

# CIUDAD DE OAKLAND

Departamento de servicios humanos  
150 Frank H. Ogawa Plaza, Suite 5352  
Oakland, CA 94612  
Tel: 510-238-3165 Fax: 510-238-6784



## 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
<b>Solicitud Head Start</b>	
<b>Prueba del nacimiento del niño</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Acta de nacimiento</li><li>• Pasaporte</li><li>• Carta del hospital</li></ul>
<b>Documentos de verificación de ingresos para <u>AMBOS</u> padres/tutores-</b> por favor entregar todos los documentos pertinentes.	<ul style="list-style-type: none"><li>• 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.)</li><li>• Si es trabajador independiente, la declaración de impuestos 1040 o W-2</li><li>• Impresión CalWORKS</li><li>• Ingresos de seguro social</li><li>• Manutención</li><li>• Ingresos por desempleo</li><li>• Ingresos por discapacidad</li></ul>

**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

**85<sup>th</sup> Avenue** – 8501 International Blvd.  
**Brookfield** – 9600 Edes Ave.  
**Fannie Wall** – 647 – 55<sup>th</sup> St.  
**Frank G. Mar** – 274 – 12<sup>th</sup> St.  
**Franklin** – 1010 – E. 15<sup>th</sup> St.  
**Lion Creek** – 6818 Lion Way, Suite #110  
**San Antonio CDC** – 2228 East 15<sup>th</sup> St.  
**Sungate** – 2563 International Blvd.  
**Tassafaronga** – 975 85<sup>th</sup> 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. 19<sup>th</sup> St.  
**West Grand** – 1058 West Grand

## Socios del programa Head Start

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

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

**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/Padastro  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/Padastro  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

<sup>1</sup> 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)

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

**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 <sup>2</sup> mientras esté bajo nuestro cuidado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  ¿Su hijo tiene un IFSP o un IEP <sup>3</sup> 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 <b>estados habitacionales</b> , si corresponde, se aplica a su familia? <input type="checkbox"/> Familia sin hogar <sup>4</sup> <input type="checkbox"/> Familia acogedora  ¿Tiene un caso de <b>Servicio de Protección Infantil</b> activo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  ¿Cuál de las siguientes <b>ayudas públicas</b> , 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*

<sup>2</sup> 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.

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.