



2020-2021

## HRDC Educación de la Primera Infancia (ECE) SOLICITUD

**HRDC ECE** es un programa preescolar (Head Start) financiado por el gobierno federal para niños de 3 a 5 años de edad con ingresos elegibles. Los niños que asisten a HRDC ECE participarán en experiencias de aprendizaje fundamentales que los prepararán para la escuela. Nuestros entornos ricos en juegos brindan un entorno social seguro y protegido que respalda el desarrollo de todos los niños. Las evaluaciones de salud y desarrollo junto con las conferencias de padres y maestros brindan la oportunidad para que los padres colaboren con el personal para el desarrollo de sus hijos. Las comidas y los refrigerios saludables son parte de la experiencia educativa.

Los padres son los principales educadores de sus hijos. Los apoyamos como parte integral de nuestra programa. La participación de los padres en la educación de sus hijos comenzará aquí para formar una base para la participación a lo largo de los años escolares de sus hijos.

HRDC ECE apoya a los padres y las familias en el logro de sus propias metas, las relaciones entre padres e hijos y las participación en la comunidad.

### \*\*\* COMO SOLICITAR UN PROGRAMA DE EDUCACION INFANTIL \*\*\*

Lea esta solicitud con atención y complétela por completo. Por favor envíenos la siguiente información:

- ✓ **Información general:** Debemos poder comunicarnos con usted para inscribir a su hijo. Si se muda o cambia su número de teléfono después de completar esta solicitud, avíenos.
- ✓ **Prueba de nacimiento:** La prueba aceptable incluye certificados de nacimiento, pasaporte o tarjeta HMK Plus.
- ✓ **Ingresos:** Se deben informar todos los ingresos familiares de los últimos 12 meses o año calendario. Ejemplos de comprobantes aceptables de ingresos incluyen declaración de impuestos 1040, documento escrito del empleador formularios W-2 pagos de SSI, desempleo, manutención de niños, becas universitarias, SSI, al MENOS tres meses de talones de pago o TANF.
- ✓ **Vacunas:** Su hijo debe estar al día con todas las vacunas apropiadas para su edad y debemos tener una verificación por escrito.

**\*\*\* SE LE PEDIRA INFORMACION ADICIONAL \*\*\***

- ✓ Cualquier documento de custodia / planes de crianza / órdenes de protección.
- ✓ Una copia del IEP (Plan de servicios en la escuela) o IFSP (Plan de servicios para el alcance familiar) de su hijo, si recibe servicios.
- ✓ El registro del examen de niño sano más reciente de su hijo (comuníquese con el consultorio de su médico para que le envíen los registros por fax)
- ✓ El registro del examen dental más reciente de su hijo (comuníquese con el consultorio de su dentista para que le envíen los registros por fax).

***¿Qué pasa después?***

Tan pronto como recibamos la solicitud completa, incluida la información adicional, la revisaremos y nos comunicaremos con usted para programar una cita, ya sea en persona o por teléfono para verificar la información de su solicitud.

Cuando haya una vacante disponible para su hijo, nos comunicaremos con usted para concertar una hora para completar el proceso de inscripción. Haremos todo lo posible para satisfacer su solicitud de salón de clases. Llámanos con cualquier pregunta o [inquietud](#).

**PROGRAME UNA CITA PARA DEJAR SU SOLICITUD  
UN NUESTRA OFICINA**

**33 South Tracy Bozeman, MT 59715**

Teléfono: 406-586-9652

Fax: 406-585-3538

Correo electrónico: [hdavid@thehrdc.org](mailto:hdavid@thehrdc.org)

Sitio web: <https://thehrdc.org/early-childhood-education>

Por favor indique TODAS las opciones a las que su hijo podría asistir:

- Bozeman  Belgrade  Livingston  
 Dia completo  Media Dia  Dia completo  Media Dia  Dia completo  Media Dia

Nombre de Niño: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Masculino o Femenina? \_\_\_\_\_

Origen Etnico del Niño:

- Caucasica  Asiatica  Negro  Isleño del Pacifico  Indio Americano  Hispanic/Latino  
Otro: \_\_\_\_\_

