

Proporcionando servicios de aprendizaje de calidad gratuitos o a bajo costo en el condado de Freeborn

Por favor llene la parte del frente y atrás de su solicitud, y por favor **ESCRIBA CLARAMENTE**. Firme, escriba la fecha en su solicitud y envíe prueba de ingresos con ella.

La aplicación esta disponible tambien en el sitio web: www.familiesfirstmn.org.

Envíela por Correo a: Families First Head Start
126 Woodlake DR SE, Rochester, MN 55904

Entréguela en persona: Brookside Education Center, [Head Start Office Room 122](#), horario de Lunes a Viernes 8 a.m. a 5 p.m.

Envíe por correo electronico comprovante de salario a: andreap@familiesfirstmn.org

Retenga esta pagina como referencia.

Las familias y niños califican de acuerdo al ingreso, las familias con mayor necesidad tienen prioridad para la inscripción. Las colocaciones se hacen basadas en las necesidades del niño y de la familia, la elección de los padres y los espacios disponibles. Head Start y School Readiness harán todo lo posible por inscribir a su hijo (a)(s), pero los espacios disponibles son limitados.

IMPORTANTE: Vamos a contactar a cada una de las familias que soliciten inscripción en Head Start y School Readiness. Por ello, infórmenos de cualquier cambio en su dirección o número de teléfono. Aceptamos solicitudes todo el año. Las solicitudes también están disponibles en www.familiesfirstmn.org.

Early Head Start es:

- **Para mujeres embarazadas y/o niños elegibles menores de 3 años de edad**
- Programa que dura todo el año
- Visitas domiciliarias semanales
- Proveemos servicios a niños con necesidades especiales

Head Start es:

- **Para niños elegibles de 3 y 4 años de edad cumplidos al 1 de septiembre del 2018**
- Si se aceptado, este programa será sin costo alguno para su familia
- Los autobuses están disponibles para **algunas** áreas
- Clases de 4 días a la semana
- Proveemos servicios a niños con necesidades especiales.

Si necesita ayuda o tiene dudas por favor llámenos a:

Para Inglés llame 507-287-2009

Para Español llame 507-287-2009

Para Arabic y (Soomaaliga) Somali llame 507-287-2009

Para llamar gratis 1-800-462-1660



"Asegurando inicios positivos para los niños y sus familias."

Families First of Minnesota es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades

DERECHOS DE PRIVACIDAD DE DATOS DE LOS SOLICITANTES DE CHILD CARE RESOURCE & REFERRAL, INC.

DERECHO A MANTENER SU INFORMACION EN FORMA PRIVADA (PRIVACIDAD DE DATOS)

La mayoría de la información que recopilamos sobre usted será clasificada como privada. Eso significa que usted y la agencia que recopiló los datos pueden verla, y otros no pueden. En ocasiones, las estadísticas y otros datos anónimos serán tomados de la información que recogemos sobre usted o su familia. Esto es público y abierto a cualquier persona, pero no le identifica de ninguna manera.

En algunos casos, la información que recopilamos es catalogada como confidencial. Los datos confidenciales no está abiertos a cualquier persona (ni siquiera a usted), excepto los organismos gubernamentales que la necesitan. Las cifras en esta categoría trata con la investigación civil o penal, algunos datos médicos, y los nombres de las personas que denuncien el abuso de niños o de adultos vulnerables.

Propósito de la Información

La información que se le pide que proporcione será utilizada para determinar elegibilidad para el programa, para coordinar los servicios entre los programas, para verificar el programa de servicios que se prestan, y que nos proporcione una lista de correo. Esta lista se utilizará para mantenerle informado sobre futuros programas y cambios de programa y para informarle de elegibilidad para los programas de Families First of Minnesota. Solamente el personal docente de Head Start o School Readiness Families First así como los empleados de las fuentes de financiación cuyos puestos de trabajo requieren el acceso a esta información, y también los Auditores de cuentas Federales o Estatales, pueden tener acceso a su información.

DERECHO DE ACCESO A SUS RECORDS

Acceso por Usted. Puede ver todos los documentos públicos y privados sobre usted y sus hijos. Para ver el archivo, llame a Families First of Minnesota durante horas laborales de la agencia y haga una solicitud de revisión de sus archivos, se le pedirá un periodo de cinco días hábiles para que el programa que le ofrece servicios tenga el archivo listo. La revisión tendrá lugar en la oficina central durante horas de trabajo.

