

Referral



2021-2022

# Programas Early Head Start y Head Start Solicitud de Inscripción



Al servicio de los Condados de Scott, Carver y Dakota  
**ENVIAR A:** 2496 145th St W, Rosemount, MN 55068  
Teléfono: 651-322-3500/Fax: 651-322-3555  
Correo electrónico (Email): headstart@capagency.org

Escriba toda la información **con letra de imprenta** y en forma clara, y complete los datos para todos los miembros de la familia.

Programa (marque una opción):  Head Start – Edades de 3 a 5 años (debe tener 3 años para el 1º de sept.)  
 Early Head Start – Edad prenatal hasta 3 años (progr. de visitas al hogar)

**\*\*\*Padre/tutor(a) debe de disponer transportación\*\*\***

Ubicación(es) preferente(s):  Farmington  Apple Valley  Savage  
 W.St.Paul  Eagan  Chaska  
 Inver Grove Heights  Rosemount  Shakopee

Número de personas en el hogar \_\_\_\_\_

¿Alguien en la casa está embarazada? Si / No      ¿Cuál es la fecha de vencimiento? \_\_\_\_\_

### Información de padres/tutores para Miembro de Familia 01: Jefe(a) de Hogar (HOH)

<hr/>	<hr/>	<hr/>
Primer/Legal nombre del padre/madre/tutor(a)	Segundo nombre	Apellido(s)
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Dirección	Ciudad	Condado
<hr/>	<hr/>	<hr/>
Cód. Postal (Zip)	<hr/>	<hr/>
<input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Texto	<input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Texto	<input type="checkbox"/> Cel <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Texto
Correo electrónico (Email): _____		

Fecha de nacimiento: _____	Sexo: MASCULINO FEMENINO	Con discapacidad    SÍ    NO
Hispano            SÍ    NO	Nivel educativo: _____	Empleado: SI o NO - ¿Tiempo parcial o completo?
¿Habla inglés?    SÍ    NO	Idioma maternal: _____	Padres en la escuela o la formulación: SÍ o NO-
¿Necesita intérprete?    SÍ    NO		¿Tiempo completo o parcial? (circula las respuestas aplicables)
Usted es el tutor legal del niño de Head Start:    SÍ    NO		
Raza (marque todas las que correspondan)		Miembro del Militar de los EEUU:    SÍ    NO
		Veterano:                                    SÍ    NO
<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Otro		

- Situación de vivienda** - Por favor, marque lo que corresponda:
- A.  Vivienda alquilada, propia o **compartida por elección**
  - B.  Viviendo temporalmente con un familiar o amigo debido a pérdida de la vivienda, dificultades económicas u otra razón similar
  - C.  Subsidiada (Sección 8, HUD, CDA, Asistencia para alquiler)
  - D.  En riesgo de quedar sin hogar
  - E.  Sin hogar
  - F.  Con alojamiento en refugio/hogar de emergencia o transitorio
  - G.  Viviendo en motel/campamento/vehículo porque no puedo costear una vivienda o encontrar una vivienda que pueda pagar
  - H.  Otra: \_\_\_\_\_

**Tipo de familia:**

Familia de uno padres       Familia de dos padres       Padre(s) por adopción temporal\*\* Condado: \_\_\_\_\_

(\*\*Si usted es padre por adopción temporal, tiene que incluir una copia del documento judicial/legal para poder verificar su elegibilidad)

**COMPLETE LOS DATOS PARA TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVAN EN EL HOGAR DEL NIÑO PARA EL CUAL SE SOLICITA LA INSCRIPCIÓN EN HEAD START. INCLUYA TAMBIÉN AL NIÑO.**

**Información del segundo padre / guardián para Miembro de la familia 02**

<b>Nombre:</b>	<b>Apellido:</b>	<b>Miembro del Militar de los EEUU:</b> Sí / No		
		<b>Veterano:</b> Sí / No		
<b>Relación al cabeza de familia:</b>	<b>Genero (circula uno):</b> Masculino    Femenino	<b>Día de nacimiento:</b>	<b>Discapacidad (circula uno):</b> Si    No	<b>Raza:</b>
<b>Nivel de educación:</b>	<b>Empleado:</b> Si / No ¿Tiempo completo o parcial?	<b>Padres en la escuela o la formación:</b> Si / No ¿Tiempo completo o parcial? (circula uno)		
<b>Correo electrónico (Email):</b> _____		<b>Teléfono:</b> _____		

**Miembro de la familia 03**

<b>Nombre:</b>	<b>Segundo:</b>	<b>Apellido:</b>	
<b>Relación al cabeza de familia:</b>	<b>Genero (circula uno):</b> Masculino    Femenino	<b>Día de nacimiento:</b>	<b>Discapacidad (circula uno):</b> Si    No
<b>Nivel de educación:</b>	<b>Raza:</b>		

