

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: 411 1st AVE Suite F, Albert Lea, MN 56007, horario de Lunes a Viernes 8 a.m. a 4:30 p.m.

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 basado 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: Nos pondremos en contacto con todas las familias que soliciten Head Start por teléfono o correo electrónico. Infórmenos si su número de teléfono o dirección cambia. Aceptamos solicitudes durante todo el año.

Early Head Start es:

- Para madres embarazadas, bebés y niños pequeños menores de 3 años.
- Programa que dura todo el año
- Opción basada en el centro: de lunes a jueves para niños de 16 meses a 3 años.
Visitas domiciliarias mensuales
- 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 2026**
- 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



"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 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 de contacto si no Podemos comunicarnos con usted:	Número de teléfono de la persona de contacto si no podemos comunicarnos con usted:	Su dirección de correo electrónico					
¿El padre tutor número 1 necesita un intérprete?? Si ☐ NO ☐ ¿El padre tutor número 2 necesita un intérprete? Si ☐ NO ☐	En caso afirmativo, ¿qué tan bien hablas inglés? NADA ☐ POCO ☐ MAS O MENOS ☐ MUY BIEN ☐ En caso afirmativo, ¿qué tan bien hablas inglés? NADA ☐ POCO ☐ MAS O MENOS ☐ MUY BIEN ☐	¿Hay más adultos viviendo en el hogar? Si ☐ NO ☐ En caso afirmativo, explíquelo porfavor:					
Idiomas que se hablan en casa:	Número de personas que viven en su casa: Número de personas en tu familia:	¿Puede llevar a su hijo hacia y desde la escuela si no hay autobús disponible? Si ☐ NO ☐					
¿Tu familia está esperando un bebé? Si ☐ NO ☐ En caso afirmativo, fecha de vencimiento: _____ ¿Le gustaría recibir visitas domiciliarias prenatales mensuales y visitas domiciliarias semanales después de que nazca el bebé? SI ☐ NO ☐ Who has custody of the child applicant?		Estado civil (elija uno): ☐ CASADO(a) ☐ CASADO(a) PERO VIVO SEPARADO(a) ☐ DIVORCIADO(a) ☐ Viudo(a) ☐ SOLTERO(a) ☐ SOLTERO(a) VIVIENDO EN PAREJA Tipo de seguro médico para cada solicitante: ☐ Blue Plus ☐ U Care ☐ Nada ☐ OTRO - Por favor especifica:					
Padre/Tutor #1 – Situación laboral (marque todo lo que corresponda) Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Desempleado ☐ Jubilada/Discapacitada ☐ Tempora/On-Call ☐ Capacitandose/Estudiante ☐ Militar ☐		→ ¿Hay un segundo padre/tutor viviendo en el hogar? YES ☐ NO ☐ <i>Complete estas preguntas dentro de esta área SÓLO si el segundo padre/tutor vive en el hogar:</i> Padre/Tutor #2 - Situación laboral (marque todo lo que corresponda) Tiempo Completo ☐ Medio Tiempo ☐ Desempleado ☐ Jubilada/Discapacitada ☐ Tempora/On-Call ☐ Capacitandose/Estudiante ☐ Militar ☐					
Padre/Tutor #1 – Fecha de inicio del empleo: Nombre del empleador:		Padre/Tutor #2 – Fecha de inicio del empleo: Nombre del empleador:					
Padre/Tutor #1 – Si está desempleado – fecha del último trabajo: Explicar por qué:		Padre/Tutor #2 – Si está desempleado – fecha del último trabajo: Explicar por qué:					
Padre/Tutor #1 – Nivel más alto de educación ESCUELA SECUNDARIA/GED ☐ ASOCIADOS ☐ BACHILLERATOS ☐ SIN EDUCACIÓN ☐ MAESTRÍA o SUPERIOR ☐ GRADO COMPLETO: _____ ESTOY ASISTIENDO A LA ESCUELA: SI ☐ NO ☐ MI ESCOLARIDAD y/o FORMACIÓN ES LA SIGUIENTE: (dar detalles específicos de su escolarización/formación):		Padre/Tutor #2 – Nivel más alto de educación ESCUELA SECUNDARIA/GED ☐ ASOCIADOS ☐ BACHILLERATOS ☐ SIN EDUCACIÓN ☐ MAESTRÍA o SUPERIOR ☐ GRADO COMPLETO: _____ ESTOY ASISTIENDO A LA ESCUELA: SI ☐ NO ☐ MI ESCOLARIDAD y/o FORMACIÓN ES LA SIGUIENTE: (dar detalles específicos de su escolarización/formación):					
Complete toda la información de CADA persona que vive en su hogar. Por favor imprime claramente. VERIFICA el programa al que postula cada solicitante. Programas a los que puede postularse: EHS = Early Head Start (para madres embarazadas y niños menores de 3 años) HS = Head Start (para niños de 3 o 4 años de edad el 1 de septiembre de 2026 o antes)							
PRIMER NOMBRE	APELLIDOS	FECHA DE NACIMIEM MM-DD-YYYY	GENERO M or F	RAZA (See Below)	ETNICIDAD Marque uno	RELACIÓN CON EL SOLICITANTE(S)	SOLO SOLICITANTES: marque todos los programas que solicitan
Padre/Tutor #1			M ☐ F ☐		HISPANO ☐ NO-HISPANO ☐		
Padre/Tutor #2			M ☐ F ☐		HISPANO ☐ NO-HISPANO ☐		
			M ☐ F ☐		HISPANO ☐ NO-HISPANO ☐		EHS ☐ HS ☐
			M ☐ F ☐		HISPANO ☐ NO-HISPANO ☐		EHS ☐ HS ☐
			M ☐ F ☐		HISPANO ☐ NO-HISPANO ☐		EHS ☐ HS ☐
			M ☐ F ☐		HISPANO ☐ NO-HISPANO ☐		EHS ☐ HS ☐
			M ☐ F ☐		HISPANO ☐ NO-HISPANO ☐		EHS ☐ HS ☐
			M ☐ F ☐		HISPANO ☐ NO-HISPANO ☐		EHS ☐ HS ☐
			M ☐ F ☐		HISPANO ☐ NO-HISPANO ☐		EHS ☐ HS ☐
			M ☐ F ☐		HISPANO ☐ NO-HISPANO ☐		EHS ☐ HS ☐
RAZA: NA/AN= Indio americano/Nativo de Alaska A = Asiático B = Negro/Afroamericano M = Multirracial NH/PI = Nativo de Hawái/Isleño del Pacífico W= Blanco							

