

## Solicitud para Head Start/Early Head Start

Oficina Central: 450 N Syndicate St., Suite 5, St. Paul, MN 55104

Línea Directa: 651-603-5977 Fax: 651-603-5986

Email: [hs-apps@caprw.org](mailto:hs-apps@caprw.org)

Website: [www.caprw.org](http://www.caprw.org)

Facebook/Twitter/Instagram: @caprwheadstart



Nuestros programas ofrecen sin costes servicios educativos gratuitos para las familias que califiquen. Damos prioridad a las familias con bajos ingresos, y también admitimos a familias con ingresos por encima de las guías Federales. Aceptamos solicitudes todo el año.

Visita nuestra página de web ([www.caprw.org](http://www.caprw.org)) para una lista completa de centros

### Early Head Start (basado en casa o basado en el centro escolar)

- Para mujeres embarazadas y padres/adultos encargados de niños menores de 3 años
- Visitas a casa semanales (no en la escuela) y 2 eventos familiares mensuales.
- Año completo Center-based Bebés y niños pequeños (6 semanas—3 años de edad) Centro esta por 10 o 11 horas/día. Lunes-Viernes. Requiere CCAP/Pathway 1. No hay transporte disponible.



### Head Start (basado en el centro escolar)

- Para niños que tienen 3 o 4 años, o que cumplen 5 después del 1 de septiembre.
- **Part day es medio día** (3.5 horas, lunes-jueves) sep.-mayo con transporte limitado.
- **Full day es día completo** (7.5 horas, lunes-jueves) sep.-jun. con transporte limitado.
- **Año Completo** (el centro está abierto 10 o 11 horas/día, lunes-viernes todo el año) Para calificar, las familias deben recibir beca de cuidado de niños. No hay transporte disponible.



Por favor, ESCRIBA CLARAMENTE, llene los dos lados y entréguela usando una de las siguientes opciones:

- Por correo postal, o llevarla a la oficina central, o llevarla al centro de Head Start más cercano 8:30 am—4:30 pm  
⇒ La oficina central está abierta el segundo miércoles del mes hasta las 7:00 pm.
- Tomar fotos o escanear las dos páginas con los documentos requeridos y mandar por correo electrónico al [hs-apps@caprw.org](mailto:hs-apps@caprw.org)
- Mandar por fax al **651-603-5986**

### Entrégue lo siguiente para COMPLETAR su solicitud:

- Prueba de nacimiento del niño (registros médicos, pasaporte, certificado de nacimiento, I-94)
- Registro de vacunas
- Comprobante de elegibilidad\* o ingresos\*\* (impuestos o talones de cheque)

\*Cuidado temporal (foster care), recibe MFIP/SSI/DWP, o si no tiene hogar—se requiere documentación.

\*\*Consideramos los ingresos brutos (antes de los impuestos) de todos los empleos durante los últimos 12 meses. Por favor entregue el talón de pago más reciente de cada empleo.

\*\*\* Favor de entregar las formas del examen físico y dental lo antes posible.

For application help call | Xav tau kev pab hu  
မို့ၤဖျၢၤမညီကိးဘၣ် | Hadio aad rabto caawimaad wac

**651-603-5977**

## **Notificación de Prácticas de Privacidad (favor de guardar para sus registros)**

### **Community Action Partnership of Ramsey and Washington Counties – Programa de Head Start**

Efectivo el 1 de febrero, 2020

Esta notificación describe cómo la información médica y otra información privada acerca de usted puede usarse y divulgarse, y cómo usted puede obtener esta información. Sírvase revisarla con detenimiento.

#### **¿Por qué pedimos esta información?**

A fin de determinar como podemos ayudarle, pedimos información:

- Para distinguirlo de otras personas con el mismo nombre o un nombre similar
  - Para decidir en cuales programas puede participar
  - Para ayudarle a obtener servicios medicos, de salud mental, financieros o sociales
  - Para decidir si usted o su familia necesita servicios de protección
  - Para decidir de cuidado fuera o dentro de la casa para usted o sus hijos
  - Para investigar la exactitud de la información en su solicitud
- Después de proveerle servicios o apoyo, podemos pedir información adicional:
- Para preparar informes, realizar investigaciones, efectuar auditorías y evaluar nuestros programas
  - Para investigar informes de personas que pueden mentir acerca de la ayuda que necesitan
  - Para recibir dinero de otras agencias, como por ejemplo compañías de seguros, en caso de que estas deban pagar por su cuidado médico
  - Para recibir dinero del gobierno estatal o federal por la ayuda que le brindamos a usted
  - Cuando su situación o la de su familia cambia y se requiere reportar el cambio.

