

Little Dixie Head Start

Gracias por aplicar para el programa “Little Dixie Head Start.” Para procesar la aplicación del niño se requieren copias de:

comprobante de ingresos de todos los miembros de su hogar,
el certificado de nacimiento de su niño o registro del hospital donde nació el niño,
y una copia del registro de la inmunización (vacuna) actual.

Si el niño ha sido diagnosticado con alguna invalidez, nosotros debemos tener una copia de todos los informes disponibles, evaluaciones y el IEP para sujetar en esta aplicación la contratación para considerarle una prioridad basada en la invalidez diagnosticada.

Usted debe proveer prueba de ingreso de todos los miembros del hogar. Esto podría incluir talones de pago, tarjeta /carta de TANF, tarjeta / carta de SSI, comprobante de beca, carta de apoyo de niño, carta de ayuda financiera, seguro social, compensación de desempleo, beneficios de veteranos, compensación de obreros, pensión etc. Si el niño para quien usted esta aplicando esta en cuidado adoptivo a través de DHS se les pedirá una prueba de ingreso.

Adjunto a esta aplicación se incluye un sobre prepagado con la dirección de la oficina central:

Little Dixie Head Start
209 North 4th Street
Hugo OK, 74743

para que usted envíe los documentos.

La aceptación en este programa de “Head Start” es determinada por prioridad basada en un sistema de puntuación. Usted será notificado por correo si su niño es aceptado o se pondrá en una lista de espera.

Gracias por su interés en nuestro programa de “Head Start”

	<u>Sospecha</u>	<u>Identificación</u>	<u>Fecha</u>	<u>Evaluada por</u>
Síndrome de Down	_____	_____	_____	_____
Severidad: _____				
Impedimento ortopédico	_____	_____	_____	_____
Impedimento del habla/ lengua	_____	_____	_____	_____
Lesión traumática cerebral	_____	_____	_____	_____
Impedimento Visual	_____	_____	_____	_____
Severidad: _____				
Parálisis cerebral	_____	_____	_____	_____
Severidad: _____				

¿Se ha matriculado previamente en “Head Start” o en otro programa de desarrollo infantil?
 Si_____ No_____

Si la respuesta es sí, especifique los programa(s) y fecha(s) de asistencia.

_____ Head Start de temprana edad	De _____/_____/_____ A _____/_____/_____
_____ Head Start en casa	De _____/_____/_____ A _____/_____/_____
_____ Head Start en un Centro	De _____/_____/_____ A _____/_____/_____
_____ Otros: Especifique	De _____/_____/_____ A _____/_____/_____

Nombre del adulto principal de apoyo: _____
 Primer Nombre Segundo Nombre
 Relación con el niño: _____

Fecha de nacimiento: ____/____/_____
 mes día año

Número de Seguro Social del adulto principal de apoyo _____-_____-_____

¿A cuál Centro de Dixie Head Start quiere asistir? _____

Enumere a todos los miembros de la casa y su relación con el niño. Usted puede incluir una hoja adicional si es necesario.

_____	_____	_____
Padre	Fecha de Nacimiento	# Seguro Social

_____	_____	_____
Madre	Fecha de Nacimiento	# Seguro Social

_____	_____	_____
Miembro de Familia	Relación con el niño	Fecha de Nacimiento

_____	_____	_____
Miembro de Familia	Relación con el niño	Fecha de Nacimiento

_____	_____	_____
Miembro de Familia	Relación con el niño	Fecha de Nacimiento

¿Cómo supo del programa Head Start? _____

¿Cuál de los siguientes describe mejor la familia del niño?

- _____ Familia de Guía
- _____ Otro pariente:
- _____ Padre Soltero
- _____ Padre Soltero (viviendo con una pareja)
- _____ Madre Soltera
- _____ Madre Soltera (viviendo con una pareja)
- _____ Ambos padres de familia

¿Cuántos adultos hay en su familia? _____ Adultos

¿Cuántos niños hay en la familia? _____ Niños

¿Cuál es la ganancia anual en su familia? \$ _____

Basado en la verificación de los ingresos que ha incluido. _____

Muchas familias reciben servicios o asistencia financieras de uno o más programas o agencias. ¿Su familia recibe cualquiera de los siguientes tipos de servicios o asistencia financiera?

- _____ Asistencia Financiera Médica
- Si es así, número de Medicaid incluyendo su código personal: _____
- _____ Estampillas de Comida
- _____ Asistencia Pública de Domicilio
- _____ WIC
- _____ EPSDT
- _____ Seguro Suplemental de Ingresos
- _____ Sostenimiento del Niño
- _____ Cuidado de Guía / Ayuda de Adopción
- _____ Título XX Asistencia de Cuidado Diario
- _____ Asegurancia de Desempleo
- _____ Otros: Especifique _____

Yo certifico que la información esta correcta.

Firma: _____ Fecha: ____/____/____
Padre o Guardián mes día ano

PARA EL USO DE LA AGENCIA

Fecha de Verificación: _____ Recursos: _____

_____ 1040 Declaración de impuestos Fecha de Nacimiento _____

_____ 1040 A Declaración de impuestos Edad desde el primero de septiembre _____

_____ W2 Declaración de empleo _____ Necesidades Especiales

_____ Talones de Pago

_____ Declaración de Impuestos _____ Registro de Inmunización

_____ Cuidado de _____ Forma de Asistencia Publica _____ Sí

_____ Guía _____ Desempleo _____ No

_____ SSI

Firma de Oficina: _____ Fecha: ____/____/____

Especialista de Servicios Sociales