

Proporcionando Servicios de Calidad y Aprendizaje Temprano Para Niños y Familias del Condado de Olmsted



Head Start

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

- **Si su hijo tiene de 3 o 4 años antes del 1 de septiembre 2009**
- **Y sus ingresos le califican y además Vive en el Condado de Olmsted**

Head Start es un programa para la familia centrada en el desarrollo del niño en el condado de Olmsted y Freeborn.

- Servicios disponibles para niños con necesidades especiales
- Transporte puede ser disponible
- La educación para los niños y padres
- Oportunidades para la participación de los padres
- Asistencia para ayudar a satisfacer las necesidades de las familias

Opciones del Programa Head Start *

- **Programa de Centro a Tiempo Completo**
Lunes – Jueves en el Centro Head Start, 3 ½ horas por día; mínimo de 7 visitas a su hogar por año.
- **Programa Combinado**
Lunes/Miércoles o Martes/Jueves 3½ horas por día; dos visitas a su hogar por mes.
- **Community Partnerships**
 - 1) **Centro de Cuidado de Niños:** Las asociaciones con el Jardín de la Liga Cívica SE y NW Kindercare; uno todo el día, 5 días a la semana, opción anual para las familias elegibles para un subsidio de cuidado de niños, 9 visitas domiciliarias al año.
 - 2) **Mano en Mano/Even Start:** Lunes – Jueves 9:30-2:30 ya sea en el Centro de Educación Hawthorn o la Primaria Riverside. Experiencias de clase para el niño y la alfabetización de adultos y la educación para los padres. 9 visitas domiciliarias al año.
 - 3) **ECSE Asociaciones de la escuela pública:** de lunes a jueves en la escuela Harriet Bishop o Sunset Terrace. Los niños son elegidos para esta opción basada en la proximidad, pero cualquier niño puede ser registrado si su padre (s) puede transportar a los niños a la escuela. Esta opción sigue el calendario escolar público, 9 visitas domiciliarias al año.
**(Todas las opciones incluyen 1 día de actividades para padres/hijos o una reunión de padres de familia al mes.)*



School Readiness

"Preparing Families and Children for School Success"

La preparación escolar es un continuo de servicios que ofrecen a los niños de 3 años hasta Kinder que estén inscriptos, la oportunidad de participar en los programas de primera infancia, así como servicios que les permitan entrar en la escuela con las habilidades, el apoyo y el comportamiento necesarios para el progreso y florecimiento. Preparación para la escuela coincide con una amplia variedad de servicios con las necesidades de los niños participantes. Familias identificadas con mayores necesidades reciben la más intensa y extensa gama de servicios.

Escuela de Preparación personal trabajará con las familias para desarrollar un plan individualizado para cada niño que puede incluir todos o algunos de los siguientes servicios:

- Experiencias de aprendizaje para niños en edad preescolar.
- Orientación a los Padres de Familia.
- Apoyo y educación a los padres de familia.
- Visitas domiciliarias durante el año escolar.
- Servicio de referencias y a su vez para programas de salud.
- Participación de los padres, eventos familiares con actividades.
- Información de Kindergarten.
- Consulta con los padres y profesores.
- Becas preescolares para los niños que asistirán a la escuela preescolar.

Para ser elegible para una beca preescolar:
- Los niños deben tener de 3 a 4 años antes del 1 de septiembre de 2009
- Las familias deben ser elegibles por razones de ingresos y vivir en el Condado de Olmsted

Haremos nuestro mejor esfuerzo para inscribir a su niño en Head Start o la preparación para la escuela (School Readiness). **Sin embargo, la financiación y el espacio es limitado por lo que no se puede garantizar la inscripción de todos los solicitantes. Las colocaciones se hacen de acuerdo con las necesidades del niño y la familia, así como la elección de los padres de familia, y disponibilidad en los salones de clase.**



"Asegurando inicios positivos para todos los niños pequeños y sus familias".

Child Care Resource and Referral, Inc. Es un empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar este formulario por favor llame al 287-2009 y pregunte por la extensión 221. Si prefiere hablar con un interprete de idioma español por favor llame al 421-2202 ó al 1-800-462-1660 extensión 1332. Si nadie le responde deje el mensaje con su nombre, la ciudad donde vive y su número de teléfono. Nosotros le devolveremos la llamada tan pronto como nos sea posible.

Child Care Resource & Referral, Inc.
Aplicación de Head Start/School Readiness para el condado de Olmsted 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) 287-2009, o 1-800-462-1660 y pregunte por la extensión 221.

Mi Solicitud es para: <input type="checkbox"/> Head Start <input type="checkbox"/> School Readiness <input type="checkbox"/> Ambos			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 (CCRR) 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 y/o School Readiness

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 través 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.