

## 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 está disponible también en el sitio web: [www.familiesfirstmn.org](http://www.familiesfirstmn.org)

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

**Entreguela en persona:** Brookside Education Center, Head Start Office, horario de Lunes a Viernes 8 a.m. a 4:30 p.m.

Envíe por correo electrónico comprobante de salario a: [andreap@familiesfirstmn.org](mailto:andreap@familiesfirstmn.org)

**Retenga esta página 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](http://www.familiesfirstmn.org).

### **Early Head Start es:**

- Para madres embarazadas, bebés y niños pequeños menores de 3 años.
- 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 2021**
- 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 FAMILIES FIRST OF MINNESOTA, INC.**

### **EARLY HEAD START AND HEAD START**

#### **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 están abiertos a cualquier persona (ni siquiera a usted), excepto los organismos gubernamentales que la necesitan. Las cifras en esta categoría tratan con la investigación civil o penal, algunos datos médicos, y los nombres de las personas que denuncian 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 tendrán 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 FIRMELA. ESCRIBA CLARAMENTE Si necesita ayuda, por favor llame.**

Dirección de la casa de la familia		Ciudad Estado	Código Postal	# de Teléfono de Casa
Dirección postal si es diferente a la dirección particular				# de Teléfono Celular
Nombre de la persona si no podemos contactarlo: _____			Correo Electrónico (por favor escriba claramente)	
# Número de teléfono _____				
¿Usted, habla Ingles? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Que lenguaje hablan en casa? _____		¿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	
¿Qué tanto? Nada Poco Mas o Menos Muy Bien	¿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: _____			¿Cuántas personas viven en su casa? _____	
¿Quiere aplicar para Early Head Start como persona embarazada? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			¿Cuántas personas son en su familia? _____	
Estado Civil (elijá uno): <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) pero vivo separado(a)		Marque el seguro medico para cada uno de los aplicantes:		
<input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) viviendo en pareja <input type="checkbox"/> Soltero(a)		<input type="checkbox"/> Blue Plus <input type="checkbox"/> Ucare <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro: _____		

<b>Padre/Tutor 1 : Estado de empleo: (Marque todo lo que corresponda)</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal/On-Call Nombre del empleador: _____ Día de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Jubilada/Discapacitada <input type="checkbox"/> Capacitándose/Estudiante <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Si la fecha de desempleo trabajó por última vez: _____	<b>Padre/Tutor 2 : Estado de empleo: (Marque todo lo que corresponda)</b> <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Temporal/On-Call Nombre del empleador: _____ Día de inicio: _____ <input type="checkbox"/> Jubilada/Discapacitada <input type="checkbox"/> Capacitándose/Estudiante <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/> Si la fecha de desempleo trabajó por última vez: _____
--	--

<b>Padre/Tutor 1</b> <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.	<b>Padre/Tutor 2 :</b> 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)  
**HS = Head Start** (HS para niños de 3 o 4 años de edad cumplidos al 1 de Sept. 2021)

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

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 Pacífico    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	<b>NADA de esto esta afectando a mi familia</b>

2020 INGRESOS SE REQUIEREN CON SU SOLICITUD PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD. SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA SOBRE LOS INGRESOS POR FAVOR DE LLAMAR AL 287-2009

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

- MFIP (Asistencia en efectivo)
- Asistencia en efectivo de otro estado
- Asistencia para pago de Guardería**
- 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 todas las familias**

Mi hijo (s) esta (n) en la casa todo el dia  Si  No

Mi hijo (s) esta (n) con algun familiar/vecino/nana/guarderia, Nombre y direccion:

**Para familias con niños menores de 3 años.**

Estoy interesado en el programa de Early Head Start con visitas semanales.  Si  No

**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)

Mi hijo solicitante \_\_\_\_\_ ha completado una Evaluación de la Primera Infancia en \_\_\_\_\_ en \_\_\_\_\_.  
(Nombre) (Distrito escolar / ubicación) (Fecha)

**Doy permiso** para intercambiar información con Early Childhood Screening. **Doy permiso** a Families First of Minnesota, Head Start para verificar cualquier asistencia pública del condado y / o manutención infantil que pueda recibir. **Doy permiso** para intercambiar información sobre mi hijo / familia, que puede incluir información sobre salud, escuela, trabajo, asistencia, intercambio de padres, desarrollo e inscripción con Families First of MN Programas de socios. **Que yo sepa, la información que he dado es precisa y verdadera. La autorización es válida por un año calendario a partir de la fecha en que se firma.**

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