****X** \_\_\_\_\_**Firma de Padre / Guardián Legal**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

**1. Nombre del Niño:**

First Name \_\_\_\_\_ Last Name \_\_\_\_\_

**2. Fecha de Nacimiento:** (mes/ día / año)**3. Número de adultos en casa:****4. Número de niños en casa:****5. El número de adultos que contribuyen a ingresos:****6. Ingresos anuales del adulto encargado****7. Ingresos anuales del adulto secundario**

Empleo (sin impuestos): \$

Empleo (sin impuestos): \$

Desempleo:

Desempleo:

Pensión :

Pensión :

Otro:

Otro:

Suma de Ingresos Anuales

Suma de Ingresos Anuales

\$

**8. Firma de Padres**

Yo certifico que la información en esta aplicación es correcta hasta lo mejor que conozco y está sujeta a verificación.

X

Guardián Legal

Fecha \_\_\_\_\_

X

Guardián Legal

Fecha \_\_\_\_\_

**Suma de ingresos anuales de la familia (sin impuestos): \$****9. Estatus de residencia** (marque todos los que aplican)

Sí  No ¿Vive la familia del niño con otros adultos, inclusive parientes, debido a luchas económicas?

Si la respuesta es sí, explica por favor \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Vive el niño en un refugio, hotel, motel, o falta residencia regular y fija? (violencia doméstica, emergencia, o envoltura de transición)

Si la respuesta es sí, explica por favor \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Vive el niño en un coche, en el parque, sitio de campar, o en lugar público?

Si la respuesta es sí, explica por favor \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Vive el niño en un lugar sin facilidades adecuadas? (Falta agua, electricidad, calentadora, etc.)

Si la respuesta es sí, explica por favor \_\_\_\_\_

**↓ PARA EL USO DE LOS EMPLEADOS ↓**

1. Date enrolled: \_\_\_\_\_ / Start Date: \_\_\_\_\_

2. Verify Eligibility. Check which category of eligibility this child falls into.

Income

- Below federal poverty guidelines
- 50% below federal poverty guidelines
- Between 100 - 130% federal poverty guidelines  
*(not more than 35% of enrolled children may fall into this category)*
- Over income (counted as part of 10% maximum for non-AI/AN programs)

SSI or TANF

Remarks \_\_\_\_\_

Homeless

\_\_\_\_\_

Foster Care / Kinship Care

\_\_\_\_\_

3. What documentation was used to determine eligibility?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Income Tax Form 1040                                 | <input type="checkbox"/> Written statements from employers |
| <input type="checkbox"/> W-2  | <input type="checkbox"/> Foster/Kinship care documentation |
| <input type="checkbox"/> TANF documentation                                   | <input type="checkbox"/> SSI Documentation                 |
| <input type="checkbox"/> Pay stub or pay envelopes                            | <input type="checkbox"/> Other                             |
| <input type="checkbox"/> Unemployment   | If other, explain: _____                                   |
| <input type="checkbox"/> Verification of No Income/Payment in Cash From _____ |  |

**Eligibility Determination Statement** I hereby do certify that the family is eligible to participate in the H.S. Program. I attest that I have examined the documents (checked) above and certify that the family is eligible in accordance with Head Start regulations and ERSEA policies.

4. Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

5. Staff Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_