



PROCESO DE INSCRIPCIÓN DEL PROGRAMA HEAD START/PREESCOLAR ESTATAL DE DIA EXTENDIDO

SESIÓN PARA APRENDER CÓMO APLICAR	VERIFICAR ELEGIBILIDAD	ORIENTACIÓN
<p>EN PERSONA (2 horas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Programe cita para asistir Sesión para Aprender Como Aplicar en persona <input checked="" type="radio"/> EN LINEA- (1 hora): <ul style="list-style-type: none"> - Visite: https://www.findchildcarestanislaus.org/step2submitdocumen nts - Seleccione: SCOE CFS Enrollment - Contraseña: CFS - Desplazar hacia abajo <input type="checkbox"/> Imprimir o recoger paquete de Día Extendido (Rojo) <p><small>Print or pick-up an enrollment packet. If printing, ask a staff member which packet you need.</small></p>  <p><input type="checkbox"/> Ver Video de Cómo Aplicar Para Centro de Día Extendido (Rojo) Nota: Para mostrar subtítulos en el video, presione CC y seleccione subtítulos en español.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Complete formas y junte documentos <input type="checkbox"/> Asistir cita programada durante evaluación en persona en el Centro <p>Las aplicaciones tienen prioridad.</p> <p>Luego de la selección, la familia será notificada e invitada a completar la orientación.</p> <p>TENGA EN CUENTA: si no asiste a su cita de solicitud programada, no será elegible para este periodo de inscripción.</p> <p><u>PORFAVOR NOTE:</u> Si su paquete no está completo al tiempo de su cita, se le programara otra cita en el futuro.</p> <p>Las aplicaciones no pueden ser completadas con un paquete incompleto y/o faltando documentos de apoyo.</p>	<p>Las aplicaciones se priorizan. Si su hijo es seleccionado para inscribirse, se le notificará y se le pedirá que complete el proceso de orientation</p> <p>APRENDA SOBRE EL CENTRO</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Actualizar documentación de ingresos <input type="checkbox"/> Complete papeleo del centro <input type="checkbox"/> Ver video de orientación <p>-Ver en el centro o -En línea</p>

LISTA DE REQUISITOS DE APLICACIÓN PARA PROGRAMA PREESCOLAR ESTATAL DE DIA EXTENDIDO

Para verificar y determinar la elegibilidad para los servicios de desarrollo y cuidado infantil subsidiado, usted debe traer **copias** de los siguientes documentos a su cita de certificación:

VERIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD– Documentación debe ser proporcionada para al menos 1 o más de estas categorías

- Carta de Referencia de Servicio de Protección Infantil o En Riesgo
- Auto Declaración de Desamparo o Carta de Referencia de Desamparo
- Verificación de beneficiario actual de Asistencia Monetaria (Ejemplo: Noticia de Acción o Passport to Services)
- Tutor o Padre de Crianza: Documentación de cualquier ingreso recibido para el niño
- Verificación del Ingreso
 - Autorización de Solicitar Información de Empleo (si aplica)
 - Documentación de Ingresos de todos recursos
 - Ingreso Predecible: Ingresos brutos para el mes anterior
 - Ingreso Impredecible: Ingresos brutos para los 3 a 12 meses anteriores
 - Si el empleo es de temporada, agrícola, incluye los bonos o comisiones proporcione los últimos 12 meses consecutivos de ingreso

VERIFICACIÓN DEL TAMAÑO FAMILIAR– Al menos 1 de los siguientes documentos debe proporcionarse para **TODOS** los niños en la familia:

- Certificado de nacimiento
- Passport to Services del departamento de bienestar del condado
- Documentos de adopción
- Ordenes de la Corte en relación con la custodia o tutela

VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA– Prueba de residencia en el Estado de California

- Cualquier tipo de evidencia de su dirección o correos de caja postal con fecha de los últimos 30 días

OTRA DOCUMENTACION – También se requieren los siguientes documentos:

- Identificación e Información de Emergencia para cada niño que se inscribe
- Hoja de Información del niño
- Registro de vacunas para cada niño que se inscribe
- Forma de Información Familiar
- Ordenes de la corte si afectan las horas y días de cuidado de niños (Si aplica)
- Plan de Servicio Individual para el Niño de Familia (IFSP) o Plan Educativo Individual (IEP) (Si aplica)

