



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.

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	Neumocócico 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
- Talónes 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)

Número de personas en la familia	Anual	Mensual	Semanal
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**

DATOS DEL NIÑO
1. Nombre del Niño:

Primer Primer Nombre

2do nombre

Apellido

2. Sobrenombre:
3. Fecha de Nacimiento:

/ /
MES DIA AÑO

4. Género:

M F

5. Teléfono de Casa:
6. Domicilio:

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

7. Dirección de Correo (si es diferente del domicilio particular):

P.O. Box o Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

8a. ¿Fue matriculado anteriormente el niño en Head Start, Early Head Start, Intervención temprana, o con el Distrito Escolar?
☐ SI ☐ NO

8b. ¿Si la respuesta es sí, cuantos años?
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

8b. ¿Cual asistió?
☐ Head Start ☐ Early Head Start
☐ Intervención temprana ☐ Distrito Escolar

9. Origen Etnico:
☐ Hispano / Latino
☐ No-Hispano / No-Latino

10. Raza (marque sólo uno):
☐ Indio Americano/Nativo de Alaska ☐ Asiático ☐ Africo-Americano ☐ Bi-racial/Multi-racial
☐ Otra Isla del Pacífico ☐ Blanco ☐ No Especificada ☐ Otro: _____

11. Idioma que se habla en casa:
Primario: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____
Secundario: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____

12. ¿Qué tan bien habla inglés el niño?
☐ Muy Bien ☐ No muy bien
☐ Bien ☐ No lo habla

13a. ¿Utiliza o necesita guardería para todo el año y/o todo el día?
☐ SI ☐ NO

13b. ¿Recibe guardería subsidiada?
☐ SI ☐ NO

13c. Lugar de cuidado principal cuando su niño no está en Head Start (marque sólo uno):
☐ Guardería Familiar ☐ Centro de Guardería o Aula ☐ Programa de pre-Kindergarten de Escuela Pública
☐ En casa ☐ Otra casa con un pariente o con alguien que no es de su familia ☐ Otro : _____

14. Tipo de Familia (marque sólo uno)
☐ Familia con dos padres ☐ Familia con un solo padre (madre sola) viviendo con un compañero/a
☐ Familia con un solo padre (madre sola) ☐ Familia con un solo padre (padre solo) viviendo con un compañero/a
☐ Familia con un solo padre (padre solo) ☐ Otro(s) Pariente(s)
☐ Familia temporal ☐ Otro tipo de familia : _____

15. Composición de la Familia

¿Es su familia una familia ensamblada (por ejemplo padrastro o madrastra)? ☐ SI ☐ NO

16. Escriba los nombres de todas las personas que viven en el hogar.
Número total de personas que viven en el hogar: _____

Miembro de casa #1

Edad

Relación con el niño

Miembro de casa #2

Edad

Relación con el niño

Miembro de casa #3

Edad

Relación con el niño

Miembro de casa #4

Edad

Relación con el niño

Miembro de casa #5

Edad

Relación con el niño

Miembro de casa #6

Edad

Relación con el niño

Miembro de casa #7

Edad

Relación con el niño

Miembro de casa #8

Edad

Relación con el niño

1. Nombre del Adulto Encargado:				
Primer Nombre		2do nombre		Apellido
2. Correo electrónico:	3. Fecha de Nacimiento: MES / DIA / AÑO	4. ¿Jefe de hogar? SI NO	5. Género: M F	6. ¿Es usted el guardián legal de este niño? SI NO
7. Teléfono de Casa:		8. Teléfono de Trabajo:		9. Teléfono Celular:
10. Domicilio Particular y Dirección de Correo: (si es diferente del niño):				
Calle		P.O. Box	Ciudad	Estado Código Postal
11. Origen Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano / No-Latino		12. Raza (marque sólo uno): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africo-Americano <input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No Especificada <input type="checkbox"/> Otro: _____		
13. Idioma que se habla en casa: Primario: Inglés Español Otro: _____ Secundario: Inglés Español Otro: _____		14. ¿Qué tan bien habla inglés? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No lo habla		15. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado. <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo
16. Ocupación Actual Primer Día: _____ <input type="checkbox"/> Trabajo Pagado: <input type="checkbox"/> Desempleado: <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Tiempo desempleado: ____meses <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa de trabajo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Programa de capacitación laboral: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Con pago <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Sin pago <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No puede trabajar debido a una discapacidad		17. Educación <input type="checkbox"/> Escuela de tiempo completa <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Menos de la preparatoria <input type="checkbox"/> Carrera técnica/negocios <input type="checkbox"/> Grado de universitario <input type="checkbox"/> Grado de título de asociado <input type="checkbox"/> Otro: _____ 18a. ¿Tenía usted menos de 17 años cuando nació el PRIMER niño en la familia? SI NO 18b. ¿Tenía usted más de 41 años cuando nació el ULTIMO niño en la familia? SI NO 19. Estatus militar ¿Es actualmente un miembro del Ejército del EEUU? SI NO		

