



## Aplicación para el Head Start/Early Head Start Community Action Partnership of Ramsey and Washington Counties

450 N Syndicate St., Suite 5, St. Paul, MN 55104

Phone: 651-603-5977 Fax: 651-603-5986

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

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

Facebook: [@caprwheadstart](https://www.facebook.com/caprwheadstart)

*Nuestro programa ofrece educación de calidad, servicios de salud, y servicios para familias necesitadas.  
Los niños de Head Start son conocidos por estar 90% más preparados que otros niños.*

### Formas de como enviar su aplicación:

- Por correo postal o llevarla directo a 450 N. Syndicate St. Suite 5, St. Paul, MN 55104
- Dejarla en el centro de Head Start más cercano de su casa.
- Por correo electrónico a **hs-apps@caprw.org**
- La aplicación puede ser llenada en el centro más cercano o en la oficina principal. Cada segundo miércoles de cada mes, tenemos representantes en la oficina principal que le pueden ayudar con su aplicación de 4pm-7pm.
- Mandar por fax al 651-603-5986.

### Nuestras escuelas:

- Battle Creek - 2181 Suburban Ave. St Paul, MN 55119
- Community Child Care Center - 1250 Fifield Ave. St Paul, MN 55108
- McDonough - 1544 Timberlake Rd. St. St Paul, MN 55117
- Midway - 775 Lexington Pkwy N. St Paul, MN 55104
- Mounds View - 2101 14th Street NW. New Brighton, MN 55112
- Mt. Airy - 91 Arch Street E. St Paul, MN 55101
- North St. Paul - 2499 Helen St N. North St Paul, MN 55109
- Roosevelt - 1575 Ames Ave. St Paul, MN 55106
- Ruth Benner - 586 Fuller Ave. St. Paul, MN 55103
- Skyline Towers - 1247 St. Anthony Ave. St Paul, MN 55104
- University - 450 N Syndicate St. St Paul, MN 55104
- West Side - 271 Belvidere St. E. St Paul, MN 55107
- Wilder - 911 Lafond Ave. St Paul, MN 55104



### **SECCION 1: PROGRAMAS DISPONIBLES (Por favor elegir el programa al que usted está aplicando)**

<input type="checkbox"/> Early Head Start	<input type="checkbox"/> Head Start: Medio tiempo	<input type="checkbox"/> Head Start: Horario extendido	<input type="checkbox"/> Head Start: Tiempo completo
Este programa es para mujeres embarazadas y niños hasta 3 años de edad. Se recibe una visita a casa semanalmente de 1.5 horas, con eventos de socialización.	(niños de 3-5 años) lunes-jueves 3.5 horas diarias; septiembre-mayo	(niños de 3-5 años) lunes-viernes Mínimo de 6 horas al día; septiembre-mayo <b>(No se provee transporte)</b>	(niños de 3-5 años) Este programa es para las familias que reciben asistencia de cuida de niños del condado de Ramsey. <b>No hay transporte.</b>
¿Puede llevar a su niño a la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si respondió sí, ¿cuántas millas? _____	
¿Cómo se enteró sobre nuestro programa?			

**SECCION 2: INFORMACION DEL NIÑO**

<b>Nombre del niño</b>		<b>Inicial</b>	<b>Apellido del niño</b>		<b>Fecha de nacimiento</b> / /	<b>Género</b> <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino
<b>Dirección del niño (incluir el número del apartamento)</b>				<b>Código postal</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b> MN
<b>Dirección de correspondencia (si es diferente de casa)</b>				<b>Código postal</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b> MN
<b>Dirección en donde recoger y entregar a su hijo/a (si es diferente de casa)</b>				<b>Código postal</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b> MN
<b>Raza de su hijo/a</b>		<input type="checkbox"/> Asiático		<b>Idioma nativo del niño/a:</b>		
<input type="checkbox"/> Nativo Americano/Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Blanco		<b>Segundo idioma del niño/a:</b>		
<input type="checkbox"/> Afro Americano		<input type="checkbox"/> Multi-racial		¿Se considera usted hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islas Pacificas		<input type="checkbox"/> Otro: _____				

