

**Sarpy County Cooperative Head Start**  
**701 Olson Dr. Suite 111**  
**Papillion, NE 68046**  
**(402) 339-6592 para español ext. 113 o ext. 114**

Estimado Padre/Tutor,

Adjunto encontrará una solicitud de la Cooperativa de Head Start del condado de Sarpy. Head Start es un programa fundado con fondos federales para familias elegibles que cumplan con los siguientes requisitos, que tengan niño recién nacidos hasta cinco años y mujeres embarazadas. Los únicos requisitos para poder ser elegible se basan en la edad, el ingreso y residir en el condado de Sarpy.

Las opciones del programa que están disponibles incluye:

**Head Start** (3 o mayor antes del 31 de Julio)

- Pre-escolar (3.5 horas/4 días por semana) No se provee transportación.
- Pre-escolar (6.5 horas por día-8:00-2:30) No se proveerá transportación y los padres deben de estar trabajando o asistiendo a la escuela.

**Early Head Start** (menor de 3 antes del 31 de Julio)

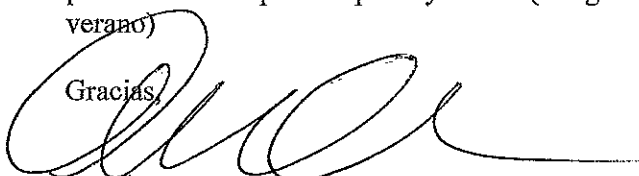
- Basado en el Hogar: Una educador de padres y niños visitara su casa semanalmente por 1.5 horas para trabajar con padres y niños haciendo actividades para el desarrollo infantil.
- Basado en el Centro: (7.5 horas por semana-7:30-3:00) Para padres que trabajan o asistan a la escuela y quieran colocar as su niño (edad 6 semanas hasta 3 años) en un programa de desarrollo infantil.
- Mujeres Embarazadas: Servicio para la mujer embarazada y para el niño después del nacido.

**Por favor complete el paquete de la solicitud y regréselo a la oficina de Head Start. Para poder ser procesada su solicitud usted necesitará presentar la siguiente información:**

- **Comprobante de ingreso-uno de los siguientes: 1040, W-2, declaración de TANF, talones de cheques de los últimos 12 meses, o una carta de su empleador con el membrete de la empresa.**
- **Acta de nacimiento de niño.**
- **Comprobante de domicilio: Cualquier facture actual con su domicilio (el solicitante debe de residir en el condado de Sarpy)**
- **Cartilla de vacunación del niño (si esta disponible)**

Le tomaremos copias a su información en la oficina. El horario de la oficina es de lunes a viernes de 8:00 am -4:00 pm. Por favor comuníquese a la oficina para asegurarse de que un miembro del personal este disponible para ayudarlo. (Tenga en cuenta que las horas de oficina varían en el verano)

Gracias,



Audra Oestreich

Administradora de Servicios para Familias y Niños

**Participante (niño(a) #1**

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Sufijo Nombre Preferido Fecha de nacimiento Sexo  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ M/F

<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Hispano</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Habilidad del Inglés</b> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente	<b>Oltra Lengua</b> _____	<b>Habilidad de la otra Lengua</b> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente
--	--	--	------------------------------	---

**Opción de Programas: Seleccione uno**

**Head Start** (3 o mayor antes del 31 de Julio) no se provee transportación

\_\_\_\_\_ Preescolar (3.5 horas/4 días por semana) O \_\_\_\_\_ Preescolar (6.5 horas por día) los padres deben de trabajar o asistir a la escuela

**Early Head Start** (menor de 3 antes del 31 de Julio)

\_\_\_\_\_ Basado en el Hogar: Educador de padres y niños semanalmente por 1.5 horas para trabajar con usted y su hijo.

\_\_\_\_\_ Basado en el Centro: (7.5 horas por semana) Los padres deben de trabajar o asistir a la escuela y no se proveerá transportación (edades 6 semanas a 3 años)

\_\_\_\_\_ Mujeres Embarazadas: Servicio para la mujer embarazada y para el niño después del parto.

**Seleccione la cobertura primaria de salud:**  Kid's Connection  Medicaid  Seguro Privado  Tri-Care (Seguro Militar)

**Estado de Medicaid:**  No Elegible  Tiene Medicaid  Potencialmente Elegible / necesidad de aplicar

Doctor Principal Dirección Teléfono  
 \_\_\_\_\_

Dentista principal Dirección Teléfono  
 \_\_\_\_\_

**¿El niño/a tiene un impedimento o necesidad especial?**  Si  No **¿El niño tiene un IFSP o IEP?**  Si  No

**Participante (niño(a) #2**

Primer Nombre Segundo Nombre Apellido Sufijo Nombre Preferido Fecha de nacimiento Sexo  
 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ M/F

<b>Raza</b> <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____	<b>Hispano</b> <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<b>Habilidad del Inglés</b> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente	<b>Oltra Lengua</b> _____	<b>Habilidad de la otra Lengua</b> <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Proficiente
--	--	--	------------------------------	---

**Opción de Programas: Seleccione uno**

**Head Start** (3 o mayor antes del 31 de Julio) no se provee transportación

\_\_\_\_\_ Preescolar (3.5 horas/4 días por semana) O \_\_\_\_\_ Preescolar (6.5 horas por día) los padres deben de trabajar o asistir a la escuela

**Early Head Start** (menor de 3 antes del 31 de Julio)

\_\_\_\_\_ Basado en el Hogar: Educador de padres y niños semanalmente por 1.5 horas para trabajar con usted y su hijo.

