



CARTA DE PRESENTACIÓN PARA LA SOLICITUD

Estimados padre(s)/tutores:

Gracias por su interés en el programa Early Head Start/Head Start de Oakland. El programa Head Start de Oakland sirve a las mujeres embarazadas y a los niños desde el nacimiento hasta los cinco años que cumplen con los requisitos de edad e ingresos. Por favor, revise los Lineamientos de pobreza (al dorso de esta carta) para ver si califica a el programa.

Por favor devolver la solicitud **completa** con los documentos necesarios enumerados a continuación al centro Early Head Start/Head Start de su elección o a la oficina de matrícula central Head Start (150 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 5352, Oakland, CA 94612). Las solicitudes incompletas no serán procesadas.

Por favor, tenga en cuenta que tarda hasta 30 días procesar la solicitud.

Por favor envíe los siguientes documentos:

	Documentos de elegibilidad aceptados
Solicitud Head Start	
Prueba del nacimiento del niño	<ul style="list-style-type: none"> • Acta de nacimiento • Pasaporte • Carta del hospital
Documentos de verificación de ingresos para <u>AMBOS</u> padres/tutores- por favor entregar todos los documentos pertinentes.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobantes de pago (o pruebas de ingresos) de los ingresos del último <u>mes</u> (por ejemplo, si recibe pagos semanales, favor de proporcionar 4 comprobantes de pago, etc.) • Si es trabajador independiente, la declaración de impuestos 1040 o W-2 • Impresión CalWORKS • Ingresos de seguro social • Manutención • Ingresos por desempleo • Ingresos por discapacidad

TENGA EN CUENTA: si su hijo(a) es aceptado al programa, se le requerirá que presente y mantenga actualizados **un Registro de inmunizaciones, una Evaluación de riesgo de TB y un Formulario de examen médico antes** del primer día de escuela. Más información estará disponible en la carta de aceptación su niño/a.

Si tiene más preguntas acerca de este proceso, por favor llame al (510) 238-3165.

Ubicación de centros Head Start

85th Avenue – 8501 International Blvd.
Brookfield – 9600 Edes Ave.
Fannie Wall – 647 – 55th St.
Frank G. Mar – 274 – 12th St.
Franklin – 1010 – E. 15th St.
Lion Creek – 6818 Lion Way, Suite #110
San Antonio CDC – 2228 East 15th St.
Sungate – 2563 International Blvd.
Tassafaronga – 975 85th Ave.

Ubicación de centros Early Head Start

Arroyo Viejo – 7700 Krause Ave.
Broadway – 2619 Broadway
Lion Creek – 6818 Lion Way, Suite #110
San Antonio Park – 1701 E. 19th St.
West Grand – 1058 West Grand

Socios del programa Head Start

St. Vincent's Day Home – 1086 8th Street
OUSD Arroyo Viejo CDC – 1895 78th Ave.
Laney College – 900 Fallon Street

Lineamientos anuales de pobreza para los 48 Estados Unidos continentales del 2018		
Efectivo 13/01/18		
Tamaño de familia	100% (Prioridad de elegibilidad)	130%
1	\$12,140	15,782
2	\$16,460	21,398
3	\$20,780	27,014
4	\$25,100	32,630
5	\$29,420	38,246
6	\$33,740	43,862
7	\$38,060	49,478
8	\$42,380	55,094
9	\$46,700	60,710
10	\$51,020	66,326
11	\$55,340	71,942
12	\$59,660	77,558
13	\$63,980	83,174
14	\$68,300	\$88,790



Programa Head Start/Early Head Start de la Ciudad de Oakland

Solicitud de inscripción

150 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 5352 Oakland, CA 94612
(510) 238-3165/(510) 238-6784

No. de ID de ChildPlus: _____

Programa (HS/EHS/HB): _____

Día completo extendido: Sí No

CCTR/CSPP: Sí No

Ingresado por: _____ Fecha: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA FAMILIA (Escriba en letra de imprenta)

NOMBRE DEL NIÑO

_____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Apellido *Primer nombre* *Segundo nombre* *MM* *DD* *AA*

Sexo

- Femenino
 Masculino

Grupo étnico

- Hispano/Latino
 No hispano

Raza

- Asiático Hawaiano nativo o isleño del Pacífico
 Negro/afroamericano Blanco/caucásico
 Nativo de América del Norte o Nativo de Alaska Otro: _____

Idioma

Idioma principal que se habla en la vivienda _____ Dominio del inglés: Ninguno Poco Moderado Experto

Tipo de solicitud: Solicitante nuevo Reinscripción de 3.º año Transición de Head Early Start¹

NOMBRE DEL PADRE/CUIDADOR (A)

_____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Apellido *Primer nombre* *Segundo nombre* *MM* *DD* *AA*

Marque aquí si es padre/cuidador soltero:

Dirección

_____ *Calle* *No. dpto.* *Ciudad* *Código postal*

Correo electrónico:

Teléfono principal/Celular:
()

Sexo: Femenino Masculino

Parentesco con el niño: Biológico/Adoptado/Padrastro Adoptivo Nieto Otro: _____

Grado más alto completado

- Menos que la escuela secundaria Algún título universitario o de asociado
 Diploma de escuela secundaria/GED Título de licenciado o título universitario

Situación laboral

- Empleado Empleado y escuela
 Escuela Desempleado

NOMBRE DEL PADRE/CUIDADOR (B)

_____ Fecha de nacimiento ____/____/____
Apellido *Primer nombre* *Segundo nombre* *MM* *DD* *AA*

Dirección Marque aquí si la dirección es la misma que la anterior.