Acceso por la Agencia. Los empleados de esta agencia tendrán acceso a información acerca de usted en cualquier momento que su trabajo lo requiere. Por ley, algunos otros organismos gubernamentales o contratista también tendrá acceso a cierta información sobre usted si ellos ofrecen un servicio a usted o si proveen un servicio a esta agencia que le afecta y requiere el acceso a sus registros. Pueden incluir los distritos escolares, la salud pública, servicios sociales y asistencia financiera.

FAMILIES FIRST OF MINNESOTA

Solicitud de Inscripción para Head Start y Early Head Start

126 Woodlake DR SE, Rochester, MN 55904 • teléfono (507) 287-2009 • 1 (800) 462-1660 • Fax (507) 287-2411

POR FAVOR LLENE LA PARTE DEL FRENTE Y ATRAS DE ESTA SOLICITUD. FECHELA Y FIRME LA. ESCRIBA CLARAMENTE Si necesita ayuda, por favor llame.

Dirección		# de Teléfono de Casa	
Ciudad	Estado	Código Postal	# de Teléfono Celular
Correo Electrónico (por favor escriba claramente)			# de Teléfono de Otra persona que lo conozca
¿Usted, habla Ingles? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Qué tanto? Nada Poco Mas o Menos Muy Bien		¿Que lenguaje hablan en casa? _____ ¿Necesita un interprete? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
¿Están esperando un bebe en casa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No → en que fecha: _____ ¿Quiere aplicar para Early Head Start como persona embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Puede usted llevar y traer a su hijo a la escuela si no tenemos servicio de bus? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Cuántas personas viven en su casa? _____ ¿Cuántas personas son en su familia? _____	

Estado Civil (elijá uno): <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) pero vivo separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) viviendo en pareja <input type="checkbox"/> Soltero(a)	Marque el seguro medico para cada uno de los aplicantes: <input type="checkbox"/> Blue Plus <input type="checkbox"/> Ucare <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--

Padre/Tutor 1 : Dia de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal/On-Call <input type="checkbox"/> Jubilada/Discapacitada <input type="checkbox"/> Capacitándose/Estudiante <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Desempleada: ¿Fecha de su ultimo empleado? _____ Nombre del empleador: _____	Padre/Tutor 2 : Dia de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal/On-Call <input type="checkbox"/> Jubilada/Discapacitada <input type="checkbox"/> Capacitándose/Estudiante <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Desempleada: ¿Fecha de su ultimo empleado? _____ Nombre del empleador: _____
---	---

Padre/Tutor 1 <input type="checkbox"/> Diploma de Secundaria/GED <input type="checkbox"/> Asociados <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> No Educacion <input type="checkbox"/> Grado completo <input type="checkbox"/> Maestría—Post grado.	Padre/Tutor 2 : Diploma de Secundaria/GED <input type="checkbox"/> Asociados <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> No Educacion <input type="checkbox"/> Grado completo <input type="checkbox"/> Maestría—Post grado.
---	--

Liste A CADA UNA de las personas que viven en su casa. Por favor escriba claramente. CIRCULE la programa que cada solicitante quiere aplicar. Programas para los cuales puede solicitar: **EHS** = Early Head Start (para madres embarazadas y niños menores de 3 años de edad)
HS = Head Start (HS para niños de 3 o 4 años de edad cumplidos al 1 de Sept. 2018)

PRIMER NOMBRE	APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	RAZA <small>(use los códigos de abajo)</small>	ETNICIDAD <small>(Circule una)</small>	RELACION CON EL/LA APLICANTE (S)	Solicitantes únicamente	
							Circule el Programa de su elección	
Padre/Tutor 1 mencionado arriba (si, vive en su casa únicamente)		/ /	M F		Hispano No Hispano			
Padre/Tutor 2 mencionado arriba (si, vive en su casa únicamente)		/ /	M F		Hispano No Hispano			
3.		/ /	M F		Hispano No Hispano		EHS	HS
4.		/ /	M F		Hispano No Hispano		EHS	HS
5.		/ /	M F		Hispano No Hispano		EHS	HS
6.		/ /	M F		Hispano No Hispano		EHS	HS
7.		/ /	M F		Hispano No Hispano		EHS	HS
8.		/ /	M F		Hispano No Hispano		EHS	HS
9.		/ /	M F		Hispano No Hispano		EHS	HS