\_\_\_\_\_ Basado en el Centro: (7.5 horas por semana) Los padres deben de trabajar o asistir a la escuela y no se proveerá transportación (edades 6 semanas a 3 años)

\_\_\_\_\_ Mujeres Embarazadas: Servicio para la mujer embarazada y para el niño después del parto.

**Seleccione la cobertura primaria de salud:**  Kid's Connection  Medicaid  Seguro Privado  Tri-Care (Seguro Militar)

**Estado de Medicaid:**  No Elegible  Tiene Medicaid  Potencialmente Elegible / necesidad de aplicar

Doctor Principal Dirección Teléfono  
 \_\_\_\_\_

Dentista principal Dirección Teléfono  
 \_\_\_\_\_

**¿El niño/a tiene un impedimento o necesidad especial?**  Si  No **¿El niño tiene un IFSP o IEP?**  Si  No



**Primer Nombre** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_ **Sufijo** \_\_\_\_\_ **Nombre Preferido** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sexo** M/F

Relación del niño	Raza	Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua
_____				
<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrasto	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Ninguna	<b>Habilidad de la otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Sobrino/Sobrina	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Hijo de Crianza	<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Proficiente

**Niño(a) Adicional (No-Solicitante) #2**

**Primer Nombre** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_ **Sufijo** \_\_\_\_\_ **Nombre Preferido** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sexo** M/F

Relación del niño	Raza	Hispano	Habilidad del Inglés	Otra Lengua:
_____				
<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrasto	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Ninguna	<b>Otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Sobrino/Sobrina	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Hijo de Crianza	<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Proficiente

**Niño(a) Adicional (No-Solicitante) #3**

**Primer Nombre** \_\_\_\_\_ **Segundo Nombre** \_\_\_\_\_ **Apellido** \_\_\_\_\_ **Sufijo** \_\_\_\_\_ **Nombre Preferido** \_\_\_\_\_ **Fecha de nacimiento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Sexo** M/F

Relación del niño	Raza	Hispanic	Habilidad del Inglés	Otra Lengua: _____
_____				
<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptado/Padrasto	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Americano Nativo	<input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Ninguna	<b>Otra Lengua</b>
<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Pobre	<input type="checkbox"/> Ninguna
<input type="checkbox"/> Sobrino/Sobrina	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial		<input type="checkbox"/> Moderada	<input type="checkbox"/> Pobre
<input type="checkbox"/> Hijo de Crianza	<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Proficiente	<input type="checkbox"/> Moderada
<input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Proficiente

Dirección de Residencia \_\_\_\_\_  
 Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Número total en la familia: \_\_\_\_\_

**Dirección postal de la Familia**

Misma Dirección:  Sí  No Dirección \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Número de Teléfono \_\_\_\_\_ Tipo (Llene uno) \_\_\_\_\_ Notas \_\_\_\_\_  
 Celular  Hogar  Trabajo  Otro  
 Celular  Hogar  Trabajo  Otro  
 Celular  Hogra  Trabajo  Otro

Estado de Padres \_\_\_\_\_ Lenguaje primaria en el hogar \_\_\_\_\_ Familia sin hogar  Sí  No Servicio militar activo  Sí  No Referido por Agencia de Bienestar Infantil  Sí  No

Uno  
 Dos  
 Otro

**Referido por:**  
 Brochure / folleto  Médico / dentista  Amigo  Periódico / TV / Radio  Postal  Distrito Escolar  Otro \_\_\_\_\_

¿ Es el niño que está solicitando un inmigrante (el niño no nació en los Estados Unidos)?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuántos años ha sido este niño en los EE.UU.? \_\_\_\_\_

**Recibiendo SNAP Recibiendo WIC**  
 Sí  No  Sí  No

**Contactos de Emergencia**

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_ **Contacto de emergencia**  Sí  No **Ceder al Niño(a)**  Sí  No

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad, Estado, Código postal** \_\_\_\_\_ **Teléfono 1** \_\_\_\_\_ **Teléfono 2** \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_ **Contacto de emergencia**  Sí  No **Ceder al Niño(a)**  Sí  No

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad, Estado, Código postal** \_\_\_\_\_ **Teléfono 1** \_\_\_\_\_ **Teléfono 2** \_\_\_\_\_