#### **¿Tiene que contestar las preguntas que le hacemos?**

No nos tiene que dar su información personal. Sin esa información, es posible que no podamos ayudarle. Si nos da información errónea a propósito, podrá ser investigado y acusado de fraude.

#### **¿Con quiénes podemos compartir la información?**

Sólo compartiremos su información según se necesite y se nos permita o se requiera por ley. Podemos compartir su información con las siguientes agencias o personas que necesitan la información para llevar a cabo su trabajo:

- Empleados o voluntarios de otras agencias estatales, del condado, locales, federales, colaborativas, no lucrativas y privadas
- Los investigadores, auditores, analistas y otros que realizan evaluaciones y estudios sobre el cuidado de la salud, o inician enjuiciamientos o acciones legales con respecto a la administración de los programas de servicios humanos
- Funcionarios judiciales, fiscal del condado, fiscal general, otros funcionarios del orden público, funcionarios encargados de la manutención de menores, e investigadores de protección de menores y de fraude
- Oficinas de servicios humanos, incluyendo las oficinas para cumplimiento de manutención de menores
- Agencias gubernamentales en otros estados que administran programas de beneficios públicos
- Proveedores de cuidado de salud, incluyendo agencias de salud mental e instalaciones de tratamiento para drogas y alcohol
- Compañías de seguros de cuidado de salud, agencias de cuidado de salud, organizaciones de cuidado administrado y otros que pagan por su cuidado
- Guardianes, conservadores o personas con poder de representación
- Pesquisidores e investigadores médicos, si usted fallece y ellos investigan su fallecimiento
- Cualquiera otro a quien la ley dice que debemos o podemos proporcionar la información.

#### **¿Cuáles son sus derechos respecto a la información que tenemos acerca de usted?**

- Usted y las personas a quienes ha dado permiso pueden ver y copiar la información médica u otra información privada que tenemos acerca de usted.
- Usted puede cuestionar si la información que tenemos acerca de usted es correcta. Deberá enviar sus preocupaciones por escrito. Díganos por qué la información es incorrecta o incompleta. Envíe su propia explicación de la información con la que no está de acuerdo. Adjuntaremos su explicación cada vez que su información se comparta con otra agencia.
- Usted tiene el derecho de pedirnos por escrito que compartamos la información médica con usted de cierta manera o en cierto lugar. Por ejemplo, podría pedirnos que enviemos la información médica a su dirección de trabajo en vez de a su dirección de la casa. Si consideramos que su solicitud es razonable, la otorgaremos.
- Usted tiene el derecho de pedirnos que limitemos o restrinjamos la manera en que usamos o divulgamos su información, pero no se nos requiere que estemos de acuerdo con esta solicitud.
- Si no entiende la información, pida a su trabajador que se la explique. Puede pedir otra copia de esta notificación.

#### **¿Cuáles son nuestras responsabilidades?**

- Debemos proteger la privacidad de su información médica y otra información privada de acuerdo con los términos de esta notificación.
- No podemos usar su información por motivos que no sean los que se indican en este formulario, ni compartir su información con personas y agencias que no sean las que se indican en este formulario, a menos que usted nos diga por escrito que podemos hacerlo.
- Debemos cumplir con las condiciones de esta notificación, pero podemos cambiar nuestra política sobre la privacidad debido a cambios en las leyes de privacidad.

#### **¿Qué derechos de privacidad tienen los menores?**

Si usted es menor de 18 años de edad cuando no se requiere el consentimiento de los padres para tratamiento médico, la información no se mostrará a los padres a menos que el proveedor de cuidado de salud crea que no compartir la información pondría en riesgo su salud. Los padres pueden ver otra información suya y permitir que otros vean esta información, a menos que usted haya pedido que esta información no se comparta con sus padres. Usted debe pedir esto por escrito y decir qué información no desea compartir y por qué. Si la agencia está de acuerdo de que compartir la información no es para su provecho, la información no se compartirá con sus padres. Si la agencia no está de acuerdo, la información puede compartirse con sus padres si ellos la solicitan.

#### **¿Qué puede hacer si cree que sus derechos de privacidad han sido violados?**

Si cree que la agencia Community Action Partnership of Ramsey and Washington Counties ha violado sus derechos de privacidad, puede enviar una queja escrita a la siguiente dirección:

Community Action Partnership of Ramsey and Washington Counties  
Attn: Senior Director – Head Start  
450 N Syndicate St.  
Suite 5  
St. Paul, MN 55104

“Esta información está disponible a petición en formatos alternativos para las personas discapacitadas. Contáctenos al 651-603-5977. Community Action Head Start aplica el principio de igualdad de oportunidades laborales (Equal Opportunity Employer).”