INGRESE EL CODIGO QUE LE PERTENECE A SU **RAZA**: 1 = Nativo Americano o de Alaska 2 = Asiático 3 = Negro o Afroamericano
 4 = Nativo de Hawái o otro del Pacifico 5 = Blanco 6 = Biracial/Multirracial

Por favor, marque **TODO** lo que afecte a su familia. Esto nos ayuda a entender sus necesidades y la prioridad para la inscripción. **Explique cuando sea necesario.**

Hijo de crianza o en custodia de un familiar	Alguien de mi familia no tiene seguro medico
Hijo con necesidades especiales IFSP o IEP (nombre del niño) _____	Abuso de alcohol o drogas por parte de cualquiera de los padres
Niño separado de sus padres debido cárcel/prisión, despliegue militar, deportación	Estatus de Refugiado
Muerte de alguno de los padres del niño o de un hermano (a)	Alguien en la familia tiene problemas mentales
Abuso o Violencia domestica	¿Se han mudado muchas veces de vivienda?
Enfermedad grave o incapacidad de los padres del niño o hermano (a)	Otras dificultades que le causen mucho estrés
Participación de la oficina de protección infantil	
Disminución del ingreso familiar en los últimos 12 meses	NADA de esto esta afectando a mi familia

Revise a continuación TODO ASISTENCIA PUBLICA Y TODOS LOS INGRESOS QUE RECIBE SU FAMILIA . PRUEBA DE TODOS LOS INGRESOS SE REQUIERE CON SU SOLICITUD (cuadro de la derecho) PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD QUESTIONS ON INCOME CALL: 507-287-2009

Manutención de Niños y Asistencia Pública received within the last 6 months:

- MFIP (Dinero en efectivo)
- Asistencia para pago de Guarderia**
- SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario)
- DWP (Programa de Trabajo de Diversion)
- Asistencia para Refugiado**
- No aplica ninguna

De que condado recibiste esta forma?

Por favor conteste lo siguiente:

El total de ingresos mensuales antes de impuestos: \$ _____

Alguien en su familia reciben manutencion de los hijos? SI No

En caso que si, que condado? _____

Alguien a llenado un aplicacion para manutencion de menores? SI No

En caso que si, que condado? _____

Quien tiene la custodia del nino(s) que aplica? _____

Alguien a recibido subvenciones de ayuda financiera o cualquier Becas en el ultimo ano? SI No

Alguien ha recibido pagos de desempleo, compensacion de trabajadores, o de la Seguridad Social en el ultimo ano? SI No

¿Cual es su situación de vivienda en estos momentos? (marque UNA)

Alquilo—Soy dueño de mi casa	Vivo en un hotel, motel, en un carro o vehículo de campamento, etc.
Comparto vivienda por decisión propia	Vivienda hipotecada, con orden de desalojo, en que fecha: _____
Me quedo en un refugio o vivienda transitoria	Otro (explique) _____

Para las familias con nino desde el nacimiento hasta los 3 anos up to age 3

Estoy enteresado en el programa de visita en casa seminal de Early Head Start? SI No

Para toda las familias

Mi hijo (a) se queda en casa todo el dia? SI No

Mi hijo (a) se queda con un familiar/ vecino/ cuidador/ guarderia: Nombre y Direccion: _____

Who referred you to our programs? (check All that apply)

Educación básica para adultos o programa de alfabetización	Educación Especial de la Primera Infancia	Agencia de Servicios Sociales o Humanitarios
Programa de Guardería	Salud Publica del Condado de Freeborn	Familia y/o Amigos
Prueba de Infancia	Proveedor de Servicios de Salud	Otro (explique)

Yo doy permiso a Families First of Minnesota Head Start y School Readiness verificar mis ingresos y cualquier material relacionado con elegibilidad para la inscripción. Esto incluye la autorización para verificar cualquier tipo de asistencia publica o manutención infantil que reciba por parte del estado. **En pleno acto de mi conocimiento la información que he dado es correcta y verdadera.**

Doy permiso a Families First of Minnesota para intercambiar información como, el nombre de mi hijo (a), DOB, nombre del padre y número de teléfono con el Distrito Escolar 241 de Albert Lea con el propósito de encontrar un posición en escuela precolar.

Firma del Padre/Tutor _____ Nombre de impresion: _____ Fecha: _____

¿Le ayudo alguien a llenar esta solicitud? No Si → ¿Cual es el nombre de la persona?: _____

tel. (_____) _____ - _____ ¿Podemos contactar a esta persona con referencia a su solicitud? Si No