

Proporcionando Aprendizaje Temprano con Servicios de Calidad en los Condados de Olmsted y Freeborn



Early Head Start

- Disponible para Mujeres Embarazadas o niños menores de 3 años de edad
- Y si usted vive en la ciudad de Albert Lea o en el condado de Olmsted
- Programa que dura todo el año
- Visitas a domicilio (# depende de la opción de programa)
- Socializaciones para Padres e Hijos
- Revisiones de Salud del Niño
- Desarrollo de la Educación Infantil
- Apoyo a la Familia
- Servicios disponibles a niños con necesidades especiales
- Servicio de transporte podría estar disponible
- Varias opciones del programa están disponibles



Head Start

- Para niños elegibles de 3 y/o 4 años de edad cumplidos al 1 de septiembre 2010
- Y si usted vive en los condados de Olmsted o Freeborn
- El programa se lleva a cabo de Septiembre a Mayo
- Visitas a domicilio (# depende de la opción de programa)
- Día de Actividades para Padres e Hijos
- Revisiones de Salud del Niño
- Desarrollo de la Educación Infantil
- Apoyo a la Familia
- Servicios disponibles a niños con necesidades especiales
- Servicio de transporte podría estar disponible
- Varias opciones del programa están disponibles



School Readiness

"Preparando a las Familias y Niños para el éxito escolar"

- Para niños de 3 y/o 4 años de edad cumplidos al 1 de septiembre 2010
 - Y usted es elegible debido a sus ingresos y además vive en el condado de Olmsted
- El personal docente de School Readiness trabajara con las familias para desarrollar un plan individualizado para cada niño que puede incluir algunos o todos de los siguientes servicios:
- El programa se lleva a cabo de Septiembre a Mayo
 - Becas Pre-escolares
 - Educación y Apoyo para los Padres de Familia
 - Visitas a Domicilio durante el año escolar
 - Referencias a Servicios de Salud y Comunitarios
 - Participación de los Padres, Actividades Familiares y Eventos
 - Consultas con los Padres y Maestros

POR FAVOR COMPLETE LOS SIGUIENTES PASOS ANTES DE ENTREGAR SU SOLICITUD

- ¿Completo las paginas de la 1 a la 5 en la solicitud con fecha y firma?
- Para las familias con niños en el Condado de Olmsted de 3 y/o 4 años de edad cumplidos al 1 de septiembre 2010 que estén solicitando School Readiness O AMBOS programas Head Start y School Readiness, por favor completar el formulario de Divulgación de Información que se encuentra en la pagina 6.
- Adjunte prueba de ingresos para CADA padre/tutor que vive en su casa (por favor consulte las paginas 4 y 5 de la solicitud para asegurarse que a incluido a todas las Fuentes de ingresos).
- Adjunte un registro de vacunación de cada niño por el cual usted esta solicitando inscripción.
- Entregue o envíe su solicitud a Child Care Resource and Referral, 126 Woodlake DR SE, Rochester, MN 55904, o vía fax al 507-287-2411.

Haremos nuestro mejor esfuerzo por inscribir a su hijo (a) (os) en el programa de su preferencia. Sin embargo, los fondos y espacios están limitados, así que no podemos garantizar la inscripción de todos. Las ubicaciones se hacen de acuerdo a las necesidades del niño (a) (os) y la familia, la elección de los padres, y las vacantes disponibles.

IMPORTANTE: DEBEMOS TENER LA PRUEBA DE INGRESOS MONETARIOS FAMILIARES ANTES DE QUE PODAMOS PROCESAR SU SOLICITUD



Trabajamos duro para asegurar que todos los niños tenga acceso de calidad, consolidando el ambiente mediante la entrega de información y formación para los padres.

¿Vive en el Condado de Olmsted?
Llame al TEL. 507-287-2009, ext. 290

¿Vive en el Condado de Freeborn?
Llame el TEL. 1-800-462-1660, ext. 212

“Asegurando Inicios Positivos para los Niños y sus Familias”.
Child Care Resource & Referral, Inc. es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

Sus Ingresos, edad y lugar de residencia determinan su elegibilidad. Por favor, consulte la tabla de ingresos que figura a continuación.