Guardian Principal: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Origen Etnico del Guardian Principal:

- Caucasica  Asiatica  Negro  Isleño del Pacifico  Indio Americano  Hispanic/Latino  
Otro: \_\_\_\_\_

Lenguaje Primario:

- Ingles  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Dirección Donde Vives: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numeros de Telefono:

Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: (por favor impide claramente) \_\_\_\_\_

Método Preferido de Comunicación:  Llamada Telefonica  Mensaje de Texto  Correo Electrónico

Vive con Niño?  Si  No Grado Mas Alto Completada en la Escuela: \_\_\_\_\_

Empleo:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Desempleadas  Retirado/Discapacitada

Asiste a la Universidad o Programa Capacitación

Guardian Secundaria: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Origen Etnico del Guardian Secundaria:

- Caucasica  Asiatica  Negro  Isleño del Pacifico  Indio Americano  Hispanic/Latino  
Otro: \_\_\_\_\_

Lenguaje Primario:

- Ingles  Español  Otro: \_\_\_\_\_

Dirección Donde Vives: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Dirección de Envío: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Numeros de Telefono:

Casa \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Dirección de Correo Electrónico: (por favor impide claramente) \_\_\_\_\_

Método Preferido de Comunicación:  Llamada Telefonica  Mensaje de Texto  Correo Electrónico

¿Vive con Niño?  Si  No Grado Mas Alto Completada en la Escuela: \_\_\_\_\_

Empleo:  Tiempo Completo  Tiempo Parcial  Desempleadas  Retirado/Discapacitada  Asiste a la Universidad o Programa Capacitación

**\*\*\*Otro Adulto que Vive en el Hogar:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Origen Etnico del Otro Adulto:**  
 Caucásica     Asiática     Negro     Isleño del Pacífico     Indio Americano     Hispanic/Latino  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Lenguaje Primario:**  
 Inglés     Español     Otro: \_\_\_\_\_

**¿Vive con Niño?**     Si     No    **Grado Mas Alto Completada en la Escuela:** \_\_\_\_\_

**Empleo:**     Tiempo Completo     Tiempo Parcial     Desempleadas     Retirado/Discapacitada     Asiste a la Universidad o Programa Capacitación

**Niños:** (Enumere todos los OTROS niños que viven en el hogar. NO incluya al niño que atiende.)

**Niño Uno:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**¿Masculino o Femenina?** \_\_\_\_\_

**Origen Etnico:**  
 Caucásica     Asiática     Negro     Isleño del Pacífico     Indio Americano     Hispanic/Latino  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Niño Dos:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**¿Masculino o Femenina?** \_\_\_\_\_

**Origen Etnico:**  
 Caucásica     Asiática     Negro     Isleño del Pacífico     Indio Americano     Hispanic/Latino  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Niño Tres:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**¿Masculino o Femenina?** \_\_\_\_\_

**Origen Etnico:**  
 Caucásica     Asiática     Negro     Isleño del Pacífico     Indio Americano     Hispanic/Latino  
 Otro: \_\_\_\_\_

**Niño Cuatro:** \_\_\_\_\_ **Fecha de Nacimiento:** \_\_\_\_\_

**¿Masculino o Femenina?** \_\_\_\_\_

**Origen Etnico:**  
 Caucásica     Asiática     Negro     Isleño del Pacífico     Indio Americano     Hispanic/Latino  
 Otro: \_\_\_\_\_

\*\*\*Adjunte una lista de niños adicionales o adultos adicionales que viven en el hogar.

**¿Tiene alguna inquietud sobre el desarrollo de su hijo?**  
 Habla     Vision     Física     Audiencia     Comportamiento     Other  
 Por favor explique: \_\_\_\_\_

**¿Su hijo tiene una discapacidad diagnosticada o recibe terapia privada?**     Si     No  
 Por favor explique: \_\_\_\_\_

**¿Tiene su hijo un IEP (Plan de Educación Individualizado) con un distrito escolar local?**     Si     No  
 Si es así, ¿qué distrito escolar? \_\_\_\_\_

**Indique cualquiera de los siguientes servicios que su hijo está recibiendo:  
 (Marque todos los que correspondan)**

Terapia Ocupacional     Alcance Familiar     YDI/YBGR     Physical Therapy  
 THRIVE     Lenguaje / Hablado     AWARE     Other: \_\_\_\_\_

**Información Médica:**

¿Asma?  Si  No \* Si es así, su hijo necesitará un espaciador e inhalador en la escuela.

