

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



*Asegurando inicios positivos para los niños y sus familias.”
Families First of Minnesota es un proveedor y empleador que ofrece
igualdad de oportunidad.*

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

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

Entréguela en persona: Brookside Education Center, Head Start Office, 211 W Richway Drive, Albert Lea, horario de Lunes a Viernes 8 a.m. a 4:30 p.m.

Envíe por correo electrónico comprobante de salario a: patriciar@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. 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 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
 - Las opciones incluyen:
 - Home Based Option:** Visitas domiciliarias semanales y 2 veces al mes Hora de participación familiar
 - **Child Care Partnerships:** Lunes a Viernes con visitas domiciliarias mensuales
 - The Children’s Center** - 605 James Ave
 - 801 Luther Place

Head Start es:

- Para niños elegibles de 3 y 4 años de edad cumplidos al 1 de septiembre del 2023
- 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 en otros idiomas o tiene alguna pregunta, llámenos al: 507-287-2009
O llame gratis al 1-800-462-1660

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 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 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 Freeborn County
Application for Early Head Start (EHS) and Head Start (HS)

126 Woodlake DR SE, Rochester, MN 55904 • Tel: (507) 287-2009 • Toll Free: 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 la casa de la familia				Número de teléfono del padre / tutor 1			
Dirección postal si es diferente a la dirección particular				Número de teléfono de la madre / tutor 2			
Nombre de la persona si no podemos contactarlo: # Número de teléfono				Correo Electrónico (por favor escriba claramente)			
¿Usted, habla inglés? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿Qué tanto? NADA <input type="checkbox"/> POCO <input type="checkbox"/> MAS O MENOS <input type="checkbox"/> MUY BIEN <input type="checkbox"/>		¿Necesita un Intérprete? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Qué lenguaje hablan en casa?		¿Cuántas personas viven en su casa? ¿Cuántas personas son en su familia?		¿Puede usted llevar y traer a su hijo a la escuela si no tenemos servicio de bus? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Están esperando un bebe en casa SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> en qué fecha: ¿Quiere aplicar para Early Head Start como persona embarazada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		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) <input type="checkbox"/> Soltero(a) viviendo en pareja					
		Seguro de Salud del Solicitante/s <input type="checkbox"/> Blue Plus <input type="checkbox"/> U Care <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Otro:					
Padre/Tutor 1 : situación laboral (marque todo lo que corresponda) Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilada/Discapacitada <input type="checkbox"/> Temporal/On-Call <input type="checkbox"/> Capacitándose/Estudiante <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/>				<p align="center">➔ ¿Hay un segundo padre/tutor viviendo en el hogar? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p align="center">Complete estas preguntas dentro de esta área SOLAMENTE si el segundo padre/tutor vive en el hogar:</p> Padre/Tutor 2 : situación laboral (marque todo lo que corresponda) Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Medio Tiempo <input type="checkbox"/> Desempleado <input type="checkbox"/> Jubilada/Discapacitada <input type="checkbox"/> Temporal/On-Call <input type="checkbox"/> Capacitándose/Estudiante <input type="checkbox"/> Militar <input type="checkbox"/>			
Padre/Tutor #1 – Empleo Fecha de inicio: Nombre del empleador (si corresponde):				Padre/Tutor #2 – Empleo Fecha de inicio: Nombre del empleador (si corresponde):			
Padre/tutor # 1: Si está desempleado: última fecha en la que trabajó: Explicar por qué:				Padre/tutor # 2: Si está desempleado: última fecha en la que trabajó: Explicar por qué:			
Padre/Tutor #1 – Nivel más alto de educación Diploma de Secundaria/GED <input type="checkbox"/> Asociados <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> No Educación <input type="checkbox"/> Maestría - Post grado <input type="checkbox"/> Grado Completado: _____				Padre/Tutor #2 – Nivel más alto de educación Diploma de Secundaria/GED <input type="checkbox"/> Asociados <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> No Educación <input type="checkbox"/> Maestría—Post grado <input type="checkbox"/> Grado Completado: _____			
ESTOY ASISTIENDO A LA ESCUELA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				ESTOY ASISTIENDO A LA ESCUELA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
¿Hay más adultos que viven en el hogar? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, por favor explique:							
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. 2023)							
PRIMER NOMBRE	APELLIDOS	FECHA DE NACIMIENTO	GENERO	RAZA	ETNICIDAD (Circule una)	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE(S)	Solicitantes únicamente Circule el Programa de su elección
Padre/Tutor #1			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		HISPANO <input type="checkbox"/> NO-HISPANO <input type="checkbox"/>		
Padre/Tutor 2			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		HISPANO <input type="checkbox"/> NO-HISPANO <input type="checkbox"/>		
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		HISPANO <input type="checkbox"/> NO-HISPANO <input type="checkbox"/>	EHS <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/>	
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		HISPANO <input type="checkbox"/> NO-HISPANO <input type="checkbox"/>	EHS <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/>	
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		HISPANO <input type="checkbox"/> NO-HISPANO <input type="checkbox"/>	EHS <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/>	
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		HISPANO <input type="checkbox"/> NO-HISPANO <input type="checkbox"/>	EHS <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/>	
			M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		HISPANO <input type="checkbox"/> NO-HISPANO <input type="checkbox"/>	EHS <input type="checkbox"/> HS <input type="checkbox"/>	
RAZA: NA = Nativo Americano o de Alaska A = Asiático B = Negro o Afroamericano NH = Nativo de Hawái o otro del Pacífico W = Blanco M = Multiracial/Biracial							