**Nombre** \_\_\_\_\_ **Relación** \_\_\_\_\_ **Contacto de emergencia**  Sí  No **Ceder al Niño(a)**  Sí  No

**Dirección** \_\_\_\_\_ **Ciudad, Estado, Código postal** \_\_\_\_\_ **Teléfono 1** \_\_\_\_\_ **Teléfono 2** \_\_\_\_\_

Certificación: Yo certifico que esta información es verdadera. Si alguna parte es falsa, mi participación en los programas de esta agencia puede ser terminada y puedo estar sujeto(a) a acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud será guardada en estricta confianza dentro de la agencia y es accesible por mí durante las horas normales de negocio.

Si es / son seleccionado(s) su hijo / hijos para el programa, tendrá que facilitar al agencia con un Examen sano del niño, examen dental, registro de Vacunas, el nivel de hemoglobina y el nivel de plomo (de hoy en día) antes que el niño entra en el programa.

Padre / tutor Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Niño: \_\_\_\_\_

Año Escolar \_\_\_\_\_

**Historial de Embarazo y Nacimiento**

(Circule cada respuesta)

- |  |          |          |
|--|----------|----------|
| 1. ¿Tuvo la madre problemas de salud durante el embarazo o durante el parto?<br>Si es así, por favor explique: | SI       | NO       |
| 2. ¿La madre paso más tiempo de lo habitual en el hospital?<br>Si es así, por favor explique:                  | SI       | NO       |
| 3. ¿Visito la madre al proveedor de atención médica menos de dos veces durante el embarazo?                    | SI       | NO       |
| 4. ¿Nació su niño antes de 3 semanas o después?<br>Si es así, por favor explique:                              | SI       | NO       |
| 5. ¿Cual fue el peso del niño al nacer? _____ lbs. _____ oz.   |          |          |
| 6. ¿Paso algo malo con el niño al nacer o en el centro de cuidado infantil?<br>Si es así, por favor explique:  | SI       | NO       |
| 7. ¿La madre se encuentra embarazada en este momento?<br>Si es así, ¿ha comenzado con su cuidado prenatal?     | SI<br>SI | NO<br>NO |

**Historial de la Salud del Niño:**

- |   |          |          |
|---|----------|----------|
| 8. ¿Alguna vez su niño ha estado hospitalizado e operado?<br>Si es así, por favor explique:   | SI       | NO       |
| 9. ¿Alguna vez su niño ha tenido una seria lesión o enfermedad (fracturado un brazo, lesión en la cabeza, caídas, quemaduras, RV, etc.)?<br>Si es así, por favor explique:  | SI       | NO       |
| 10. El niño tiene frecuentemente: _____ dolor de garganta _____ tos _____ infecciones urinarias/dificultad para orinar<br>_____ dolor de estomago _____ vomito/ diarrea   |          |          |
| 11. ¿El niño tiene dificultad par ver (bizco, mira de cerca los libros)?<br>Si es así, por favor explique:  | SI       | NO       |
| 12. ¿El niño usa anteojos, o supuestamente debe de llevar antejos?<br>Fecha del último examen: _____  | SI       | NO       |
| 13. El niño tiene problemas con sus oídos o de audición ( dolor de oído, frecuentes infecciones de oído, etc.)?<br>Si es así, por favor explique:   | SI       | NO       |
| 14. El niño ha tenido una convulsión o ataque?<br>Fecha de la ultima convulsión: _____ ¿Que medicamento toma para la convulsión? _____  | SI       | NO       |
| 15. El niño esta tomando medicamento ahora?<br>El niño necesita medicamento en Early Head Start/Head Start?<br>Escriba los medicamentos:  | SI<br>SI | NO<br>NO |
| 16. Ha tenido el niño: _____ Varicela _____ Sarampión _____ Rubeola _____ Paperas _____ Escarlatina _____ Tos ferina<br>_____ Asma _____ Diabetes _____ Epilepsia _____ Problemas de corazón _____ Células falciformes<br>_____ Enfermedad hepatica _____ eczema _____ Cáncer _____ colmenas _____ ebulliciones<br>_____ Fiebre reumática<br>Por favor proporcione cualquier explicación/información adicional: |          |          |
| 17. ¿Su niño tiene algún problema de alergia?<br>Alimentos? _____<br>Medicamentos? _____<br>Medio ambiente? _____   | SI       | NO       |
| 18. ¿El niño esta actualmente recibiendo tratamiento por un medico o dentista?<br>Si es así, por favor explique:  | SI       | NO       |
| 19. Comentarios adicionales acerca de la salud del niño:  |          |          |

**\*\*\* Por favor, tenga en cuenta que todos los niños con historial de asma, alergias, convulsiones, diabetes o una dieta especial será requerido tener más papeleo completado por su proveedor de salud ANTES de comenzar la escuela.**