**SECCION 3: INFORMACION DE LA FAMILIA**

<b>Nombre de padre/guardian</b>	<b>Apellido de padre/guardian</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> / /	<b>Género</b> <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino	<b>Idioma</b> Primario: _____ Secundario: _____ Nivel: _____	<b>Usted vive en casa con el niño:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Raza del padre/guardian</b>		¿Se considera hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Relación con el niño:</b>	
<b>Nombre de padre/guardian</b>	<b>Apellido de padre/guardian</b>	<b>Fecha de nacimiento</b> / /	<b>Género</b> <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino	<b>Idioma</b> Primario: _____ Secundario: _____ Nivel: _____	<b>Usted vive en casa con el niño:</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Raza del padre/guardian</b>		¿Se considera hispano/latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<b>Relación con el niño:</b>	

**ESTADO DE CUSTODIA DEL NIÑO (Incluir documentación legal de su trabajador social o documentos de corte, o documentación que sea apropiada)**

<input type="checkbox"/> Ambos padres	<input type="checkbox"/> Solo la madre o el padre tiene custodia	<input type="checkbox"/> ¿Tiene usted patria potestad?
<input type="checkbox"/> Custodia junta (el niño vive con <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre)	<input type="checkbox"/> Otro tipo de custodia entre padres	<input type="checkbox"/> Cuidado Foster/DHS
<b>Teléfono primario:</b> <input type="checkbox"/> Casa   <input type="checkbox"/> Trabajo   <input type="checkbox"/> Cellular de: _____		<b>Teléfono secundario:</b> <input type="checkbox"/> Casa   <input type="checkbox"/> Trabajo   <input type="checkbox"/> Cellular de: _____
<b>Correo electrónico del adulto primario:</b>		<b>Otro correo electrónico:</b>
¿Quiere recibir mensajes de texto/correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Quiere recibir mensajes de texto/correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**CONTACTO DE EMERGENCIA (Por favor nombre a una persona que no viva con usted con quien podemos contactarnos si no nos podemos comunicarnos con usted.)**

Nombre: _____ Apellido: _____ Relación con el niño: _____	Dirección: _____ _____ _____ Número de teléfono: _____
---	---

**Notas del contacto de emergencia:**

Número de miembros de familia que viven en casa: _____		Anotar cada miembro de familia que vive en casa de los padres/guardianes. (Adjunte otra hoja si hay más miembros de familia que los espacios asignados)				
La mama está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí   <input type="checkbox"/> No						
Relación con el niño:	Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento MM/DD/YY	Género	Raza	Hispano/Latino
			/ /	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			/ /	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			/ /	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			/ /	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			/ /	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			/ /	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			/ /	<input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>INGRESOS OBTENIDOS POR LOS PADRES/GUARDIANES: SI AMBOS PADRES VIVEN EN CASA NECESITAMOS LA INFORMACION DE CADA UNO.</b>						
Nombre todos los ingresos de los padres/guardianes durante los últimos 12 meses (adjunte otra página si es necesario). Envíe los comprobantes de ingresos de cada trabajo. (Impuestos del 2017 , formas de W-2, talones de cheques, o una carta escrita que indique los ingresos de los últimos 12 meses).						
<b>Nombre de padre/guardian:</b>			<b>Nombre del segundo padre/guardian:</b>			
¿Ha estado trabajando ésta persona en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí, ¿Cuántos trabajos? _____ <input type="checkbox"/> No			¿Ha estado trabajando ésta persona en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí, ¿Cuántos trabajos? _____ <input type="checkbox"/> No			
Nombre del empleador	Fecha de inicio	Fecha final	Nombre del empleador	Fecha de inicio	Fecha final	
<b>OTRAS FUENTES DE INGRESOS QUE HAYA RECIBIDO LA FAMILIA</b>						
<input type="checkbox"/> Manutención del menor	<input type="checkbox"/> Subsidio de desempleo	<input type="checkbox"/> Seguro social, pensión, beneficios de Veterano o beneficios de discapacidad				
<input type="checkbox"/> Beca de estudios	<input type="checkbox"/> Asistencia de dinero en efectivo del condado TANF/MFIP	<input type="checkbox"/> Otras Fuentes	<input type="checkbox"/> No hubo ingresos.			
Si ha marcado que sí, por favor de incluir un comprobante de la cantidad que ha recibido durante los últimos 12 meses.						
<b>NOTAS DE MATRICULA /REGISTRACION (SOLO PARA EL USO DE LOS EMPLEADOS DE CAPRW)</b>						
<b>Interview by:</b>		<b>Interview Date:</b>		<b>Interview Type:</b>		
<b>Notes:</b>						

