



HRDC Early Childhood Education (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

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

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

Bozeman

Belgrade

Livingston

Nombre del menor _____

Fecha de nacimiento: _____

Sexo: Masculino Femenino No binario

Raza: Blanco Asiático Negro Nativo de las Islas del Pacífico Indio americano Hispano/Latino Otros

Tutor principal _____

Fecha de nacimiento _____

Raza: Blanco Asiático Negro Nativo de las Islas del Pacífico Indio americano Hispano/Latino Otros

Sexo: Masculino Femenino No binario

Idioma principal: Inglés Español Otro _____

Dirección de residencia _____ Localidad _____ Código Postal _____

Dirección postal _____ Localidad _____ Código Postal _____

Números de teléfono: De casa _____ Celular _____ Del trabajo _____

Correo electrónico: En letras de imprenta _____

Método preferido de contacto (escoja al menos uno): Llamada telefónica Mensaje de texto Correo electrónico

¿Vive con un menor? Sí No Nivel educativo más alto completado _____

Empleo: A tiempo completo A tiempo parcial Desempleado Jubilado/Discapacitado Asiste a una universidad o programa de capacitación

Tutor principal _____

Fecha de nacimiento _____

Raza: Blanco Asiático Negro Nativo de las Islas del Pacífico Indio americano Hispano/Latino Otros

Sexo: Masculino Femenino No binario

Idioma principal: Inglés Español Otro _____

Dirección de residencia _____ Localidad _____ Código Postal _____

Dirección postal _____ Localidad _____ Código Postal _____

Números de teléfono: De casa _____ Celular _____ Del trabajo _____

* Head Start puede enviarme un mensaje de texto con información al número de celular anterior Sí No

Correo electrónico: En letras de imprenta _____

¿Vive con un menor? Sí No Nivel educativo más alto completado _____

Empleo: A tiempo completo A tiempo parcial Desempleado Jubilado/Discapacitado Asiste a una universidad o programa de capacitación

*** Otros adultos que residen en el hogar _____

Fecha de nacimiento _____

Raza: Blanco Asiático Negro Nativo de las Islas del Pacífico Indio americano Hispano/Latino Otros

Sexo: Masculino Femenino No binario

¿Vive con un menor? Sí No Nivel educativo más alto completado _____

Empleo: A tiempo completo A tiempo parcial Desempleado Jubilado/Discapacitado Asiste a una universidad o programa de capacitación

Menores: (Por favor, enumere las RESTANTES PERSONAS que residan en el hogar. {j}NO incluya al menor asistente).

Menor N.º 1: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino No binario
Raza: Blanco Asiático Negro Nativo de las Islas del Pacífico Indio americano Hispano/latino Otros

Menor N.º 2: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino No binario
Raza: Blanco Asiático Negro Nativo de las Islas del Pacífico Indio americano Hispano/latino Otros

Menor N.º 3: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino No binario
Raza: Blanco Asiático Negro Nativo de las Islas del Pacífico Indio americano Hispano/latino Otros

Menor N.º 4: _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo: Masculino Femenino No binario
Raza: Blanco Asiático Negro Nativo de las Islas del Pacífico Indio americano Hispano/latino Otros

***** Adjunte una lista para menores o adultos adicionales que residen en el hogar**

¿Tiene alguna inquietud sobre el desarrollo de su hijo/a?

Habla Vista Desarrollo físico Auditivo De comportamiento Otros

En caso afirmativo, explicar: _____

¿Tiene su hijo/a alguna discapacidad diagnosticada o recibe terapia privada?

En caso afirmativo, explicar: _____

¿Cuenta actualmente su hijo/a con un IEP (Programa de Educación Individualizado) a través del distrito escolar local? Sí No

En caso afirmativo, qué Distrito Escolar: _____

Indique cualquiera de los siguientes servicios que recibe su **hijo/a**:

Terapia ocupacional Programa de extensión familiar YDI/YBGR
 Fisioterapia THRIVE Otros: _____
 Habla/lenguaje AWARE

Información médica:

Asma Sí No * En caso afirmativo, su hijo/a necesitará un espaciador e inhalador en la escuela
Diabetes Sí No
Convulsiones Sí No
Necesidades dietéticas especiales Sí No * En caso afirmativo, explique: _____
Alergias Sí No * En caso afirmativo, explique: _____
Otros: _____

¿Utiliza su hijo/a un Epinefrina? Yes No

* Se requerirá documentación adicional para cualesquiera condiciones especiales a fin de garantizar la seguridad de su hijo/a.

