



# HRDC Head Start



## *¿Qué es HRDC Head Start?*

HRDC Head Start es un programa que recibe fondos federales para preescolar para niños de edad 3-5, de familias bajo de ingresos. Niños quienes asisten Head Start participan en una variedad de actividades educacionales. También, reciben exámenes de salud y desarrollo, comen comida saludable, y disfrutan a jugar en el interior y al aire libre, en un lugar social que es seguro. Damos la bienvenida a niños con discapacidades.

HRDC Head Start envuelve familias en adición al niño de Head Start. El apoyo de los padres es vital para el éxito del programa. Familias son impulsadas a hacer de voluntario para el programa. Puede incluir ayudar en el aula, preparar actividades en casa, servir en comités de padres, y más. Al ser aceptado al programa, su familia reciba servicios de apoyo de familia, que incluyen crear metas que consolidan la familia.

## *Como solicitar para Head Start*

Por favor, lea la solicitud con cuidado y rellene completamente. Inscripción no es procesado como primer venido, primer servido. Cada solicitud contiene información importante que es usado para poner su niño en la lista de espera para el programa. Por favor nos suministre la información siguiente.

- ✓ **Información general:** Tenemos que poder a contactar con Ud. para inscribir a su niño. Si se muda o cambia su número de teléfono después de terminar la solicitud, nos notifique.
- ✓ **Prueba de nacimiento:** Impresos aceptables de prueba de nacimiento incluyen certificado de nacimiento, pasa puerto, o tarjeta de HMK Plus.
- ✓ **Ingresos:** Tiene que ser informado de todo el ingreso de familia. Ejemplos de pruebas aceptables incluyen 1040 regresa de impuestos, matrices de los cheques de pago por los últimos tres meses, impresos de W2, desempleado, apoyo de hijos, becas de universidades, ingresos de seguridad social (SSI), o TANF.
- ✓ **Inmunizaciones:** Su niño tiene que tener todas las inmunizaciones apropiadas para su edad.

*Si necesita Ud. ayuda a completar la solicitud o necesita ayuda a localizar algunos de los artículos siguiente, por favor, llámenos al número 406-587-4486.*

## *¿Qué ocurre siguiente?*

Cuando recibamos su solicitud, vamos a revisarla y lo/la notificar si necesitamos más información. Cuando abra una vacante, vamos a contactar con Ud. para organizar una cita para completar el proceso de inscripción.

**Por favor, lleve o mando de correo Ud. la solicitud a 32 S. Tracy Bozeman, MT 59715.**

**¡Solicitudes son aceptados todo el año!**

**¡El personal completa de Head Start está emocionado a trabajar con su familia!**

# Solicitud para inscribir

HRDC-Head Start  
32 S. Tracy Avenue  
Bozeman, MT 59715

Teléfono: 406-587-4486 Fax: 406-585-3538



---

**Nombre de niño** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

Género: MASCULINO FEMENINO

Raza/Origen étnico: Blanco Asiático Negro De las islas Pacifico Hispánico Nativo Otro: \_\_\_\_\_

---

**Madre o tutora legal** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

Dirección de vivir \_\_\_\_\_

Dirección de correo \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

¿Vive con el/la niño(a)?  Sí  No Nivel de educación más alta realizada \_\_\_\_\_

Empleado: Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Jubilado/Discapacitado

Asista una universidad o programa de capitación

---

**Padre o tutor legal** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

Dirección de vivir \_\_\_\_\_

Dirección de correo \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

¿Vive con el/la niño(a)?  Sí  No Nivel de educación más alta realizada \_\_\_\_\_

Empleado: Tiempo completo Tiempo parcial Desempleado Jubilado/Discapacitado

Asista una universidad o programa de capitación

---

## Adultos: (Por favor liste todos los adultos que viven en la casa quienes no son padres)

Adulto 1: \_\_\_\_\_ Relación con niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Adulto 2: \_\_\_\_\_ Relación con niño(a) \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

---

## Niños: (Por favor liste todos los otros niños que viven en la casa. No incluya el/la niño(a) de Head Start.)

Niño 1: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género: Masculino Femenino

Niño 2: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género: Masculino Femenino

Niño 3: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género: Masculino Femenino

Niño 4: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Género: Masculino Femenino

## Información de la familia:

¿Qué es el estatus paternal en la casa? Solo Dos-padres Padres de crianza Abuelos Tutor legal

¿Cuál es el idioma hablando en la casa? \_\_\_\_\_

¿Está su familia?  Sin hogar  Viviendo en un refugio temporal  Compartiendo viviendas por perdiendo de casa o problemas económicas

¿Reciba Ud. asistencia de cuidado de niños pagado por el estado para algún niño en esta casa?  Sí  No

¿Reciba Ud. ingresos suplementarios de seguridad (SSI)?  Sí  No

¿Reciba Ud. TANF?  Sí  No

Si sí, por favor provea documentación.

