



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. **Todas las solicitudes deben ser recibidas en persona.** Solicitudes por fax o por correo electrónico no se aceptarán salvo en casos especiales. Por favor, consulte la página 2 para obtener una lista de los centros y números de teléfono. Si no puede regresar su solicitud en persona, o si estas entregándolo durante los meses de verano en los pueblos de Beaver, Delta, Fillmore, o Parowan, por favor llame al 1-800-796-6070 para obtener instrucciones sobre cómo devolver su aplicación

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

☐ **Certificado de nacimiento o Carta de DCFS**

☐ **Verificación de Ingresos**

Uno de los siguientes. Lo que mejor refleja los ingresos corrientes los ingresos.

- 1040 forma de impuestos
- W2s y 1099s
- Talones de cheques por 12 meses
- Carta del empleador indicando los ingresos mensuales, firmado y fechado por el empleador
- Forma DWS 630

☐ **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	3 PCV-13
-------	--------	---------	-------	---------	---------	---	----------

➤ *Las siguientes documentos también son necesarios si su familia los están recibiendo.*

- Desempleo
- Pensión
- Becas
- Beneficios de seguro social
- FEP (Programa de Empleo Familiar) - también conocido como TANF
- Otros tipos de ingresos

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 clases de Head Start se reúnen para un año escolar regular (de agosto a mayo), de lunes a jueves, cuatro (4) horas del día. Los niños reciben comidas y todos suministros educativos mientras en la clase . No hay costos para el programa de Head Start, pero se fomenta la participación de los padres en la educación de sus hijos porque se ha demostrado para ayudar a los niños a tener éxito.

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!

Preguntas más frecuentes

1. ¿Cómo puedo saber si soy elegible para Head Start?

Para ser elegible, los ingresos de la familia no debería exceder las cantidades de la guía federal de ingresos (se muestra a continuación). Se pueden hacer excepciones para los niños con discapacidades.

2. ¿Qué pasa si hago más que las cantidades que se muestran en la guía de ingresos ?

Todavía podemos llevar a su aplicación y todavía podemos considerar a su hijo/a para la inscripción. Sin embargo, tenemos que inscribir a las familias que reciben menos que las cantidades en la guía antes de inscribir a las familias que reciben más. Head Start no ofrece una opción de pago.

3. ¿Cuándo sabré si mi niño fue inscrito?

En general , las familias sabrán si han sido inscritos por el medio de julio o tres semanas después de que su solicitud ha sido recibida si aplicaron después de julio.

4. ¿Cuándo debo entregar mi solicitud?

Inmediatamente! No espere hasta julio o agosto para entregar su solicitud . La mayoría de los espacios ya no serán disponibles y su hijo/a puede ser puesto una lista de espera.

5. ¿Qué pasa si mi hijo no sabe cómo usar el inodoro?

Saber a utilizar el inodoro no es un requisito para la inscripción de Head Start . Sin embargo, los padres se les piden que ayuden a sus hijos cambiarse de ropa si él/ella tiene un accidente. Para obtener consejos sobre cómo entrenar a su hijo/a a usar el baño, por favor llame al 435-586-6070 para un folleto.

Centros de Head Start

Oficina central

2390 W Hwy 56 Ste 1

Cedar City, UT 84720

(435) 586-6070

Sin costo: 1-800-796-6070

Fax: (435) 586-5232

www.suu.edu/headstart

Beaver

510 N 560 E

Beaver, UT 84713

(435) 438-2281 x5121

Fillmore

555 W. 400 S.

Fillmore, UT 84631

(435) 743-6339

Cedar City

2390 W. Hwy 56 #1

Cedar City, UT 84720

(435) 585-6070

Hurricane Valley

706 N. 195 W.

La Verkin, UT 84745

(435) 635-5603

Delta

50 N 100 E

Delta, UT 84624

1-800-796-6070

Parowan

55 S. 300 E.

Parowan, UT 84761

(435) 477-1715

Enoch

4783 Wagonwheel Dr.

Enoch, UT 84721

(435) 865-6959

St. George

494 E. 900 S.

St. George, UT 84790

(435) 628-5641

2015-16 Guia de Ingresos (antes de impuestos)			
Número de personas en la familia	Anual	Mensual	Semanal
1	\$ 11,770.00	\$ 980.83	\$ 226.35
2	\$ 15,930.00	\$ 1,327.50	\$ 306.35
3	\$ 20,090.00	\$ 1,674.17	\$ 386.35
4	\$ 24,250.00	\$ 2,020.83	\$ 466.35
5	\$ 28,410.00	\$ 2,367.50	\$ 546.35
6	\$ 32,570.00	\$ 2,714.17	\$ 626.35
7	\$ 36,730.00	\$ 3,060.83	\$ 706.35
8	\$ 40,890.00	\$ 3,407.50	\$ 786.35
*Agregue \$4,160 para cada persona más que 8			

DATOS DEL NIÑO

1. Nombre del Niño:

Primer Primer Nombre

2ndo nombre

Apellido

2. Sobrenombre:

3. Fecha de Nacimiento:

/ /
MES DIA AÑO

4. Género:

M F

5. Teléfono principal de la familia:

6. Domicilio:

Calle

Número the trailer o apartamento

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:

☐ 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 padrastra 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:

☐ Hispano / Latino☐ No-Hispano / No-Latino

12. Raza:

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska☐ Otro Isla del Pacífico☐ Asiático☐ Blanco☐ Africo-Americano☐ No Especificada☐ Bi-racial/Multi-racial☐ Otro: _____

13. Idioma que se habla en casa:

Primario: Inglés Español Otro: _____

Secundario: Inglés Español Otro: _____

14. ¿Qué tan bien habla inglés?