Guía de Ingresos Anuales para Early Head Start, Head Start y School Readiness En Vigor hasta el 1 de Marzo del 2010 (por favor llame después del 1 de Marzo 2010 , para una guía actualizada)		
Tamaño de la Familia	Guía de Ingresos Anuales para Early Head Start y Head Start	Ingreso Anual Máximo para School Readiness (Cuota mensual a pagar por los Padres de Familia de \$15 a \$59)
1	Igual o Menor a \$10,830 *	Igual o Inferior a \$24,540 *
2	Igual o Menor a \$14,570 *	Igual o Inferior a \$31,459 *
3	Igual o Menor a \$18,310 *	Igual o Inferior a \$38,378 *
4	Igual o Menor a \$22,050 *	Igual o Inferior a \$45,297 *
5	Igual o Menor a \$25,790 *	Igual o Inferior a \$52,216 *
6	Igual o Menor a \$29,530 *	Igual o Inferior a \$59,135 *
7	Igual o Menor a \$33,270 *	Igual o Inferior a \$66,054 *
8	Igual o Menor a \$37,010 *	Igual o Inferior a \$72,973 *
	Para las familias con mas de 8 miembros, agregue \$3,740 por cada miembro adicional para determinar el ingreso anual.	Para las familias con mas de 8 miembros, agregue \$6,919 por cada miembro adicional para determinar el ingreso anual.

* Las familias que reciben periódicamente MFIP (o financiación de otro estado TANF), DWP, SSI, Child Care Assistance, Emergency Assistance o General Assistance Money son elegibles para Early Head Start, Head Start y School Readiness incluso si sus ingresos económicos familiares superan los requisitos de ingresos mencionados anteriormente. Niños de Hogares Temporales o familias que reúnen la definición de McKinney-Vento Act de personas sin hogar también son elegibles automáticamente para ambos programas. Para entender lo que necesita enviar como comprobante de ingresos económicos de su familia, por favor vaya a la parte superior de la pagina 5 de la aplicación.

(English)

If you have questions or want to schedule an appointment for help, please call 507-287-2009 or 1-800-462-1660 and ask for extension 221 or 290. If there is no answer leave a message with your name, the county you live in, and your phone number. We will return your call as soon as possible.

(Español)

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda para llenar esta solicitud por favor llame en el condado de Olmsted al tel. 507-287-2009 y pregunte por la extensión 290. Si usted se encuentra en el condado de Freeborn y necesita hablar con un intérprete de idioma español por favor llame al tel. 1-800-462-1660 extensión 212. Si nadie le responde deje un mensaje indicando su nombre, la ciudad donde vive y su número de teléfono, así como el horario de preferencia para devolverle la llamada. Haremos todo lo posible para comunicarnos con usted tan pronto como nos sea posible.

(Somali)

Haddii aad sua'al qabtid ama aad dooneeysid in lagaa caawiyo buuxinta arjigaan Fadlan soo wac 287-2009 weydiiso 221. Haddii aad jeceshahay in aad la hadasho qof Soomali ah fadalan soo wac 251-6613. Haddii aan lagu jawaabin u reeb fariin gaaban magacaada, meeshaad degantahy iyo numbarka teleefonkaada. Waa lagugu soo celin doonaa siida ugu dhaqsi badan.

Child Care Resource & Referral, Inc.
Solicitud de Inscripción para Early Head Start, Head Start y School Readiness

For Office Use Only
 OC FC EHS HS SR Both HS & SR

POR FAVOR LLENE ESTA SOLICITUD COMPLETAMENTE Y ESCRIBA 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 290.

Primer Nombre Del Padre o Guardián	Apellido (s) Del Padre o Guardián	Genero M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento ____/____/____ mes día año	Lenguaje que mas se habla en casa: (marque solamente <u>UNA</u> casilla) <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____	¿Usted necesita un interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Raza (marque <u>TODOS</u> los que apliquen) <input type="checkbox"/> Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Caribeño <input type="checkbox"/> Blanco	Etnia: (maque <u>UNO</u>) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Nivel Educativo: <input type="checkbox"/> 11vo. Grado o Menor. <input type="checkbox"/> Graduado de la Preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Bachillerato/Diploma Diversificado/ Certificado de Formación <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría o superior		Situación Laboral (marque <u>TODAS</u> las que correspondan) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 o mas hrs. por semana) <input type="checkbox"/> Jubilado o Incapacitado <input type="checkbox"/> Tiempo Completo mas Capacitación <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (35 o menos hrs. por semana) <input type="checkbox"/> Asiste a la Escuela <input type="checkbox"/> Medio Tiempo mas Capacitación <input type="checkbox"/> Desempleado	