¿Reciba Ud. WIC?  Sí  No

Contacto de emergencia \_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_

Dirección de correo \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

---

**Por favor, marque el aula le gustaría que asista su niño. Head Start no puede transporte los niños. Por favor, piense en esto en su selección.**

Bozeman  Belgrade  Livingston  Gallatin Gateway

AM  AM  AM  AM

PM  PM  PM

---

Médico de niño(a) \_\_\_\_\_ Dentista de niño(a) \_\_\_\_\_

*La información siguiente usará para ayudarnos con su solicitud:*

¿Tiene seguro de salud su niño(a)  Sí  No ¿Tiene seguro de dentista su niño(a)?  Sí  No

¿Está recibiendo su niño(a) actualmente servicios de salud mental?  Sí  No

Si sí, por quien  Aware  Youth Dynamics  Privado  Otro

Si sí, por favor, provea documentación

¿Tiene su niño(a) alguna condición médica o dieta especial?  Sí  No Si sí, Explique \_\_\_\_\_

Si sí, por favor, provea documentación

¿Tiene su niño(a) una discapacidad  Sí  No  Sospecho Si sí, Explique \_\_\_\_\_

¿Tiene su niño(a) una Plan de Educación Individualizada (IEP)?  Sí  No

**Por favor, indique algún otro servicio que está recibiendo su niño(a):**

Terapia Ocupacional/Fisioterapia  Habla/lengua  Oír  Visión  De desarrollo

Otro (Por favor especifique) \_\_\_\_\_

¿Ha participado Ud. con el programa de Head Start en el pasado?  Sí  No

Si sí, explique por favor. \_\_\_\_\_

¿Estaba o es Ud. un padre adolescente?  Sí  No

¿Tiene Ud. transportación segura?  Sí  No

¿Tiene Ud. algunos de los artículos siguientes que están afectando a Ud., su niño(a) o familia inmediata?

Abuso de niños/negligencia  Abuso de sustancias  Violencia domestica  Miembro de familia  
encarcelado

Divorcio/Separación/Matrimonio  Muerto en la familia  Leer/escribir  Estudiante de Ingles

---

¿Toma su niño(a) siestas?  Sí  No Si sí, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Qué son las fuerzas de su niño(a)? \_\_\_\_\_

---

¿Qué son los desafíos o las preocupaciones de su niño(a)? \_\_\_\_\_

¿Hay alguna otra cosa que quiere Ud. que sepamos de su niño(a)/familia? \_\_\_\_\_

### **Hoja de ingresos**

Por favor provea la información siguiente de los ingresos de su familia. Esta información es necesario para determinar si su familia es elegible por los ingresos. **Si alguna persona en su familia recibe TANF o beneficios de SSI, su niño es elegible para nuestro programa, aunque todos los ingresos de la familia todavía tienen que ser verificados.**

<b>Miembro de la familia</b>	<b>Todos Ingresos (Antes de impuestos)</b>	<b>¿Con que frecuencia? (mensual, semanal, ETC)</b>	<b>¿Dónde? (Empleador, TANF, SSI, Becas educacionales, manutención de los hijos, ETC)</b>	<b>Estatus de empleo (Tiempo completo, tiempo parcial, desempleado, estacional, estudiante)</b>

### **Por favor, provea alguna de la siguiente documentación de ingresos con esta solicitud para verificar los ingresos de su familia**

\_\_\_ W-2/Declaración de impuestos    \_\_\_ Talones de cheques    \_\_\_ Carta de premio de *una beca* para estudiantes  
\_\_\_ Declaración de TANF    \_\_\_ Declaración de SSI    \_\_\_ Declaración de desempleado  
\_\_\_ Manutención de los hijos

### **Por favor, completa esta sección si no tiene ningunos ingresos de dinero efectivo en este momento**

Yo verifico que no tengo ningunos ingresos de dinero efectivo en este momento. \_\_\_\_\_ (firme con iniciales por favor) Por favor, liste quien paga para las siguientes:

Viviendas \_\_\_\_\_

Comida \_\_\_\_\_

Empresas de servicios publicos \_\_\_\_\_

### **Por favor lea y firme abajo**

Yo, el/la padre/madre o tutor(a) legal de el niño(a) nombrado(a) arriba, certifico que la información provista aquí es cierto. Si alguna parte es falsa, mi participación en el programa de HRDC Head Start puede ser terminada. También, entiendo que la información que he provisto será compartida con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Montana. (Es necesario para Head Start a continuar a recibir fondos.)

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY.

TOTAL FAMILY INCOME: \$ \_\_\_\_\_ FOR THE PERIOD OF \_\_\_\_\_.

I certify that I have examined the above income documentation and have determined this child is:

- income eligible       TANF/SSI/Foster/Homeless       101%-130%       over the income guidelines

HEAD START STAFF SIGNATURE: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_

COMMENTS: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_