<b>SECCION 1: INFORMACION DE FAMILIA</b>						
<b>Dirección de la casa</b> <small>(incluya número de departamento)</small>			<b>Código Postal</b>	<b>Ciudad, Estado</b>		
<b>Dirección postal</b> <input type="checkbox"/> Casa   <input type="checkbox"/> Una diferente:						
<b>Dirección en donde recoger y entregar a su hijo</b> <small>(si es diferente de casa)</small>			<b>Código Postal</b>	<b>Ciudad, Estado</b>		
<b>¿Puede proveer su propio transporte?</b> <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No						
<b>Situación de vivienda actual:</b> <input type="checkbox"/> Propietario/Inquilino/Compartiendo por decisión propia <input type="checkbox"/> Compartiendo por pérdida de vivienda/dificultad   <input type="checkbox"/> Refugio/Vivienda transitoria   <input type="checkbox"/> Hotel/Motel/ Campamento/Automóvil/etc.   <input type="checkbox"/> Ejecución de hipoteca/desalojo (fecha: _____)   <input type="checkbox"/> Otra:				<b>¿En los últimos dos años han estado sin hogar?</b> <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No		
<b>SOLO PARA EMPLEADOS:</b> Homeless verification source: _____ Staff initials: _____ Eligible as homeless? <input type="checkbox"/> Yes   <input type="checkbox"/> No						
<b>Padre/Madre/Guardián 1 Teléfono:</b> <input type="checkbox"/> Celular   <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> No recibo mensajes de texto		<input type="checkbox"/> Casa		<b>Padre/Madre/Guardián 2 Teléfono:</b> <input type="checkbox"/> Celular   <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> No recibo mensajes de texto		<input type="checkbox"/> Casa
<b>Padre/Madre/Guardián 1 Email:</b>			<b>Padre/Madre/Guardián 2 Email:</b>			
<b>Contacto de emergencia 1:</b> <b>Dirección:</b>		<b>Relación:</b>		<b>Teléfono:</b>		
<b>Contacto de emergencia 2:</b> <b>Dirección:</b>		<b>Relación:</b>		<b>Teléfono:</b>		
<b>¿Habla inglés?</b> <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No <b>Nivel</b> <input type="checkbox"/> Bajo   <input type="checkbox"/> Intermedio   <input type="checkbox"/> Alto		<b>Idioma que se habla en casa:</b>		<b>¿Necesita interprete?</b> <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No		
<b>Padre/Madre/Guardián 1 Nivel de Educación</b> <input type="checkbox"/> Grado 12 o menos <input type="checkbox"/> Diploma de high school/GED   <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios   <input type="checkbox"/> Título de carrera corta   <input type="checkbox"/> Licenciatura   <input type="checkbox"/> Maestría			<b>Padre/Madre/Guardián 1 Nivel de Educación</b> <input type="checkbox"/> Grado 12 o menos <input type="checkbox"/> Diploma de high school/GED   <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios   <input type="checkbox"/> Título de carrera corta   <input type="checkbox"/> Licenciatura   <input type="checkbox"/> Maestría			
<b>Estado de Custodia del Niño:</b> <input type="checkbox"/> Ambos padres tienen custodia <input type="checkbox"/> SOLO un padre tiene custodia   <input type="checkbox"/> Acogimiento informal de familiares <input type="checkbox"/> Cuidado foster   <input type="checkbox"/> Otro (PSOP, etc.):			<b>¿Están esperando un bebé?</b> <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No Fecha de parto: _____ <b>¿Le gustaría solicitar servicios de Early Head Start?</b> <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No			
<b>Incluya a cada persona que vive en su casa. Adjunte otra página si necesita más espacio.</b> <b>Use estos códigos para indicar la raza:</b> NA/AN=indio americano/nativo de Alaska A=asiático B=negro/africano Americano NH/PI=nativo de Hawai u otras islas del Pacífico W=blanco M=multiracial						
Solicitando:	Nombre del Niño	Apellido del Niño	Nacimiento	Gén	Raza	Hispano?
EHS: Casa   Centro HS: Part   Full			/ /	M F		Sí No
EHS: Casa   Centro HS: Part   Full			/ /	M F		Sí No
EHS: Casa   Centro HS: Part   Full			/ /	M F		Sí No
Relación al niño	Nombre (Otros miembros del hogar)	Apellido (Otros miembros del hogar)	Nacimiento	Gén	Raza	Hispano?
Padre/Madre/ Guardián 1			/ /	M F		Sí No
Padre/Madre/ Guardián 2			/ /	M F		Sí No
			/ /	M F		Sí No
			/ /	M F		Sí No
			/ /	M F		Sí No
			/ /	M F		Sí No