Primer Nombre Del Otro Padre o Tutor (que viva con Ud.)	Apellido (s) Del Otro Padre o Tutor (que viva con Ud.)	Genero M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento ____/____/____ mes día año	Lenguaje que mas se habla en su casa: (marque solamente <u>UNA</u> casilla) <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____	¿Usted necesita un interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Raza (marque <u>TODOS</u> los que apliquen) <input type="checkbox"/> Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Caribeño <input type="checkbox"/> Blanco	Etnia: (maque <u>UNO</u>) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	Nivel Educativo: <input type="checkbox"/> 11vo. Grado o Menor. <input type="checkbox"/> Graduado de la Preparatoria o GED <input type="checkbox"/> Bachillerato/Diploma Diversificado/ Certificado de Formación <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Maestría o superior		Situación Laboral (marque <u>TODAS</u> las que correspondan) <input type="checkbox"/> Tiempo Completo (35 o mas hrs. por semana) <input type="checkbox"/> Jubilado o Incapacitado <input type="checkbox"/> Tiempo Completo mas Capacitación <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> Medio Tiempo (35 o menos hrs. por semana) <input type="checkbox"/> Asiste a la Escuela <input type="checkbox"/> Medio Tiempo mas Capacitación <input type="checkbox"/> Desempleado	

Dirección	# de Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal	Dirección de Correo Electrónico
------------------	-------------------	---------------	---------------	----------------------	--

TEL. Casa (____) _____ - _____ TEL. Celular (____) _____ - _____ Tel. Trabajo (____) _____ - _____ TEL. Alterno (____) _____ - _____

Nombre e información de un amigo o pariente que no vive en su hogar a quien podamos contactar si no podemos comunicarnos con usted:
Nombre _____ Tel. _____ Tel. Alterno _____ Dirección _____

¿Esta su familia esperando un bebe? No Si → En que fecha: _____ ¿Esta inscribiéndose para Early Head Start como una madre embarazada? Si No

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

El Transporte no es garantizado. ¿Puede Ud. O alguien mas transportar a su hijo (a) (s) a la escuela si no nos fuera posible hacerlo? Si No

¿Como se entero de nuestros programas? (marque Todos los que apliquen)

<input type="checkbox"/> Educación Básica o el Programa de Alfabetización para Adultos	<input type="checkbox"/> Educación Especial Infantil	<input type="checkbox"/> Agencia de Servicios Sociales y/o Humanos
<input type="checkbox"/> Programa de Cuidado Infantil	<input type="checkbox"/> Familiares o Amigos	<input type="checkbox"/> Por Referencia de otra Gente
<input type="checkbox"/> Early Childhood Screening	<input type="checkbox"/> Proveedor de Servicios de Salud	<input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique) _____

Liste **TODOS** los niños de edades comprendidas entre 0 a 4 años de edad que los tengan cumplidos antes del 1 de septiembre del 2010, los cuales piensa inscribir.

Niño (a) Solicitante

Primer Nombre del Niño (a)		Apellido (s) del Niño (a)	
Genero M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento ____/____/____ mes día año	Relación con Usted. (utilicé los códigos de la parte inferior de esta pagina) ____	Relación con el Otro Padre o Madre (utilicé los códigos de la parte inferior de esta pagina) ____
Raza (marque <u>TODOS</u> los que apliq.) <input type="checkbox"/> Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Caribeño <input type="checkbox"/> Blanco		Etnia (marque <u>UNO</u>) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	
¿En cual programa quiere inscribir a su hijo (a) <input type="checkbox"/> Early Head Start (EHS) Desde 0 hasta 3 años de edad <input type="checkbox"/> Head Start (HS) para 3 y 4 años <input type="checkbox"/> School Readiness (SR)3 y 4 años <input type="checkbox"/> Ambos HS y/o SR		¿Su niño (a) tiene seguro medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿SI, que clase? <input type="checkbox"/> Medical Assistance <input type="checkbox"/> Minnesota Care <input type="checkbox"/> Otro _____	
		Lista de Preocupaciones, por ejemplo, el comportamiento, lenguaje, medico, etc.: _____ _____	
		¿Su niño (a) tiene un IFSP o IEP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Niño (a) Solicitante