_____ *Calle* *No. dpto.* *Ciudad* *Código postal*

Correo electrónico:

Teléfono principal/Celular:
()

Sexo: Femenino Masculino

Parentesco con el niño: Biológico/Adoptado/Padrastro Adoptivo Nieto Otro: _____

Grado más alto completado

- Menos que la escuela secundaria Algún título universitario o de asociado
 Diploma de escuela secundaria/GED Título de licenciado o título universitario

Situación laboral

- Empleado Empleado y escuela
 Escuela Desempleado

¹ Solo aplica a familias de Early Head Start que solicitan la transición a Head Start

NIÑOS MENORES DE 18 QUE VIVEN EN LA VIVIENDA (Liste todos los niños, incluido el solicitante, que vivan en su vivienda)

Nombre completo del niño, incluida la inicial del segundo nombre	Sexo	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)
1.	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
2.	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
3.	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
4.	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
5.	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	

OPCIONES/PREFERENCIAS DE PROGRAMA (Anote sus selecciones a continuación)

Tipo de programa: <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Vivienda		Opciones de programa: <input type="checkbox"/> Early Head Start (prenatal-2 años) <input type="checkbox"/> Head Start (3-5 años)	
Si solicita servicios en el centro: 1.º sitio de elección:	2.º sitio de elección:	3.º sitio de elección:	

INFORMACIÓN MÉDICA (Seleccione todos los que correspondan)

¿Qué problema de salud tiene su hijo? <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Alergias (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Problema cardíaco <input type="checkbox"/> Audifono/Anteojos <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	¿Su hijo tiene seguro médico? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Su hijo deberá tomar medicación ² mientras esté bajo nuestro cuidado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Su hijo tiene un IFSP o un IEP ³ actual? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
--	---

REMISIÓN Y CRITERIOS DE SERVICIO (Seleccione todos los que correspondan)

¿Cómo se enteró de nuestro programa? <input type="checkbox"/> En línea/Investigación propia <input type="checkbox"/> Amigo/Familiar <input type="checkbox"/> Panfleto/Folletos <input type="checkbox"/> Organismo comunitario (especifique): _____ <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios Sociales <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____	¿Cuál de los siguientes estados habitacionales , si corresponde, se aplica a su familia? <input type="checkbox"/> Familia sin hogar ⁴ <input type="checkbox"/> Familia acogedora ¿Tiene un caso de Servicio de Protección Infantil activo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuál de las siguientes ayudas públicas , si corresponde, recibe su familia? <input type="checkbox"/> Cupones para alimentos <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> CalWORKS <input type="checkbox"/> SSI
---	--

CERTIFICACIÓN Y FIRMA DE PADRE/TUTOR/CUIDADOR

1. Certifico bajo pena de perjurio que la información antedicha es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.
 2. Comprendo que esta información es estrictamente confidencial y se utilizará para determinar mi elegibilidad para los servicios y la asignación de mi hijo. Toda información está sujeta a revisión por parte de los representantes del estado de California, del gobierno federal, de auditores independientes o de otras personas, según sea necesario, para la administración del programa.
 3. Comprendo que envío esta solicitud para recibir servicios de **Head Start/Early Head Start**, y que se me comunicará el estado de mi solicitud dentro de los 30 días posteriores a la firma de este formulario.
 4. Comprendo que es posible que me soliciten proporcionar documentación adicional necesaria para saber si reúno los requisitos para recibir otras fuentes de financiación (preescolar estatal, etc.).
 5. Comprendo que esta solicitud no está completa sin el envío, la revisión y la firma de **toda la documentación** que necesitan todas las fuentes de financiación. Las solicitudes que no estén completas me serán devueltas, lo que demorará aún más el proceso de inscripción.

Firme y fecha a continuación:

Firma de padre/tutor/cuidador

Fecha

SOLO PARA EL PERSONAL DEL PROGRAMA:

Solicitud completada en Oficina central Centro/vivienda, especifique: _____

Nombre en letra de imprenta *Firma del personal* *Fecha*

² Debe tener un certificado del médico firmado, un formulario de consentimiento y una prescripción actual en expediente para que se le pueda dar el medicamento en el aula.

³ Plan de Servicio Familiar Individualizado (IFSP) o Plan Individualizado de Educación (IEP) creado por el Centro Regional del Este de la Bahía o el Distrito Escolar Unificado de Oakland.

⁴ Las familias "sin hogar" se definen como las personas que carecen de una residencia nocturna, fija, habitual y adecuada, e incluyen las personas que viven con amigos y familiares debido a la pérdida de la vivienda, la dificultad económica o un motivo similar.