REQUERIDO AL MOMENTO DE INSCRIPCION

Si está seleccionado para inscribirse, debe proporcionar la siguiente documentación:

FORMAS DE INSCRIPCION

- Prueba de Físico o Cita Para Físico
- Prueba de Examen Dental o Cita Dental

NOTA: Si el paquete no se ha completado en la fecha de la cita, no seremos capaz de aceptarlo
SI TIENE PREGUNTAS, POR FAVOR HABLE CON SU TRABAJADORA DE SERVICIOS FAMILIARES

INGRESO

Recordatorio: Debe presentar los ingresos completos, actuales y consecutivos en bruto de los pasados 120 días para cada adulto/niño contados en el tamaño de la familia. Si el ingreso de cualquier individuo fluctúa debido a las comisiones, bonificaciones o el trabajo es de temporada, debe presentar los últimos doce meses de los ingresos brutos. (Ejemplo: Un resumen de nómina para los meses de marzo 2017 a febrero 2018).

Ingreso Contable	Ingreso No-Contable
Ingreso contable son los ingresos de individuos contados en el tamaño familiar que serán incluidos al calcular los ingresos mensuales ajustados para propósitos de elegibilidad determinante de ingresos y tarifas familiares.	Ingresos no-contables es el ingreso de individuos contados en el tamaño familiar que será excluidos al calcular los ingresos mensuales ajustados para propósitos de elegibilidad de acuerdo al ingreso y tarifas familiares.
<ol style="list-style-type: none"> 1. Los sueldos brutos, el salario, los avances, las comisiones, horas extras, propinas, bonos, o ganancias de lotería 2. Sueldos para trabajo migrante de agricultura o trabajo temporal 3. Asistencia monetaria pública (CalWORKs o TANF) 4. Ingreso bruto de auto-empleo menos los gastos del negocio excluyendo retiro de sueldos 5. Compensación por Incapacidad o desempleo 6. Compensación para trabajadores 7. Pagos para el Cuidado Tutelar, pagos o ración para ropa para los niños situados por los servicios sociales de bienestar de niños) 8. Pagos de Manutención de ex esposo(a) y/o de hijos del cónyuge anterior o padre ausente, o documentación de asistencia financiera para costos del hogar, pagos de coche, el seguro de enfermedad, etc... 9. Pensión del sobreviviente (SSA) y beneficios de jubilación 10. Renta de un cuarto dentro de la residencia de la familia 11. Dividendos, interés de bonos, ingreso de propiedades o consorcio, neto del ingreso de rentas o comisión. 12. Ayuda financiera recibida por el cuidado de un niño viviendo con un adulto que no sea el padre/madre biológica o adoptivo del niño 13. Pensión de veteranos 14. Anualidades o Pensiones 15. Herencia 16. Concesión para viviendas o automóviles proveídas como parte de la compensación 17. Porción de ayudas para estudiantes o becas que no sea identificada para propósito educativos como pagos de clases, libros, o materiales para educación 18. Pagos de seguros o arreglos monetarios con la corte por el sueldo perdido o compensación punitiva 19. Ganancia neta de una venta de una propiedad real, inversiones financieras o herencias 20. Otros ingresos o ganancias de empresa con fines de lucro 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ganancias de niños menores de 18 años 2. Prestamos 3. Subsidios ó becas a estudiantes para propósitos educativos cualquier otra cantidad que cualquier porción utilizada para costos de vivienda 4. Estampillas de comida u otra asistencia para alimentos 5. Crédito de impuestos para ingreso Ganado o reembolso de impuestos 6. Pagos por Los derechos de la Ley GI, la dificultad o el trabajo peligroso, el fuego hostil o la paga por peligro inmediato 7. Los pagos de la ayuda de adopción recibida con arreglo a la sección 16115 et seq. del "Welfare and Instructions Code" 8. Asistencia o regalos no en efectivo 9. Seguros o arreglos de la corte para el dolor y sufrimiento 10. Reembolsos para los gastos de trabajo necesarios que incluyen uniformes, millaje, o por gastos para alimentos y alojamiento 11. Gastos para miembros de la familia que trabaja por su propia cuenta 12. Asistencia no monetaria 13. Todos los ingresos de cualquier individuo contable en el tamaño familiar que reúne los beneficios suplementarios federales de ingresos de seguridad (SSI) ó el programa de beneficios suplementarios del estado (SSP) no será incluido como ingresos para determinar elegibilidad y tarifas familiares 14. Las becas o pagos otorgados para el auxilio a las víctimas de desastre menos cualquier porción para la ayuda de alquiler o desempleo 15. Cuando no hay valor monetario al empleado, la porción de seguro médico y/o seguro dental documentado como pagado por el empleador 16. Pagos de Manutención de ex esposo(a) y/o de hijos pagados a un cónyuge anterior ó padre ausente, ó documentación de asistencia financiera para costos del hogar, pagos de coche, el seguro de enfermedad, etc... 17. Ingresos de estímulo de Gobierno federal

