



"Preparing each child for success and inspiring each family to reach their full potential."

Proporcionando Servicios de Calidad y Aprendizaje Temprano a los Niños y Familias del Condado de Freeborn

CCRR Head Start de Freeborn County

- **Si su hijo tiene cumplidos 3 o 4 años para el 1 de Septiembre del 2009.**
- **Si el nivel de ingreso económico familiar cumple con los requisitos y es residente del condado Freeborn.**

HEAD START es un programa de familia en los condados de Olmsted y Freeborn. Los niños asisten a la escuela 4 días por semana por 3 horas y media al día. Un día de actividad de padres e hijos se programa cada mes. Un mínimo de 7 visitas a la familia por parte del personal de Head Start se planean cada año.

- Servicios disponibles para niños con necesidades especiales.
- Servicio de Autobús disponible.
- Educación para padres e hijos.
- Oportunidades para la participación de los padres en la escuela.
- Ayuda a las familias con necesidades especiales.
- La escogencia se hará de acuerdo a las necesidades del niño y de la familia, decisión de los padres y la disponibilidad de cupos.

Haremos lo posible por matricular a su hijo en Head Start. Sin embargo, los fondos y los cupos son limitados así que no podemos garantizar que su hijo sea inscrito. Los cupos son asignados de acuerdo a las necesidades del niño y de la familia, la decisión de los padres y los cupos disponibles.

Si necesita mas Informacion en Español, porfavor comuniquese al tel. 1-800-462-1660 ext. 1332

Con gusto le atenderemos

"Asegurando un comienzo positivo para los niños en sus primeros años y sus familias."



Child Care Resource & Referral, Inc. Es una empresa que ofrece igualdad de oportunidades

2009/2010

Child Care Resource & Referral, Inc.
Aplicación de Head Start para el condado de Freeborn 2009-2010

POR FAVOR LLENE LA APLICACION COMPLETAMENTE, FAVOR DE ESCRIBIR CLARAMENTE. Si usted necesita ayuda para llenar esta aplicación, por favor llame al TEL. (507) 379-5159, o 1-800-462-1660 y pregunte por la extensión 221.

Necesita usted un interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No					
Primer Nombre del Niño (a)		Apellido (s) del Niño (a)		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento ____/____/____ mes día año
Dirección Domiciliar		# de Apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal
Raza (marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Caribeño				For Office Use Only: Ethnicity _____	
El Niño (a) vive con (<i>marque solamente uno</i>): <input type="checkbox"/> Ambos Padres <input type="checkbox"/> Madre Solamente <input type="checkbox"/> Padre Solamente <input type="checkbox"/> 50% con la Madre—50% con el Padre <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Hogar Temporal <input type="checkbox"/> Abuelos <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Otro (<i>explique</i>) _____					
Primer Nombre del Padre o Guardián		Apellido del Padre o Guardián		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento ____/____/____ mes día año
Relación con el Niño (a) (<i>maque solamente Uno</i>): <input type="checkbox"/> Padre Biológico <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Padre Temporal <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Otro (<i>explique</i>) _____					
Dirección (<i>solamente si es distinta a la del niño (a)</i>)		# de Apt.	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de correo Electrónico:					
TEL. de Casa (____) _____ - _____ TEL. Celular (____) _____ - _____ TEL. Alterno (____) _____ - _____					
Situación Laboral (<i>por favor marque todos los que aplican</i>): <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas por semana o mas) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Entreno o Asiste a la Escuela <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado o Incapacitado <input type="checkbox"/> Padre de Casa					
Nombre del Empleador(es) _____ # TEL. Trabajo _____					
Raza (marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Caribeño				For Office Use Only: Ethnicity _____ Education _____	
Primer Nombre de la Madre o Tutor		Apellido de la Madre o Tutor		Sexo M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento ____/____/____ mes día año
Relación con el Niño (a) (<i>maque solamente Uno</i>): <input type="checkbox"/> Madre Biológica <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Madre Temporal <input type="checkbox"/> Guardián Legal <input type="checkbox"/> Abuelo <input type="checkbox"/> Tía/Tío <input type="checkbox"/> Otro (<i>explique</i>) _____					
Dirección (<i>solamente si es distinta a la del niño (a)</i>)		# de Apt.	Ciudad	Estado	Código Postal
Dirección de correo Electrónico:					
TEL de Casa (____) _____ - _____ TEL. Celular (____) _____ - _____ TEL. Alterno (____) _____ - _____					
Situación Laboral (<i>por favor marque todos los que aplican</i>): <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 horas por semana o mas) <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Entreno o Asiste a la Escuela <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilado o Incapacitado <input type="checkbox"/> Ama de Casa					
Nombre del Empleador(es) _____ # TEL. Trabajo _____					
Raza (marque todos los que apliquen): <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afro americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o Caribeño				For Office Use Only: Ethnicity _____ Education _____	