**Respetamos su privacidad. Las preguntas siguientes serán usadas para priorizar el proceso de la matrícula. La información que usted ha proveído no será compartida fuera de la institución sin su permiso.**

**SECCION 4: FACTORES DEL AMBIENTE**

**¿Sospecha usted o alguien que su hijo necesita apoyo en las siguientes áreas? (por favor marque las que son pertinentes)**

<input type="checkbox"/> Deficiencia de Atención/Hiperactividad (ADD/ADHD)	<input type="checkbox"/> Impedimento visual (incluye ceguera)	<input type="checkbox"/> Condición de salud mental
<input type="checkbox"/> Autismo	<input type="checkbox"/> Impedimento auditivo/sordo	<input type="checkbox"/> Retraso de desarrollo
<input type="checkbox"/> Impedimento del habla	<input type="checkbox"/> Impedimento ortopédico (dificultad de usar los músculos de las piernas o las manos)	<input type="checkbox"/> Problemas de comportamiento
<input type="checkbox"/> Síndrome de Down	<input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Otro

¿Tiene su niño un IEP (Programa de Educación Individualizada), o IFSP (Plan de Servicio de Familia Individualizado)?

Sí  No Si contestó sí, por favor adjunte una copia.

Al firmar y escribir la fecha, yo autorizo a Community Action HS/EHS que pueda obtener y compartir información de mi hijo/a con \_\_\_\_\_ (las escuelas públicas).

\_\_\_\_\_ (Firma del padre/guardian)

\_\_\_\_\_ (Fecha)

**ES MUY IMPORTANTE QUE USTED MARQUE TODO LO QUE APLIQUE A SU FAMILIA**

<input type="checkbox"/> El niño nació prematuro	<input type="checkbox"/> Hay uso de alcohol o dependencia química por la madre o el padre
<input type="checkbox"/> El niño tiene una condición medica	<input type="checkbox"/> Madre soltera o padre soltero
<input type="checkbox"/> Hay miembros en la familia con necesidades especiales	<input type="checkbox"/> Los padres están encarcelados
<input type="checkbox"/> Hay miembros en la familia con condiciones de salud mental	<input type="checkbox"/> Alguien en casa ha fallecido (hermano/a, padre, madre, abuelo/a)
<input type="checkbox"/> Hay miembros en la familia con condiciones de salud	<input type="checkbox"/> Los padres tuvieron menos de 20 años cuando nació el niño
<input type="checkbox"/> El niño no tiene seguro médico	<input type="checkbox"/> Los padres no han completado la escuela secundaria
<input type="checkbox"/> La familia no tiene seguro médico	<input type="checkbox"/> La familia tiene inglés limitado
<input type="checkbox"/> La familia no tiene hogar	<input type="checkbox"/> La familia ha vivido en los EEUU por menos de 2 años
<input type="checkbox"/> La familia ha estado sin hogar durante los últimos 24 meses (incluyendo vivir en una casa hogar)	<input type="checkbox"/> Cambio de custodia (recientemente el padre o la madre ha tenido custodia del niño)
<input type="checkbox"/> La familia recibe Asistencia Pública	<input type="checkbox"/> Hay documentación o sospecha de abuso del niño
<input type="checkbox"/> Hay un miembro de la familia que está inscrito/matriculado en Early Head Start/Head Start	<input type="checkbox"/> El niño ya fue matriculado en Early Head Start/ Head Start de CAPRW o otra agencia
<input type="checkbox"/> Hay Violencia Doméstica	<input type="checkbox"/> La familia reside en Roseville, Lauderdale, Shoreview, Vadnais Heights, White Bear Lake

**SECCION 5: PERMISOS Y AUTORIZACIONES**

iniciales	Yo entiendo que Community Action Head Start puede compartir una copia de estos datos o información de esta aplicación con otros programas de servicios humanos operados por Community Action Partnership of Ramsey and Washington Counties.  Yo entiendo que Community Action Head Start puede compartir una copia de estos datos o información de esta aplicación con las escuelas públicas locales del distrito.
iniciales	La información que he proporcionado es correcta y verdadera. Yo admito 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.

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