DATOS DEMOGRAFICOS DEL ADULTO SECUNDARIA

1. Nombre del Adulto Secundario:				
Primer Nombre		2do nombre		Apellido
2. Correo electrónico:	3. Fecha de Nacimiento: MES / DIA / AÑO	4. ¿Jefe de hogar? SI NO	5. Género: M F	6. ¿Es usted el guardián legal de este niño? SI NO
7. Teléfono de Casa:		8. Teléfono de Trabajo:		9. Teléfono Celular:
10. Domicilio Particular y Dirección de Correo: (si es diferente del niño):				
Calle		P.O. Box	Ciudad	Estado Código Postal
11. Origen Etnico: <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano / No-Latino		12. Raza (marque sólo uno): <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Africo-Americano <input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> No Especificada <input type="checkbox"/> Otro: _____		
13. Idioma que se habla en casa: Primario: Inglés Español Otro: _____ Secundario: Inglés Español Otro: _____		14. ¿Qué tan bien habla inglés? <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No lo habla		15. Estado Civil: <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo
16. Ocupación Actual Primer Día: _____ <input type="checkbox"/> Trabajo Pagado: <input type="checkbox"/> Desempleado: <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Tiempo desempleado: ____meses <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa de trabajo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Programa de capacitación laboral: <input type="checkbox"/> Otro: <input type="checkbox"/> Con pago <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Sin pago <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No puede trabajar debido a una discapacidad		17. Educación <input type="checkbox"/> Escuela de tiempo completa <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Graduado de preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Menos de la preparatoria <input type="checkbox"/> Carrera técnica/negocios <input type="checkbox"/> Grado de universitario <input type="checkbox"/> Grado de título de asociado <input type="checkbox"/> Otro: _____ 18a. ¿Tenía usted menos de 17 años cuando nació el PRIMER niño en la familia? SI NO 18b. ¿Tenía usted más de 41 años cuando nació el ULTIMO niño en la familia? SI NO 19. Estatus militar ¿Es actualmente un miembro del Ejército del EEUU? SI NO		

1. Tipo de Vivienda (marque sólo uno) <input type="checkbox"/> Apartamento <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Refugio comunitario <input type="checkbox"/> Vivienda para migrantes <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Casa rodante / trailer <input type="checkbox"/> Cuarto de Hotel / Motel <input type="checkbox"/> Otro: _____	2. Arreglo de pago por vivienda (marque sólo uno) <input type="checkbox"/> Intercambio de servicios por vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda propia <input type="checkbox"/> No hace ningún pago por la vivienda <input type="checkbox"/> Vivienda de renta <input type="checkbox"/> Recibe subsidio para la vivienda <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--

3. Tiempo residiendo en el domicilio actual: <input type="checkbox"/> Menos de 6 meses <input type="checkbox"/> 6 – 12 meses <input type="checkbox"/> 1 – 2 años <input type="checkbox"/> 2+ años	4. ¿Cuántas veces se ha mudado en los últimos 12 meses?	
---	--	--

5. Tipo de servicios o asistencia financiera recibida (maque 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 sustancias, 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

Condiciones

☐ Mordeduras : _____

☐ Asma

☐ Comida : _____

☐ Diabetes

☐ Medicamentos : _____

☐ Convulsiones

☐ Otro : _____

☐ Otro : _____

3. ¿La condición está actualmente contralada / 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?

Contacto de Emergencia 1:		Domicilio:		Género:	
Nombre:		Calle		Ciudad	
Teléfono 1:		Teléfono 2:		Relación con el niño:	
Contacto de Emergencia 2:		Domicilio:		Género:	
Nombre:		Calle		Ciudad	
Teléfono 1:		Teléfono 2:		Relación con el niño:	
Contacto de Emergencia 3:		Domicilio:		Género:	
Nombre:		Calle		Ciudad	
Teléfono 1:		Teléfono 2:		Relación con el niño:	
Contacto de Emergencia 4:		Domicilio:		Género:	
Nombre:		Calle		Ciudad	
Teléfono 1:		Teléfono 2:		Relación con el niño:	
Contacto de Emergencia 5:		Domicilio:		Género:	
Nombre:		Calle		Ciudad	
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:				2. Fecha de Nacimiento: (mes/ día / año)			
First Name _____				Last Name _____			
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		\$	
Suma de ingresos anuales de la familia (sin impuestos):				\$			

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

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?

☐ Income Tax Form 1040

☐ Written statements from employers

☐ W-2

☐ Foster/Kinship care documentation

☐ TANF documentation

☐ SSI Documentation

☐ Pay stub or pay envelopes

☐ Other

☐ Unemployment

If other, explain: _____

☐ 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: _____