Cual es el lenguaje que mas se habla en su casa (marque solamente uno):
 Español Ingles Indígena Caribeño o Garífuna
 Vasco Latín Francés Portugués
 Otro (por favor especifique): _____

Estado Civil: Casado (a) (s) Casado (a) (s), pero vivo separado (s) Soltero Soltero (a) pero vivo en Pareja Divorciado (a) o Viudo (a)

Quien tiene custodia legal del niño (a) _____

Esta la madre embarazada Si No Si es afirmativo, cuando nacerá: _____

Su hijo (a) tiene seguro medico Si No —————> Y Seguro Dental Si No
 Si es afirmativo, que clase de seguro Asistencia Medica Minnesota Care Otro (especifique) _____

Usted o el medico de su niño (a) tiene alguna duda acerca de la audición, la visión, el habla, el lenguaje, el desarrollo o el comportamiento de su hijo (a) Si No
 De ser afirmativo que tipo de Preocupaciones _____

Tiene su niño (a) un IEP (Plan Individual Educativo) con el distrito Escolar Si No

LISTA DE TODOS LOS OTROS ADULTOS Y NIÑOS QUE VIVEN EN SU DOMICILIO.
USE EL NÚMERO DE CÓDIGOS EN LA PARTE INFERIOR DE LA PAGINA PARA EXPLICAR COMO CADA PERSONA QUE FIGURA
 Está relacionada con el niño solicitante. Si una persona no está relacionada, utilice el código 13-NO RELACIONADAS

Primer Nombre	Apellido (s)	Relación con el niño (a) solicitante (utilicé los números de código de la parte de abajo de la pagina como referencia)	Fecha de Nacimiento	Sexo
1			mes / día / año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
2			mes / día / año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3			mes / día / año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
4			mes / día / año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
5			mes / día / año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
6			mes / día / año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
7			mes / día / año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
8			mes / día / año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
9			mes / día / año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
10			mes / día / año	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>

Number Codes			
Relación con el niño (a) solicitante 1—Hermano 2—Medio Hermano 3—Hermanastro	4—Hermana 5—Media Hermana 6—Hermanastra 7—Tia	8—Tio 9—Primo 10—Abuelo (a) 11—Sobrina	12—Sobrino 13—No existe relación Otro—por favor explique:

ELEGIBILIDAD DE ACUERDO A LOS INGRESOS

Verificamos el total de ingresos bruto anual de su familia en la cita de admisión, para determinar la elegibilidad de su hijo para Head Start o la preparación para la escuela (School Readiness). Si usted no tiene ingresos, por favor informe al entrevistador su situación en la primera cita. **NOTA:** la definición de la familia y la manera de demostrar los ingresos está escrito en la parte inferior de la página.

Su familia recibe asistencia publica Si No → *Si la respuesta es "SI", por favor marque con una "X" **TODO** lo que corresponda.*
 Usted o su Familia recibe **SSI** Asistencia para Cuidado de Niños (**CCA**) del Condado **WIC**
 MFIP/De otro Estado **TANF** Beneficios/**DWP** Fondos Emergencia o Asistencia General (**GA**)

Algunos de los siguientes datos corresponden a los ingresos de su familia Si No *Si la respuesta es "SI", por favor marque con una "X" **TODO** lo que corresponda.*
 Salarios/Sueldos/Ingresos procedentes de empleo Manutención Infantil (Child Support)
 Empleado por su propia cuenta Ayuda para la escuela (Subvenciones, Becas, etc. NO prestamos)
 Compensación Laboral Beneficios del Seguro Social (Jubilación/Discapacidad/Sobreviviente)
 Beneficios de Veteranos Compensación por Desempleo
 Aporte económico de alguien que no vive en casa Mantenimiento Conyugal o Pensión Alimenticia
 Jubilación/Pensiones Otra forma de ingresos (*por favor explique*) _____

¿Cuál es el ingreso bruto anual de su familia antes de impuestos y deducciones? \$ _____

Ha habido un cambio significativo en los ingresos de su familia en los últimos 12 meses Si No *"SI" por favor explique*

IMPORTANTE: NOSOTROS PODEMOS ASISTIR CON LA VERIFICACION DE MFIP, DWP, CCA, Y ORDENES DE CORTE ASI COMO CHILD SUPPORT. PRUEBAS DE TODOS LOS OTROS INGRESOS ES REQUERIDO CON SU SOLICITUD.

Le ayudo alguien a llenar esta solicitud Si No → *Si la respuesta es "SI", por favor responda a lo siguiente:*

Nombre de la persona que le ayudo: _____ TEL.(_____)_____-_____

Relación con el Padre/Guardián: _____ (ejemplo, amigo, Trabajador Social, hermano, vecino, hija, etc.)