Primer Nombre del Niño (a)		Apellido (s) del Niño (a)	
Genero M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento ____/____/____ mes día año	Relación con Usted. (utilicé los códigos de la parte inferior de esta pagina) ____	Relación con el Otro Padre o Madre (utilicé los códigos de la parte inferior de esta pagina) ____
Raza (marque <u>TODOS</u> los que apliq.) <input type="checkbox"/> Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Caribeño <input type="checkbox"/> Blanco		Etnia (marque <u>UNO</u>) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	
¿En cual programa quiere inscribir a su hijo (a) <input type="checkbox"/> Early Head Start (EHS) Desde 0 hasta 3 años de edad <input type="checkbox"/> Head Start (HS) para 3 y 4 años <input type="checkbox"/> School Readiness (SR)3 y 4 años <input type="checkbox"/> Ambos HS y/o SR		¿Su niño (a) tiene seguro medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿SI, que clase? <input type="checkbox"/> Medical Assistance <input type="checkbox"/> Minnesota Care <input type="checkbox"/> Otro _____	
		Lista de Preocupaciones, por ejemplo, el comportamiento, lenguaje, medico, etc.: _____ _____	
		¿Su niño (a) tiene un IFSP o IEP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Niño (a) Solicitante

Primer Nombre del Niño (a)		Apellido (s) del Niño (a)	
Genero M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento ____/____/____ mes día año	Relación con Usted. (utilicé los códigos de la parte inferior de esta pagina) ____	Relación con el Otro Padre o Madre (utilicé los códigos de la parte inferior de esta pagina) ____
Raza (marque <u>TODOS</u> los que apliq.) <input type="checkbox"/> Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Caribeño <input type="checkbox"/> Blanco		Etnia (marque <u>UNO</u>) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	
¿En cual programa quiere inscribir a su hijo (a) <input type="checkbox"/> Early Head Start (EHS) Desde 0 hasta 3 años de edad <input type="checkbox"/> Head Start (HS) para 3 y 4 años <input type="checkbox"/> School Readiness (SR)3 y 4 años <input type="checkbox"/> Ambos HS y/o SR		¿Su niño (a) tiene seguro medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿SI, que clase? <input type="checkbox"/> Medical Assistance <input type="checkbox"/> Minnesota Care <input type="checkbox"/> Otro _____	
		Lista de Preocupaciones, por ejemplo, el comportamiento, lenguaje, medico, etc.: _____ _____	
		¿Su niño (a) tiene un IFSP o IEP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Niño (a) Solicitante

Primer Nombre del Niño (a)		Apellido (s) del Niño (a)	
Genero M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento ____/____/____ mes día año	Relación con Usted. (utilicé los códigos de la parte inferior de esta pagina) ____	Relación con el Otro Padre o Madre (utilicé los códigos de la parte inferior de esta pagina) ____
Raza (marque <u>TODOS</u> los que apliq.) <input type="checkbox"/> Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o Caribeño <input type="checkbox"/> Blanco		Etnia (marque <u>UNO</u>) <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No-Hispano	
¿En cual programa quiere inscribir a su hijo (a) <input type="checkbox"/> Early Head Start (EHS) Desde 0 hasta 3 años de edad <input type="checkbox"/> Head Start (HS) para 3 y 4 años <input type="checkbox"/> School Readiness (SR)3 y 4 años <input type="checkbox"/> Ambos HS y/o SR		¿Su niño (a) tiene seguro medico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿SI, que clase? <input type="checkbox"/> Medical Assistance <input type="checkbox"/> Minnesota Care <input type="checkbox"/> Otro _____	
		Lista de Preocupaciones, por ejemplo, el comportamiento, lenguaje, medico, etc.: _____ _____	
		¿Su niño (a) tiene un IFSP o IEP? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

CODIGOS PARA LA RELACION DE LOS INSCRITOS CON USTED/OTRO PADRE O MADRE: 1—Hijo (a) Propio, 2—Hijastro (a), 3—Niño (a) del cual soy Tutor o Guardián, 4—Hijo (a) Adoptivo, 5—Nieto (a) 6— Sobrina, 7—Sobrino, 8—Otro Familiar, 9—No Relacionados

ELEGIBILIDAD

USTED (ES) ESTAN OBLIGADOS A PRESENTAR PRUEBAS DE INGRESOS DE CADA UNO DE LOS PADRES DE FAMILIA/TUTOR O QUE VIVA EN EL HOGAR.