¿Diabetes?  Si  No

¿Convulsiones?  Si  No \* Si es así, explique: \_\_\_\_\_

¿Necesidades Dietéticas Especiales?  Si  No Si es así, explique: \_\_\_\_\_

¿Alergias?  Si  No \* Si es así, explique: \_\_\_\_\_

Otro: \_\_\_\_\_

¿Su hijo usa un EpiPen?  Si  No

\* Se requerirá documentación adicional para cualquier condición especial para garantizar la seguridad de su hijo.

**Medicación que está Tomando Actualmente:**

En casa \_\_\_\_\_

En escuela \_\_\_\_\_

¿Su hijo tiene seguro médico?  Si  No      ¿Su hijo tiene seguro dental?  Si  No

**Familia Información:**

¿Cuál es el estado de paternidad en el hogar?

Soltera     Bi-parental     Padres separados     Padres de crianza     Guardian legal

¿Existe un documento legal?  Si  No

Tu familia está experimentando:

Desamparo     Viviendo en un refugio temporal     Vivienda compartida debido a dificultades económicas

¿Hay padres desplegados activamente?  Si  No

¿Recibe seguridad social suplementaria (SSI)?  Si  No      ¿Esta recibiendo TANF?  Si  No

**Circunstancias del Hogar: (Marque todo lo que corresponda)**

Entendemos que hay circunstancias que todas las familias pueden experimentar con el tiempo. Esta información nos ayuda a comprender mejor las necesidades de su hijo y brindar apoyo a su familia. Háganos saber si su familia ha experimentado alguna de las siguientes circunstancias en el pasado o en el presente.

La madre o el padre del niño está encarcelada       Madre o padre adolescente

Regresó de la colocación de crianza en los últimos 6 meses       Abuso de sustancias

El niño está experimentando dolor o pérdida       Abuso o negligencia infantil

Violencia doméstico

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Cuáles son los desafíos o preocupaciones de su hijo? \_\_\_\_\_

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo o su familia? \_\_\_\_\_

¿Cómo se enteró de nuestro programa? \_\_\_\_\_

Cualquier información que proporcione no afectará negativamente la elegibilidad de su hijo.

### INGRESO

Proporcione la siguiente información sobre los ingresos de su familia. Esta información es necesaria para determinar si su familia es elegible por ingresos. Si alguien en su familia califica para SSI o TANF, su hijo es automáticamente elegible para nuestro programa.

**Estimación de la renta mensual del hogar:** \_\_\_\_\_

Asegúrese de incluir cualquier ingreso. Esto significa el total de recibos en efectivo antes de impuestos de todas las fuentes, subvenciones / becas que recibe, pagos de manutención de menores, desempleo, pagos de SSDI, asignaciones familiares de militares u otro apoyo regular de un miembro de la familia ausente o alguien que no vive en el hogar; pensiones privadas, pensiones de empleados del gobierno (incluida la paga de jubilación militar) y pagos regulares de seguros o anualidades; becas, subvenciones, becas y ayudantías para colegios o universidades; y dividendos, intereses, ingresos netos por alquiler, regalías netas y recibos periódicos de herencias o fideicomisos; y ganancias netas de juegos de azar o lotería.

declaración de impuestos / W-2  
tres meses cheques el talón  
subvención o becas para estudiantes

TANF declaración  
SSI declaración  
pagos de manutención infantil

declaraciones de desempleo

### POR FAVOR LEA Y FIRME A CONTINUACION

Yo, el padre o tutor legal del niño mencionado anteriormente, certifico que la información proporcionada aquí es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en el Programa de Educación Infantil Temprana de HRDC puede ser cancelada. También entiendo que la información que he proporcionado se compartirá con el Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana, y también con el Distrito Escolar Público. Esto es necesario para que el HRDC continúe recibiendo fondos.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_