**Miembro de la familia 04**

<b>Nombre:</b>	<b>Segundo:</b>	<b>Apellido:</b>	
<b>Relación al cabeza de familia:</b>	<b>Genero (circula uno):</b> Masculino    Femenino	<b>Día de nacimiento:</b>	<b>Discapacidad (circula uno):</b> Si    No
<b>Nivel de educación:</b>	<b>Raza:</b>		

**Miembro de la familia 05**

<b>Nombre:</b>	<b>Segundo:</b>	<b>Apellido:</b>	
<b>Relación al cabeza de familia:</b>	<b>Genero (circula uno):</b> Masculino    Femenino	<b>Día de nacimiento:</b>	<b>Discapacidad (circula uno):</b> Si    No
<b>Nivel de educación:</b>	<b>Raza:</b>		

**Miembro de la familia 06**

<b>Nombre:</b>	<b>Segundo:</b>	<b>Apellido:</b>	
<b>Relación al cabeza de familia:</b>	<b>Genero (circula uno):</b> Masculino    Femenino	<b>Día de nacimiento:</b>	<b>Discapacidad (circula uno):</b> Si    No
<b>Nivel de educación:</b>	<b>Raza:</b>		

\*Adjunte otra hoja para miembros adicionales de la familia.



\*\*\*Usted debe llenar una copia de esta página para cada niño al que desee inscribir en el programa\*\*\*

**Nombre legal del niño o madre embarazada para ser inscrito:**

\_\_\_\_\_

<b>Primer nombre</b>	<b>Segundo nombre</b>	<b>Apellido(s)</b>
----------------------	-----------------------	--------------------

¿Se le conoce a su niño por algún otro nombre? Sí/No Indique los otros nombres: \_\_\_\_\_

**Nacimiento/fecha de nacimiento del niño:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Femenino/Masculino (marque con un círculo)

Mes                  Día                  Año

**Clínica primaria y ciudad:** \_\_\_\_\_ **Dentista primario y ciudad:** \_\_\_\_\_

¿Ha recibido el niño alguno de los siguientes diagnósticos médicos en alguna oportunidad?

- Reacción alérgica
- Alergia a ciertos alimentos
- Asma u otros problemas de las vías respiratorias superiores

Especifique alergias/enfermedades: \_\_\_\_\_

Indique los medicamentos que esté tomando actualmente el niño: \_\_\_\_\_

\*¿Su hijo ha sido identificado como discapacitado? Sí / No ¿En cuál distrito escolar, y cuál es la discapacidad? \_\_\_\_\_

\*Head Start acepta a niños con necesidades especiales y/o alteraciones de la salud

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo o el comportamiento de su hijo(a)? Sí / No Explique \_\_\_\_\_

¿Ya ha participado su familia en el programa Head Start? Sí / No Si la respuesta es "Sí", ¿cuándo? \_\_\_\_\_  
¿en qué condado? \_\_\_\_\_

¿Su hijo(a) ha tenido una Evaluación de la Primera Infancia en MN? Sí / No ¿En cual distrito escolar? \_\_\_\_\_

**Nota: No hay transporte escolar: los padres/tutores deben traer a los niños y retirarlos**

He leído y entendido completamente lo anterior. Confirmando que, a mi mejor saber y entender, todas las respuestas dadas son verdaderas y completas. **También estoy de acuerdo que notificare a Head Start si hay algún cambio en mi información o si ya no es correcta, ya que la falta de no hacerlo, podría retrasar la inscripción de mi hijo/a.** Se mantendrá la confidencialidad de toda la información.

**Firma del padre/madre/tutor(a):** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_  
*(La firma y la fecha son necesarias)*

**\*\*El personal de Head Start llevará a cabo una entrevista en persona o por teléfono con cada familia\*\***

**\*\*Que por favor proporcione una copia del certificado de nacimiento de su hijo\*\***

¿Como supo de nosotros?  Familia/Amigo/Vecino  Medios Sociales/CAP Agency Website  Servicios Sociales  
 Distrito Escolar  Otro: \_\_\_\_\_

**Envíe la solicitud, certificado de nacimiento, y todos los documentos de ingreso a:**  
**CAP Agency, 2496 145<sup>th</sup> St. W., Rosemount, MN 55068 -o- headstart@capagency.org**

Si necesita ayuda para completar esta solicitud:  
Llamar al 651-322-3500.

*Las personas con discapacidad auditiva pueden usar el MN Relay Service  
(Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones de Minnesota): 1-800-627-3529.*