1. ¿Es usted un **Padre de Crianza (Foster Parent)** de cualquiera de los niños por los cuales usted esta solicitando inscripción? —————> No Si
En caso afirmativo, debe presentar la documentación necesaria del condado para verificar la colocación de cuidado de crianza del niño.

2. ¿Su familia recibe alguno de los siguientes beneficios? No —————> **Si no, pase a la Pregunta 3 de esta pagina.**

Si —————> **Marque las que recibe y adjunte una prueba de la agencia de financiación que muestra la cantidad de beneficios mensuales. Ahora vaya a la pág. 5.**

MFIP o TANF Cash o Food DWP SSI Emergency o General Assistance Money Foster Care/Kinship Care Grant Refugee Grant

3. Marque todas las Fuentes de ingresos económicos de su familia que figuran a continuación. Luego **marque las casillas Usted u Otro padre o Madre que vive con usted, si procede**, para demostrar quien recibe el ingreso. Por ultimo, presente todas las pruebas de ingresos con esta solicitud. Nota: La información en la parte superior de la siguiente pagina explica como comprobar sus ingresos.

	<u>Usted</u>	<u>Otro Padre o Madre que vive con Usted</u>
<input type="checkbox"/> Salario o Sueldo/Propinas/Salario o Sueldo en efectivo "CASH" derivado del empleo (Si es "Cash" Salario en efectivo, vea las instrucciones en el cuadro superior de la pagina 5 bajo "Me pagan en Efectivo")		
<input type="checkbox"/> Ingresos Netos como Empleado por mi propia Cuenta.		
<input type="checkbox"/> Manutención Infantil Ordenada por un Tribunal "Child Support"/Mantenimiento del Cónyuge/Pensión Alimenticia.		
<input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social (Discapacidad/Jubilación o Retiro / Sobrevivientes)		
<input type="checkbox"/> SSI (Se necesita verificación de cada uno de los miembros de la familia receptora)		
<input type="checkbox"/> Apoyo Económico Regular (Incluyendo Manutención Infantil por Mutuo Acuerdo de los Padres o Asignaciones Militares Familiares) De Alguien que no vive en su Casa.		
<input type="checkbox"/> Reemplazo (Desempleo) Compensacion.		
<input type="checkbox"/> Asistencia Escolar—Subvenciones/Becas/Estipendios para Becas de Capacitación (Prestamos a estudiantes no se cuentan.)		
<input type="checkbox"/> Compensacion Laboral al Trabajador		
<input type="checkbox"/> Pensiones / Pago por Jubilación o Retiro (Incluidos los Militares y empleados del Ferrocarril)		
<input type="checkbox"/> Beneficios de Huelga o Fondos de Sindicato		
<input type="checkbox"/> Ingresos del alquiler de una Habitación, un Apartamento, etc.		
<input type="checkbox"/> Beneficios a Veteranos		
<input type="checkbox"/> Dividendos, Intereses o Pagos Periódicos de Patrimonio Sucesorio/Fideicomisos		
<input type="checkbox"/> Pago por seguros o Pago por Anualidades		
<input type="checkbox"/> Ingresos Netos por Regalías / Juegos de Azar / Ganancias de Lotería		
<input type="checkbox"/> Otros Ingresos (<i>por favor explique</i>)		
<input type="checkbox"/> Sin Ingresos/No Asistencia Recibida en los últimos 12 meses (<u>En caso de "Sin ingresos/No Asistencia,"</u> vea las instrucciones pág. 5.)		