Nombre y fecha de nacimiento del niño: \_\_\_\_\_

**SECCION 2: EMPLEO E INGRESOS (Para calificar, se requiere prueba de ingresos (talones de cheque, impuestos, W2, etc.))**

**Padre/Madre/Guardián 1 Empleo:** Tiempo Completo | Medio Tiempo | Temporal | Jubilado/Deshabilitado | Estudiando  
Militar | Se queda en casa | Autoempleado | Desempleo  
(último día de empleo: \_\_\_\_\_)

**Padre/Madre/Guardián 2 Empleo:** Tiempo Completo | Medio Tiempo | Temporal | Jubilado/Deshabilitado | Estudiando  
Militar | Se queda en casa | Autoempleado | Desempleo  
(último día de empleo: \_\_\_\_\_)

**Otras fuentes de ingresos:** SSI (cualquier miembro de la familia) | MFIP/DWP/GA/MSA cash | Manutención del menor (child support) | Becas escolares

**No Hubo Ingresos:** El padre/madre/guardián declara que **no hubo ingresos mencionados anteriormente** durante los últimos 12 meses. Explique como su familia proporcionó para las necesidades básicas durante el tiempo que no tuvo ingresos:

**SECCION 3: NECESIDADES ESPECIALES, DESHABILIDADES, Y CONSIDERACIONES DE SALUD**

**¿Sospecha usted o alguien que su hijo necesita apoyo en las siguientes áreas? (Por favor marque las que son pertinentes)**  
**Las necesidades especiales, deshabilitades, y consideraciones de salud no descalifican al niño del programa.**

<input type="checkbox"/> El niño tiene alergias	<input type="checkbox"/> Problemas de salud	<input type="checkbox"/> El niño toma medicina	<input type="checkbox"/> Consideraciones dietéticas
<input type="checkbox"/> Retraso de desarrollo	<input type="checkbox"/> Problemas de conducta	<input type="checkbox"/> Trastorno de atención	<input type="checkbox"/> Autismo
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Condición de salud mental	<input type="checkbox"/> Impedimento visual	<input type="checkbox"/> Impedimento ortopédico
<input type="checkbox"/> Impedimento auditivo	<input type="checkbox"/> Impedimento del habla	<input type="checkbox"/> Otras:	

**¿Tiene su hijo un programa de educación individualizada (IEP) o plan de servicio de familia individualizado (IFSP)?**

Sí (por favor adjunte una copia) | No | En el proceso de evaluación

**Doy permiso a la agencia Community Action HS/EHS para pedir y compartir información acerca de mi hijo con el distrito escolar.**

Nombre y fecha de nacimiento del niño con IEP/IFSP: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Distrito Escolar: \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> El niño nació prematuro	<input type="checkbox"/> Alguien en la familia cercana ha fallecido	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia con: <input type="checkbox"/> necesidades especiales <input type="checkbox"/> problemas de salud mental <input type="checkbox"/> condiciones de salud <input type="checkbox"/> historia de abuso de sustancias
<input type="checkbox"/> El niño no tiene seguro médico	<input type="checkbox"/> Padres encarcelados (actual o anterior)	
<input type="checkbox"/> La familia no tiene seguro médico	<input type="checkbox"/> Abuso doméstico o violencia familiar	

**SECCION 4: PERMISOS Y AUTORIZACIONES**

Iniciales	Entiendo que Community Action Head Start puede compartir estos datos o la información de esta solicitud con otros programas de servicios humanos operados por Community Action Partnership of Ramsey and Washington Counties.
Iniciales	Entiendo que Community Action Head Start puede compartir estos datos o la información de esta solicitud con el distrito escolar local y la agencia de salud pública.
Iniciales	La información que he proporcionado es correcta y verdadera. Reconozco que recibí una copia de Notificación de Practicas de Privacidad. De acuerdo con las leyes de Privacidad del Estado de Minnesota y el Federal Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), me han informado y entiendo mis derechos.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

<b>¿Cómo se enteró acerca de nuestro programa?</b>	<b>¿Dónde ha conseguido esta solicitud?</b>
--	---

**SECCION 5: NOTAS DE MATRICULACION (SOLO PARA EMPLEADOS)**

Interviewed by:	Interview Date:	Interview Type:
-----------------	-----------------	-----------------

Notes: (describe efforts to verify no income and homelessness)