Podemos contactar a esta persona con referencia a esta solicitud Si No

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. La Agencia puede verificar la información. He leído y retirado mi copia de los derechos de privacidad de datos de solicitantes de Cuidado de Niños de Recursos y Referencias (CCR) de Programas de Aprendizaje Temprano para mantenerlo en mis archivos. **Coloque su nombre, firma y fecha en la parte de abajo.**

Nombre del Padre/Guardián _____

*Por favor **IMPRIMA** su nombre claramente en esta línea*

*Por favor **FIRME** en esta línea*

FECHA

Envíe o Lleve esta solicitud así como prueba de ingresos a:

Child Care Resource & Referral, Inc., 126 Woodlake DR SE, Rochester MN 55904-5533

507-287-2009 * 1-800-462-1660 * Fax 507-287-2411

Gracias por su interés en Head Start.

Child Care Resource & Referral, Inc., es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Definición de Familia: Todas las personas en el mismo hogar que son: (1) Apoyados por los ingresos del padre (s) o tutor (es) del niño (a) que este solicitando el programa y/o (2) relacionadas con el padre por sangre, matrimonio o adopción.

La mejor prueba de ingreso a presentar es una copia de las páginas 1 y 2 de la declaración jurada 2008 de impuestos. Formulario 1040. Si usted trabaja por cuenta propia presentar las páginas 1 y 2 de su declaración de impuestos junto con la Lista C. Otras formas de verificar los ingresos incluyen: **El Empleo**-(1) presentar todos los Formularios W-2 del 2008, o (2) una declaración escrita o impresa de su empleador (s), o (3) 2 talones de pago que reflejen el promedio de los salarios, **beneficios del Seguro Social, Compensación al Trabajador, Beneficios de Veteranos, el desempleo, SSI o beneficios similares**, o bien, enviar una carta oficial o copia de un talón de cheque que muestra su nombre, el nombre del organismo de financiación, y la fecha de recepción.

POR FAVOR GUARDE ESTA HOJA PARA SU INFORMACION.

DERECHOS DE PRIVACIDAD DE DATOS DE LOS SOLICITANTES. CHILD CARE RESOURCE & REFERRAL, INC.

DERECHO A QUE LA INFORMACIÓN SOBRE USTED SE MANTENGA PRIVADA (DE PRIVACIDAD DE DATOS)

La mayoría de la información que recopilamos sobre usted será clasificada como privada. Esto significa que la recopilación de datos puede ser vista por usted y la agencia, mientras que otros no podrán. En ocasiones, las estadísticas y otros datos anónimos se tomará de la información que recogemos sobre usted o su familia. Esto es público y abierto a cualquier persona, pero no le identifica de ninguna manera. En algunos casos, la información que recogemos se clasifica como confidencial. Los datos confidenciales no están abiertos a cualquier persona (incluyéndolo a usted mismo), excepto los organismos gubernamentales que lo necesiten. Los datos en esta categoría se refieren a investigación civil o penal, algunos datos médicos, y los nombres de las personas que denuncian abuso vulnerable tanto para niños como adultos.

Propósito de la información

La información que se le pide que proporcione será utilizada para determinar la elegibilidad del programa, para coordinar los servicios entre los programas, para verificar el programa de servicios prestados, y que nos proporcione una lista de correo. Esta lista se utilizará para actualizar sus datos sobre los próximos programas y cambios de programa y para informarle de la elegibilidad para programas de Atención a la Infancia de Recursos y Referencias, Inc. (CCRR). Sólo el personal de CCRR y las fuente de financiamiento y los empleados cuyos trabajos requieren el acceso a esta información, así como los auditores Federales o Estatales, pueden tener acceso a su información.

Si usted está inscrito en un programa de CCRR y desea recibir los servicios de otro programa, la información de la familia que necesita servicios así como la elegibilidad de ingresos necesarios puede ser compartida.

Si usted está inscrito en 2 o más programas de CCRR, los datos pueden ser compartidos y esto podría cambiar el estado de su elegibilidad.

- ◆ Usted no está legalmente obligado a proporcionar la información y puede negarse a hacerlo.
- ◆ Si decide dar la información, se utilizará para los fines enumerados más arriba.
- ◆ Si decide no dar información, probablemente no podrá recibir los servicios que está solicitando.

DERECHO DE ACCESO A SUS ARCHIVOS

Acceso a su información. Puede ver todos los registros públicos y privados sobre usted y sus hijos. Para ver su archivo, llame a la agencia de Atención a la Infancia de Recursos y Referencias (CCRR) durante horas laborales, debe hacer una solicitud de revisión de sus archivos y esperar un periodo de cinco días hábiles para que nosotros nos pongamos en contacto con el programa el cual usted está recibiendo servicios. La revisión de dicho archivo se llevará a cabo en la oficina principal durante horas de trabajo.

Acceso a travez de la agencia. Los empleados de esta agencia tendrán acceso a su información en cualquier momento su trabajo lo requiera. Por ley, algunos organismos de gobierno y especialistas en ayuda también tendrán acceso a cierta información acerca de usted si ellos le están brindando algún tipo de servicio o si ofrecen un servicio a esta agencia que le afecta y que requiere el acceso a sus registros. Pueden incluir desde servicios con los distritos escolares, la salud pública, servicios sociales y asistencia financiera.