PERMISO DE VERIFICACIÓN DE INGRESOS DEL EMPLEADO (EXTENDED-DAY)

DECLARACION DE PERMISO DEL EMPLEADO:

- Stanislaus County Office of Education tiene permiso para contactar a mi empleador para verificar información de mi empleo e ingreso. Entiendo que toda la información recopilada es estrictamente confidencial.
- Mi empleador se ha negado o no ha podido proporcionar la información de empleo solicitada. (Adjunte talón de cheque)
- Ponerse en contacto con mi empleador afectaría negativamente mi empleo. (Adjunte talón de cheque)

Imprimir Nombre del Padre/Tutor

Firma del Padre/Tutor

Fecha

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR:

Nombre de la Empresa Comercial

Nombre de Contacto de la Empresa

Número de Teléfono

Dirección de la Calle de la Empresa

Ciudad

Código Postal

FOR OFFICE PURPOSES ONLY

Verification Notes: _____

Date Verified	Verified With	Staff Initials



**SOLICITUD PARA HEAD START DE LA DIVISION DE SERVICIOS
PARA NIÑOS/FAMILIAS
(MSHS/MEHS/EHS/HS)**

INFORMACIÓN GENERAL	
Fecha Original de Solicitud: 2019	
Primer Nombre del Niño Segundo Nombre/Inicial:	Apellido(s) del Niño:
Sexo:	Niño no Nacido (EHS/MEHS):
Fecha de nacimiento	Fecha Esperada del Parto:

INFORMACIÓN GENERAL DEL CUIDADOR PRINCIPAL		
Primer Nombre y Segundo/Inicial		Apellido(s)
Sexo:	Fecha de Nacimiento	Militar/Activo:
Idioma Principal:		Otro Idioma:
Etnicidad (Hispano)	Recibe WIC:	Recibiendo Estampillas/SNAP:
Raza:		
Nivel de Educacion		
Situacion Laboral:		
Empleador/Escuela/Escuela Vocacional:		Empleador/Escuela/Horas de Entrenamiento
Teléfono (casa):		Teléfono (celular):
Teléfono (trabajo):		Teléfono (otro/Emergencia): <input type="text"/>
Otra Dirección (incluya ciudad/codigo):		
Otra Dirección (incluya ciudad/codigo):		Correo Electronico:
# en Familia	Vivienda Actual:	Fecha de Vivienda Actual: --
# en el Hogar:	Vivienda Anterior:	
Seguro Medico del niño: []	Especificar: <input type="text"/>	

INFORMACIÓN GENERAL DEL CUIDADOR SECUNDARIO

Primer Nombre y Segundo Nombre/Inicial:		Apellido(s):
Sexo:	Fecha Nacimiento: --	Militar/Activo: No
Idioma Principal:	Otra Idioma:	Etnicidad (Hispano): No
Raza:		
Nivel de Educacion:		
Situacion Laboral:		
Empleador/Escuela/Escuela Vocacional:		Empleado/Escuela/Horas de Entrenamiento: Menos de 6 horas
Teléfono (casa):		Teléfono (celular):
Teléfono (trabajo):		Teléfono (otro/emergencia): <input type="text"/>
Otra Dirección (incluya ciudad/codigo postal): <input type="text"/>		Correo Electronico:

**FORMA DE INFORMACIÓN FAMILIAR
CENTROS DE CSPP/RHS**

Imprima Legiblemente Por favor

Padre Soltero/Guardián del Hogar: Si No "No" complete información debajo para el Padre/Guardián (B)

Nombre del Padre/Guardián (A): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Femenino Masculino

Raza: Nativo de Alaska o Indio Nativo
 Asiático
 Africano Americano o Negro
 Caucásico
 Otro Isleño Pacifico o Nativo Hawaiano

Idioma: _____

Etnicidad: No Latino o Hispano
 Latino o Hispano

Relación al niño/a: _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado
 Viudo Separación Formal Separación Informal

Correo Electronico: _____

Nombre del Padre/Guardián (B): _____

Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Femenino Masculino

Raza: Nativo de Alaska o Indio Nativo
 Asiático
 Africano Americano o Negro
 Caucásico
 Otro Isleño Pacifico o Nativo Hawaiano

Idioma: _____

Etnicidad: No Latino o Hispano
 Latino o Hispano

Relación al niño/a: _____

Estado Civil: Casado Soltero Divorciado
 Viudo Separación Formal Separación Informal

Correo Electronico: _____

Otro individuo(s) en la casa que no serán matriculados en el programa y son contados en el tamaño de la familia:

Adjunte documentación.

Nombre:

Parentesco con el Padre (s)/Guardián(es):

Fecha de Nacimiento:

Complete una columna por niño.

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Femenino Masculino

Raza: Indio Nativo o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Africano Americano
 Caucásico
 Nativo Hawaiano o Otro Isleño Pacifico

Idioma: _____

Étnica: No Hispano or Latino
 Hispano or Latino

Necesidades Si No

Especiales: *Si, adjunte la copia del IEP o IFSP mas al corriente*

Relación al Padre/Guardián: _____

Nombre del Niño: _____

Fecha de Nacimiento: _____

Genero: Femenino Masculino

Raza: Indio Nativo o Nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o Africano Americano
 Caucásico
 Nativo Hawaiano o Otro Isleño Pacifico

Idioma: _____

Étnica: No Hispano or Latino
 Hispano or Latino

Necesidades Si No

Especiales: *Si, adjunte la copia del IEP o IFSP mas al corriente*

Relación al Padre/Guardián: _____

Firma del Padre/Guardián _____ Fecha _____

Hoja de Información del Niño

Nombre Del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ubicación: _____

Por favor responda a las siguientes preguntas al mejor de su habilidad. El propósito de esta hoja de información es para proporcionar el apoyo necesario para usted y su niño durante su inscripción en nuestro programa.

Si usted responde "Sí" a cualquiera de las siguientes preguntas, por favor especificar/explicar.

- | <u>Sí</u> | <u>No</u> | Desarrollo Social y Emocional |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene su hijo un IFSP o IEP actual? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Recibe su hijo servicios proveídos por un profesional de salud mental? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Recibe su hijo servicios proporcionados fuera del programa Head Start? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Su hijo necesita adaptaciones especiales mientras asista a nuestro programa? (Es decir, catéter, sonda de gastrostomía, gafas, refuerzos de pierna etc.) _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Usted o su hijo han experimentado recientemente un evento traumático? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Su hijo ha sido entrenado para usar el baño? _____ |

- | <u>Sí</u> | <u>No</u> | Salud y Nutrición |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Su hijo tiene alguna alergia? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Su hijo tiene necesidades dietéticas especiales? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Su hijo va a necesitar medicamento durante las horas del programa (por ejemplo, inhalador, Epi-pen, etc.)? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ¿Tiene otras preocupaciones médicas acerca de su hijo? _____ |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Por favor comparta cualquier otras preocupaciones u observaciones que tenga: _____ |

Firma del Padre: _____ Fecha: _____
 Firma del Personal: _____ Fecha: _____
 Firma de Gerencia: _____ Fecha: _____
 Fecha dada a salud/discapacidad o personal apropiado: _____

PHYSICAL SCREENING FOR CHILDREN

Child's Name _____ Child's Date of Birth _____
 Last First Last First
 Parent Name _____ Childcare Center/FCCH _____
 Last First