☐ Muy bien☐ Bien☐ No muy bien☐ No lo habla

15. Estado Civil:

☐ Divorciado☐ Separado.☐ Casado☐ Soltero☐ Viudo

16. Ocupación Actual

Primer Día: _____

☐ Trabajo Pagado:☐ Jornada completa☐ Jornada parcial☐ Temporal☐ Desempleado:☐ Tiempo desempleado: ____ meses☐ Sin experiencia previa de trabajo☐ Programa de capacitación laboral:☐ Con pago☐ Sin pago☐ Otro:☐ Ama de casa☐ Retirado☐ No puede trabajar
debido a una discapacidad

17. Educación

☐ Escuela de tiempo completa☐ Graduado de preparatoria/GED☐ Carrera técnica/negocios☐ Grado de título de asociado☐ Algunos estudios universitarios☐ Menos de la preparatoria☐ Grado de universitario☐ 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 Secundaria:

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:

☐ Hispano / Latino☐ No-Hispano / No-Latino

12. Raza:

☐ Indio Americano/Nativo de Alaska☐ Otro Isla del Pacífico☐ Asiático☐ Blanco☐ Africo-Americano☐ No Especificada☐ Bi-racial/Multi-racial☐ Otro: _____

13. Idioma que se habla en casa:

Primario: Inglés Español Otro: _____

Secundario: Inglés Español Otro: _____

14. ¿Qué tan bien habla inglés?

☐ Muy bien☐ Bien☐ No muy bien☐ No lo habla

15. Estado Civil:

☐ Divorciado☐ Separado☐ Casado☐ Soltero☐ Viudo

16. Ocupación Actual

Primer Día: _____

☐ Trabajo Pagado:☐ Jornada completa☐ Jornada parcial☐ Temporal☐ Desempleado:☐ Tiempo desempleado: ____ meses☐ Sin experiencia previa de trabajo☐ Programa de capacitación laboral:☐ Con pago☐ Sin pago☐ Otro:☐ Ama de casa☐ Retirado☐ No puede trabajar
debido a una discapacidad

17. Educación

☐ Escuela de tiempo completa☐ Graduado de preparatoria/GED☐ Carrera técnica/negocios☐ Grado de título de asociado☐ Algunos estudios universitarios☐ Menos de la preparatoria☐ Grado de universitario☐ 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) ☐ 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 (maque todo lo que se aplique)

☐ Medicaid o CHIP	☐ Desempleo
☐ (TANF) Ayuda temporaria para familias	☐ (WIC) Mujeres, Bebés y Niños
☐ (SSI) Seguridad de ingreso suplementario	☐ (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 su hijo/a (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.

<u>X</u>		<u>X</u>	
Firma de Padre / Guardián Legal	Fecha	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.

<u>X</u>		<u>X</u>	
Firma de Padre / Guardián Legal	Fecha	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		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 _____			
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):			\$ _____				
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 _____							
10. Verificación de Terceros: Si indicó "sí" a cualquiera de las preguntas en la sección 9. Estatus de residencia arriba, o si de si utilizó la forma " Comprobación de pago en efectivo o no tener ingresos ", ¿puede SUU Head Start tener permiso para ponerse en contacto con la persona o entidad que pueda verificar su información? ☐ Sí (<i>Por favor complete la siguiente información</i>) ☐ No Firma de guardián legal: _____ Nombre de contacto: _____ Teléfono: _____ Afiliación (abuelo, refugio, etc.): _____							



PARA EL USO DE LOS EMPLEADOS



1. Date Accepted: _____ / Start Date: _____		
2. Verify Eligibility. Check which category of eligibility this child falls into.		
☐ Categorical ☐ Homeless ☐ Foster Care / Kinship Care	☐ Income ☐ Below federal poverty guidelines ☐ Public Assistance ☐ Between 100 - 130% federal poverty guidelines <i>(not more than 35% of enrolled children may fall into this category)</i>	☐ Over Income (<i>counted as part of 10% maximum</i>)
Remarks _____		
3. What documentation was used to determine eligibility?		
☐ Income Tax Forms: _____ ☐ W-2 and 1099 ☐ Pay stub or pay envelopes ☐ Written statements from employers ☐ DWS 630 ☐ Unemployment ☐ Child support documentation ☐ No Income/Payment in Cash From _____	☐ School grants and scholarships ☐ Foster/Kinship care documentation ☐ TANF documentation ☐ SSI documentation ☐ Third Party Verification ☐ Homeless based on information gathered from interview and application ☐ Other: _____	
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: _____		FCE Manager Verification: _____
5. Staff Name: _____ Title: _____		_____