

HEAD START/ Proceso de Matriculación del Programa de Día Completo del Estado

Una vez seleccionado de la lista de espera y examinado para la inscripción potencial, el proceso de inscripción debe ser seguido para verificar la información. Tenga en cuenta que el proceso no es una garantía para la inscripción. Existen aberturas limitadas que se priorizan en función de criterios específicos.

Aprenda Como Aplicar	Verificar la Eligibility	Orientación
<p>EN PERSONA (2 horas):</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hacer una cita para asistir a la sesión Como Aplicar <p>Or</p> <p>EN LINEA (1 hora):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Visita: www.findchildcarestanislaus.org - Seleccionar: SCOE CFS Inscripción desde la barra de navegación - Seleccionar: Aprenda Como Aplicar Para la Inscripción (Español) - La contraseña: CFS - Desplazarse hacia abajo <input type="checkbox"/> Imprima o recoja el paquete del Centro de Día Completo (azul oscuro) <div style="text-align: center;"> <p>Imprima o recoja un paquete de inscripción. <small>Si imprimen, prepárense un número del personal que papers necesitan</small></p> </div> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ver el video de Cómo Aplicar del Centro de Día Completo (azul oscuro) <input type="checkbox"/> Imprimir los formularios de necesidad <div style="text-align: right;"> <p>Para todos los programas excepto de día parcial..... <small>las familias deben tener una necesidad verificada de servicios. Además del paquete de inscripción, complete la forma de necesidad apropiada.</small></p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Completar formularios y recopilar documentos. <input type="checkbox"/> Asistir a una cita en persona durante su pre-selección. <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 período de inscripción.</p> <p>PORFAVOR NOTE: 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>Aprenda sobre el centro</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Asista a un recorrido por la instalación <input type="checkbox"/> Completar el papeleo del centro <input type="checkbox"/> Ver el video de orientación

LISTA DE REQUISITOS DE APLICACIÓN PARA PROGRAMAS DE PREESCOLAR ESTATAL DE CALIFORNIA/CUIDADO INFANTIL GENERAL/HEAD START (INSCRIPCIÓN INICIAL)

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 recertificación:

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
- Verificación de beneficiario actual de Asistencia Monetaria (Ejemplo: Noticia de Acción o Passport for Services)
- Tutor o Padre de Crianza: Documentación de cualquier ingreso recibido para el niño
- Verificación del Ingreso
 - Formas W-2, 1040 y Formas de Impuestos
 - 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 for 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

NECESIDAD – Todos los adultos deben cumplir con al menos 1 de los criterios de necesidad. Documentación para establecer necesidad es el siguiente:

- Verificación de Empleo
- Declaración del Auto Empleo y Documentación de Apoyo
- Verificación de Entrenamiento y Horario de Clases
- Verificación de Programa Educativo, Solicitud y Plan Para Buscar Empleo
- Declaración de Incapacidad
- Solicitud y Plan Para Buscar Vivienda Permanente
- Carta de Referencia de Servicio de Protección Infantil o En Riesgo
- Carta de Referencia Para Personas Sin Hogar

OTRA DOCUMENTACION – También se requieren los siguientes documentos:

- Tarjeta de Emergencia para cada niño que se inscribe
- Registro de vacunas para cada niño que se inscribe
- Forma de Información Familiar
- Hoja de Información del niño
- Prueba de Físico o Cita Para Físico
- Prueba de Examen Dental o Cita Para Examen Dental
- Si aplica, las órdenes 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)

NOTA: Si el paquete no se ha completado en la fecha de la cita, no seremos capaz de aceptarlo

SI TIENE PREGUNTAS, PRO FAVOR HABLE CON SU ESPECIALISTA DE ELEGIBILIDAD FAMILIAR AL (209) 238-6300

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 julio 2016 a junio 2017).

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



**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 Educador
Situación Laboral:
Empleador/Escuela/Escuela Vocacional:
Empleador/Escuela/Horas de Entrenamiento
Teléfono (casa):
Teléfono (celular):
Teléfono (trabajo):
Teléfono (otro/Emergencia):
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:

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:
Situación Laboral:
Empleador/Escuela/Escuela Vocacional:
Empleado/Escuela/Horas de Entrenamiento: Menos de 6 horas
Teléfono (casa):
Teléfono (celular):
Teléfono (trabajo):
Teléfono (otro/emergencia):
Otra Dirección (incluya ciudad/codigo postal):
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.