PHYSICAL ASSESSMENT/ Well Baby Check				
<input type="checkbox"/> 2 month <input type="checkbox"/> 4 month <input type="checkbox"/> 6 month <input type="checkbox"/> 9 month <input type="checkbox"/> 12 month <input type="checkbox"/> 15 month <input type="checkbox"/> 18 month <input type="checkbox"/> 24 month <input type="checkbox"/> 30 month <input type="checkbox"/> 3 year <input type="checkbox"/> 4 year <input type="checkbox"/> 5 year				
	No Problem	Problem Suspected	Result If Required	Comments
History and Physical Exam				
Nutritional Assessment				
Developmental Assessment				
Dental Assessment				
Hearing Screening <i>or</i> Assessment			Right Ear: Pass/Fail Left Ear: Pass/Fail	
Vision Screening <i>or</i> Assessment			Right Eye: R-20/ Left Eye: R-20/	
Anemia Risk Assessment <i>or</i> HGB/HCT Result				
Blood Pressure Risk Assessment <i>or</i> BP Result				
Lead Risk Assessment <i>or</i> Lead Test Result				

Tuberculosis Requirement

TB Risk Assessment at risk not at risk *OR*
 TB Test Date Given _____ Read _____ Result _____

Fluoride Preventative

Fluoride Varnish Applied:
 Yes Date: _____
 No

Fluoride Prescribed:
 Yes
 No

Height and Weight

Head Circumference: _____
 Height: _____
 Weight: _____

IMMUNIZATIONS GIVEN TODAY

DTP _____ HepB _____
 IPV _____ HepA _____
 MMR _____ HIB _____
 Varicella _____ Other _____

MEDICAL EVALUATION: Comments / Referrals:

- Are there any **physical or emotional conditions** (orthopedic, cardiac, eye, ear, etc.) which may affect participation in school activities?
 Yes No **Explain:** _____
- Is the child subject to any condition that may result in a classroom emergency** (e.g., epilepsy, seizures, fainting spells, diabetes, heart condition, allergic reactions (bee stings, etc.))? Yes No
Explain: _____
- Is this child under your regular care? Yes No **Date of examination:** _____

PHYSICIAN SIGNATURE _____ **Date** _____

Clinic Name

Clinic Phone Number

DENTAL CARE REPORT

Date: _____

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Facility: _____ Attn: _____

Dear Parent,

It is important that your child maintain healthy dental habits to ensure they are ready for a positive school experience. When children have dental issues, it can affect their ability to learn. The key is to visit the dentist on a regular basis, which will catch problems early on, such as tooth decay, gum disease, cavities or even oral cancer. American Pediatrics Bright Futures recommends all children receive dental checkups every 6 months. Please make an appointment with your child's dental provider. Please contact your health staff if you have any further questions.

Estimado padre,

Es importante que su hijo mantenga hábitos dentales saludables para asegurarse de que estén listos para una experiencia escolar positiva. Si los niños tienen problemas dentales, esto puede afectar su capacidad de aprender. La clave es visitar al dentista de manera regular, lo cual identificará temprano, problemas como caries, enfermedades en las encías, caries o incluso cáncer oral. American Pediatrics Bright Futures recomienda que todos los niños reciban exámenes dentales cada 6 meses. Favor de hacer una cita con el proveedor dental de su hijo. Comuníquese con su personal de salud si tiene más preguntas.

PARENT AUTHORIZATION: I hereby give my consent for the dentist named below to send a dental care report to Head Start designated health staff.

AUTHORIZACIÓN DEL PADRE: Yo, por la presente, doy mi consentimiento al dentista nombrado abajo para que mande el reporte al Programa Head Start.

Parent/Guardian Signature: _____
Firma del Padre o Guardián Fecha

DENTAL CARE PROVIDED:

	Date Provided
Initial examination and x-rays	_____
Dental Cleaning	_____
Fluoride/Varnish Applied	_____
Receiving Treatment	_____
Complete/No Further Treatment	_____

****If exam/treatment was unable to be completed, please state reason:** _____

Examining Dentist Signature: _____ Exam Date: _____

Print Examining Dentist Name: _____ Next Dental Exam: _____