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

<input type="checkbox"/> Hijo de crianza o en custodia de un familiar	<input type="checkbox"/> Familiar/es sin seguro medico
<input type="checkbox"/> Hijo con necesidades especiales IFSP o IEP (nombre del niño):	<input type="checkbox"/> Abuso de alcohol o drogas de los padres
<input type="checkbox"/> Niño separado de sus padres debido la cárcel, militar, deportación	<input type="checkbox"/> Refugiado o buscando asilo
<input type="checkbox"/> Muerte de alguno de los padres del niño o de un hermano (a)	<input type="checkbox"/> Miembro de la familia tiene problemas de salud mental
<input type="checkbox"/> Abuso o Violencia domestica	<input type="checkbox"/> La familia se ha mudado muchas veces
<input type="checkbox"/> Enfermedad grave o discapacido de los padres del niño o hermano	<input type="checkbox"/> Partcipación de la oficina de protección infanti
<input type="checkbox"/> Disminución del ingreso familiar en los úlmos 12 meses	<input type="checkbox"/> NADA de esto está afectando a mi familia

Otras dificultades que le causen mucho estrés:

**2022 INGRESOS SE REQUIEREN CON SU SOLICITUD PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD.
SI USTED TIENEALGUNA PREGUNTASOBRE LOS INGRESOS PORFAVOR DE LLAMAR AL 287-2009**

<p>Asistencia Pública que recibio en los ultimos 6 meses:</p> <p><input type="checkbox"/> MFIP (Asistencia en efectivo)</p> <p><input type="checkbox"/> SNAP (Beneficios alimentarios)</p> <p><input type="checkbox"/> DWP (Programa de Trabajo de Diversion)</p> <p><input type="checkbox"/> SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario)</p> <p><input type="checkbox"/> CCAP (Asistencia para pago de Guarderia)</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo de otro estado</p> <p><input type="checkbox"/> Asistencia para Refugiado</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno Aplica – Ver Ingresos</p> <p>¿de qué condado lo recibe? _____</p>	<p>El total de ingresos mensuales antes de impuestos \$ _____</p> <p>Marque todos los ingresos en los últimos 12 meses</p> <p><input type="checkbox"/> Recibo de cheque de pago</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleo</p> <p><input type="checkbox"/> Retiro</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficio para veteranos</p> <p><input type="checkbox"/> Seguridad Social</p> <p><input type="checkbox"/> Otro (explique):</p>	<p>QUE VA A ENTREGAR COMO PRUEBA DE INGRESOS:</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo una declaración de impuestos de 2022 y la llevaré a la oficina principal</p> <p><input type="checkbox"/> NO tengo una declaración de impuestos de 2022, enviaré todos los formularios W2 de 2022 y los traeré a la oficina principal</p> <p><input type="checkbox"/> Se inició un trabajo en 2023. Entregaré 3 talones de pago recientes</p> <p><input type="checkbox"/> Para otros ingresos yo:</p>
--	---	--

¿Cuál es su situación de vivienda en estos momentos? (marque una)

<input type="checkbox"/> Alquilo—Soy dueño de mi casa	<input type="checkbox"/> Vivo en un hotel, motel, en un carro o vehículo de campamento, etc.
<input type="checkbox"/> Comparto vivienda por decisión propia	<input type="checkbox"/> Me quedo en un refugio o vivienda transitoria
<input type="checkbox"/> Vivienda hipotecada, con orden de desalojo, en que fecha:	<input type="checkbox"/> Otro (explique):
<p>Para todas las familias:</p> <p>Mi hijo (s) esta (n) en la casa todo el dia Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Mi hijo (s) esta (n) con un pariente/cuidador de vecinos Nombre y dirección: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>- En caso afirmativo, nombre y dirección del centro o proveedor de atención:</p> <p>- En caso afirmativo, ¿qué horas durante la semana está su hijo bajo cuidado?</p>	<p>Para familias con niños menores de 3 años (Early Head Start):</p> <p>- Estoy interesado en el programa de Early Head Start con visitas semanales Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p> <p>- Me gustaría que mi hijo asistiera a la guardería mientras yo voy al trabajo o la escuela Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>

¿Quién le refirió a nuestro programa? (marque Todas las que apliquen)

<input type="checkbox"/> Educación básica para adultos o programa de alfabetización	<input type="checkbox"/> Educación Especial de la Primera Infancia	<input type="checkbox"/> Agencia de Servicios Sociales o Humanitarios
<input type="checkbox"/> Programa de Guardería	<input type="checkbox"/> Salud Publica del Condado de Olmsted	<input type="checkbox"/> Familia y/o Amigos
<input type="checkbox"/> Prueba de Infancia	<input type="checkbox"/> Proveedor de Servicios de Salud	<input type="checkbox"/> Otro (explique):

¿Su hijo solicitante completó una evaluación de la primera infancia? Si No

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 infanl 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 par'r de la fecha en que se firma.

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

¿Le ayudo alguien a llenar esta solicitud? Si NO ¿Cuál es el nombre de la persona?

¿Podemos contactar a esta persona con referencia a su solicitud? Si NO

¿Cuál es el número de teléfono de esta persona?