<u>Nombre:</u>	<u>Parentesco con el Padre (s)/Guardián(es):</u>	<u>Fecha de Nacimiento:</u>
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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 Especiales: Si No
Si, adjunte la copia del IEP o IFSP mas al corriente
Relación al Padre/Guardián: _____
Firma del 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 Especiales: Si No
Si, adjunte la copia del IEP o IFSP mas al corriente
Relación al 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.

Sí No Desarrollo Social y Emocional

¿Tiene su hijo un IFSP o IEP actual? _____

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo? _____

¿Recibe su hijo servicios proveídos por un profesional de salud mental? _____

¿Recibe su hijo servicios proporcionados fuera del programa Head Start? _____

¿Su hijo necesita adaptaciones especiales mientras asista a nuestro programa? (Es decir, catéter, sonda de gastrostomía, gafas, refuerzos de pierna etc.) _____

¿Usted o su hijo han experimentado recientemente un evento traumático? _____

¿Su hijo ha sido entrenado para usar el baño? _____

Sí No Salud y Nutrición

¿Su hijo tiene alguna alergia? _____

¿Su hijo tiene necesidades dietéticas especiales? _____

¿Su hijo va a necesitar medicamento durante las horas del programa (por ejemplo, inhalador, Epi-pen, etc.)? _____

¿Tiene otras preocupaciones médicas acerca de su hijo? _____

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: _____

**CHILD & FAMILY SERVICES
EMERGENCY CARD**

MEDIC ALERT Health Concern Yes No
(Asthma, Allergies, Medications, Health Problems: List _____)

Is there a court order regarding custody of the child? Yes No

Child's Name _____
(Last) (First) (MI) (DOB)

Mailing Address _____
(Street Address)

(City) (State) (Zip)

Physical Address _____
(Street Address)

(City) (State) (Zip)

Mother/Guardian _____
(Last) (First) (DOB)

Father/Guardian _____
(Last) (First) (DOB)

Child's Doctor/Hospital to be called in case of emergency _____

Phone _____ Address _____

MediCal - Healthy Families - None - Private (name) _____ (circle one)

Child's Insurance # _____

Service Options: Center Based
 Home Based FCCH

Location: _____

Phone: _____

Teacher: _____

Preferred Language: _____

Mother/Guardian Contact Info:

Home Phone: _____

Work Phone: _____

Cell Phone: _____

Father/Guardian Contact Info:

Home Phone: _____

Work Phone: _____

Cell Phone: _____

Permission for Medical Treatment: As the child's parent or legal guardian, I understand that in the case of my child's medical emergency, the center will call 911 and then notify me. I consent to my child's being transported to a physician or licensed medical facility. I give permission for diagnosis, treatment, and/or care which in the best judgement of the physician or dentist, may be required. This permission is valid for this school year as long as the child remains in the Head Start/State program.

Consentimiento para Tratamiento Médico: Como el padre/la madre o tutor legal del niño/a, entiendo que en caso de una emergencia médica, el personal del centro primero llamará al 911 y despues me notificara. Doy consentimiento que se transporte mi niño/a a un consultorio médico para diagnosis, tratamiento, y/o cuidado cual sea necesario según el juicio del médico o odontólogo. Éste consentimiento será válido durante el año escolar en curso o mientras el niño/a continúe en el Programa Head Start/State.

Signature/Firma _____ Date/Fecha _____
(Parent or Guardian) (Padre o Tutor)

Signature/Firma _____ Date/Fecha _____
(Parent or Guardian) (Padre o Tutor)

CHILD & FAMILY SERVICES EMERGENCY CARD

(Page 2)

Emergency Contacts: If parents are not available, the following persons are authorized to drop children off and take child(ren) from the facility, or be called in case of emergency. The child(ren) will **NOT** be able to leave with **ANY OTHER PERSON** without written authorization from the parent/guardian.

	Name	Relationship	Phone	Signature
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				

PHYSICAL SCREENING FOR CHILDREN

Child's Name _____ Child's Date of Birth _____
 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
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: _____