Como comprobar sus ingresos: Empleo: (1) las paginas 1 y 2 de su declaracion jurada de impuestos individual o conjunta o (2) todas las formas W-2 del ultimo año laboral o (3) Una declaracion escrita de su empleador (es), o (4) como mínimo 3 talones de comprobante de pagos de parte de su empleador; Empleado por su Propia Cuenta: pág. 1 y 2 de la Forma 1040 y el Anexo C o un informe mensual de contabilidad; Seguro Social o Beneficios de Veteranos, Asistencia Escolar, Pensiones, Compensacion Laboral, Asignaciones Militares Familiares o cualquier otro ingreso Similar: una carta oficial o una declaracion de la agencia de financiamiento que muestra el nombre del destinatario, la cantidad de beneficios y con que frecuencia es recibida; Re-empleo (Desempleo) Compensacion: copia de los pagos recibidos con el balance de saldo especificado o una carta oficial de la agencia de financiamiento que muestra el monto inicial del máximo de beneficios; Manutención Infantil Ordenada por una Corte o Mantenimiento Conyugal: copia de los últimos 12 si el apoyo es inconsistente o un estado de cuenta mensual si el apoyo es consistente en la cantidad y si se recibe regularmente; Apoyo de Alguien que no vive en su Casa que Recibe con Regularidad (incluyendo manutención infantil por acuerdo de los padres): copia de un talón de cheque o una declaracion firmada donde se establece el monto total de los ingresos obtenidos de esa fuente en los últimos 12 meses; Me Pagan en Efectivo: adjunte una declaracion con fecha y firma donde se explican los ingresos totales en efectivo de todas las Fuentes en los últimos 12 meses; Otros Ingresos: copia de su declaracion jurada de impuestos individual o conjunta; Sin Ingresos o Asistencia en los últimos 12 Meses: adjuntar una declaracion firmada y fechada que indica el mes y año en el cual dejo de tener ingresos monetarios o asistencia publica. Luego indique como ha proporcionado a su familia las necesidades básicas (alimentación, vivienda, ropa, etc.) durante este periodo de tiempo.

4. ¿Cual es su situación de vivienda actual? Marque solamente UNA.

- Propietario, Alquiler o Comparto casa por decisión propia
Viviendo en un Motel, Hotel, o Campamento por que no encuentro vivienda al alcance de mi presupuesto
Temporalmente compartiendo vivienda debido a la perdida de mi hogar o dificultades económicas
Vivo en viviendas deficientes, sin electricidad o agua
Permanezco en un Refugio o Vivienda de Transición
Otro (por favor explique)

5. ¿Recibe Asistencia para Cuidado de Niños (CCA) de parte de Child Care Resource & Referral, Inc. o del departamento de Asistencia Financiera de su Condado para el pago de cuidado de niños?

- No Si -> adjuntar la verificación de la CCA de su trabajador (a la confirmación o la carta de predeterminación, etc.), e imprimir la guardería o cuidado de niños

Nombre y Dirección del Proveedor: Nombre Dirección Ciudad Estado Código Postal

6. ¿Tiene usted un acuerdo 50/50 de custodia física del niño (s) que están solicitando Early Head Start, Head Start, y/o School Readiness?

- No Si -> Cual es el nombre del niño y del padre de Familia con el cual comparte custodia
Nombre del Niño Nombre del Padre o la Madre
Nombre del Niño Nombre del Padre o la Madre

Nota: Si uno de los padres recibe asistencia pública o manutención de los hijos del otro padre, por favor envíe un comprobante de ingresos sólo para los padres que reciben asistencia pública o manutención infantil. Si ninguno de los padres recibe asistencia pública o manutención de los hijos del otro padre, por favor envíe un comprobante de ingresos de AMBOS progenitores.

¿Le ayudo alguien a llenar esta solicitud? No Si -> Nombre de la persona la cual le ayudo: # de Tel. () -

¿Cual es su relación con esta persona? (eje., amigo, Trabajador Social, hermana, vecino, etc.) ¿Podemos contactar a esta persona con referencia a esta aplicación? Si No

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento. Funcionarios de la institución pueden verificar la información. He leído y me quedado con la copia de los derechos de privacidad de datos de los solicitantes que se encuentran en la página 7 de esta solicitud. Escriba, Firme, y Feche con su nombre.

Nombre del Padre de Familia/Guardián Por favor Escriba Claramente su Nombre en esta línea Por favor Firme su nombre en esta línea Fecha

Por favor devuelva esta solicitud con la 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 Early Head Start, Head Start y School Readiness.
Child Care Resource & Referral, Inc., es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

ATENCIÓN: Familias del Condado de Olmsted con niños de 3 y 4 años de edad cumplidos para el 1 de Septiembre del 2010

Si usted califica para Head Start también califica para el Programa School Readiness en el Condado de Olmsted.