Medicación que toma actualmente En casa: _____ En la escuela: _____

¿Cuenta su hijo/a con seguro médico? Sí No ¿Cuenta su hijo/a con seguro dental? Sí No

Información sobre la familia:

¿Cuál es el estatus parental en el hogar? Padre o madre soltero/a Dos padres juntos Padres separados Hogar de acogida Tutor legal

¿Existe un documento estableciendo la custodia legal? Sí No

¿Está experimentando su familia alguna de las siguientes circunstancias? Falta de vivienda Viviendo en un refugio temporal Vivienda compartida debido a dificultades económicas

¿Existen padres/tutores ejerciendo funciones de forma activa? Sí No

¿Está recibiendo alguno de los siguientes?: Seguro Social Suplementario (SSI) TANF SNAP WIC

Circunstancias del hogar: (escoja al menos uno)

Entendemos que todas las familias pueden experimentar diversas circunstancias a lo largo del tiempo. Esta información nos ayuda a comprender mejor las necesidades de su hijo/a 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:

Alguno de los padres del menor se encuentra en prisión Es el padre adolescente Ha regresado de un hogar de acogida (últimos 6 meses) Es militar en activo

El menor experimenta actualmente dolor/pérdida Abuso de sustancias Abuso/negligencia infantil Violencia doméstica

¿Cuáles son las fortalezas de su hijo/a? _____

¿Cuáles son los desafíos/preocupaciones de su hijo/a? _____

¿Hay algo más que le gustaría que supiéramos sobre su hijo/a o su familia? _____

*Ninguna de las informaciones anteriores afectará negativamente la elegibilidad de su hijo/a

Ingresos

Consigne 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/a es automáticamente elegible para nuestro programa.

Estimación del ingreso mensual del hogar: _____

*Asegúrese de incluir todos los ingresos. Ello significa el total de ingresos en efectivo antes de impuestos de toda procedencia, subvenciones/becas que usted reciba, pagos de manutención infantil, subsidios de desempleo, pagos del SSDI, asignaciones familiares del ejército u otro apoyo regular de familiares ausentes o personas que no residan en el hogar; pensiones privadas, pensiones de jubilación de carácter gubernamental (incluyendo jubilaciones militares) y pagos regulares de seguros o rentas vitalicias; becas, subvenciones, ayudantías o pasantías universitarias, así como dividendos, intereses, ingresos netos por arrendamientos, regalías netas y cantidades periódicas derivadas de patrimonios yacentes o fideicomisos y ganancias netas de juegos de azar o lotería.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Declaración de impuestos/W2(s) | <input type="checkbox"/> Talonario de cheques de por lo menos los últimos 3 meses | <input type="checkbox"/> Subvención/Becas para estudiantes |
| <input type="checkbox"/> Declaración de TANF | <input type="checkbox"/> Declaración de SSI | <input type="checkbox"/> Declaraciones de desempleo |
| <input type="checkbox"/> Otros | <input type="checkbox"/> Pagos de pensión alimenticia | |

POR FAVOR, LEA Y FIRME A CONTINUACIÓN

Yo, padre/madre o tutor legal del menor anteriormente mencionado, certifico que la información aquí proporcionada es correcta. Si alguna de las informaciones aportadas resulta ser falsa, se me podría expulsar del programa Educación para la infancia temprana de HRDC Asimismo entiendo que la información que he proporcionado se comunicará al Departamento de Salud Pública y Servicios Humanos de Montana y al Distrito Escolar Público (ello permite que el HRDC continúe recibiendo financiación).

Firma:

Fecha: _____