El personal docente de Head Start y School Readiness harán todo lo posible por inscribir a su hijo (a) (os) en la opción de programa de su preferencia. Sin embargo, la financiación y el espacio es limitado, de modo que no podemos garantizar la inscripción. Debido a que los espacios en ambos programas se llenan rápidamente, su hijo (a) (os) y familia se beneficiarían solicitando tanto Head Start como School Readiness.

Al completar la siguiente información usted le esta dando permiso a CCRR School Readiness el intercambio de información de la familia el cual puede incluir salud, escuela, trabajo, asistencia, participación de los padres, desarrollo e información de la inscripción con el programa de primera infancia al cual su niño (a) (os) asistirán o asisten actualmente.

Esta versión de la información solo se refiere a los niños que pueden ser colocados en el Programa School Readiness

ENTREGA DE INFORMACION PARA SCHOOL READINESS 2010-2011

DEBE SER COMPLETADO POR TODAS LAS FAMILIAS QUE ESTAN SOLICITANDO SCHOOL READINESS O AMBOS HEAD START Y SCHOOL READINESS

Claramente escriba el nombre de cada niño de 3 y 4 años de edad cumplidos para el 1 de septiembre del 2010, por los cuales usted esta solicitando inscripción.

Nombre del Niño: _____ (ESCRIBA el primer nombre) _____ (ESCRIBA el apellido o apellidos)

Nombre del Niño: _____ (ESCRIBA el primer nombre) _____ (ESCRIBA el apellido o apellidos)

Nombre del Niño: _____ (ESCRIBA el primer nombre) _____ (ESCRIBA el apellido o apellidos)

Nombre del Niño: _____ (ESCRIBA el primer nombre) _____ (ESCRIBA el apellido o apellidos)

**** Su firma aquí indica que ha leído y comprendido la información mencionada anteriormente. Esta autorización expirará en un año desde la fecha que se indica a continuación. ****

Nombre del Padre de Familia/Guardián _____
Por favor ESCRIBA su nombre _____ Por favor FIRME su nombre _____ Fecha _____

POR FAVOR LEA Y GUARDELO EN SUS ARCHIVOS

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

DERECHO A MANTENER SU INFORMACION EN FORMA PRIVADA (PRIVACIDAD DE DATOS)

La mayoría de la información que recopilamos sobre usted será clasificada como privada. Eso significa que usted y la agencia que recopiló los datos pueden verla, y otros no pueden. En ocasiones, las estadísticas y otros datos anónimos serán tomados 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 recopilamos es catalogada como confidencial. Los datos confidenciales no están abiertos a cualquier persona (ni siquiera a usted), excepto los organismos gubernamentales que la necesitan. Las cifras en esta categoría tratan con la investigación civil o penal, algunos datos médicos, y los nombres de las personas que denuncian el abuso de niños o de adultos vulnerables.

Propósito de la Información

La información que se le pide que proporcione será utilizada para determinar elegibilidad para el programa, para coordinar los servicios entre los programas, para verificar el programa de servicios que se prestan, y que nos proporcione una lista de correo. Esta lista se utilizará para mantenerle informado sobre futuros programas y cambios de programa y para informarle de elegibilidad para los programas de Child Care Resource & Referral (CCRR), Inc. Solamente el personal docente de Head Start o School Readiness CCRR así como los empleados de las fuentes de financiación cuyos puestos de trabajo requieren el acceso a esta información, y también los Auditores de cuentas Federales o Estatales, pueden tener acceso a su información.

DERECHO DE ACCESO A SUS RECORDS

Acceso por Usted. Puede ver todos los documentos públicos y privados sobre usted y sus hijos. Para ver el archivo, llame a Child Care Resource & Referral durante horas laborales de la agencia y haga una solicitud de revisión de sus archivos, se le pedirá un periodo de cinco días hábiles para que el programa que le ofrece servicios tenga el archivo listo. La revisión tendrá lugar en la oficina central durante horas de trabajo.

Acceso por la Agencia. Los empleados de esta agencia tendrán acceso a información acerca de usted en cualquier momento que su trabajo lo requiere. Por ley, algunos otros organismos gubernamentales o contratista también tendrán acceso a cierta información sobre usted si ellos ofrecen un servicio a usted o si proveen un servicio a esta agencia que le afecta y requiere el acceso a sus registros. Pueden incluir los distritos escolares, la salud pública, servicios sociales y asistencia financiera.