SE PUEDEN REQUERIR INGRESOS DE 2025 CON SU SOLICITUD PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD. CUALQUIER PREGUNTA SOBRE INGRESOS, LLAME AL: 507-287-2009		
Marque cualquiera de los siguientes artículos que su familia recibió en los últimos 6 meses: ☐ MFIP (Asistencia en efectivo) ☐ SNAP (Beneficios alimentarios) ☐ CCA (Asistencia de cuidado infantil) ☐ Manutención infantil ☐ SSI (Ingreso de seguridad suplementario) ☐ DWP (Programa de trabajo alternativo) ☐ Asistencia en EFECTIVO de otro estado ☐ Subvención de contrapartida para refugiados ☐ NINGUNO de estos: consulte las opciones de ingresos a continuación		Por favor responda lo siguiente: • Si recibe MFIP (Asistencia en efectivo), SNAP, Asistencia para cuidado infantil, SSI, DWP o Refugee Match, ¿de qué condado lo recibe? _____ • Si recibe manutención infantil del condado, ¿cuál(es) niño(s)? _____
¿Cuál es su ingreso mensual total antes de impuestos? \$ _____ Verifique todos los tipos de ingresos recibidos por los padres/tutores en el último año → ☐ Cheques/talones de pago ☐ Auto-empleo ☐ Desempleo ☐ Ninguno de esos ☐ Otro:		Recibí cheques de pago/recibos de pago y haré (marque todo lo que corresponda): ☐ Tengo una declaración de impuestos de 2025 y la llevaré a la Oficina Principal ☐ NO tengo una declaración de impuestos de 2025: envíe TODOS los formularios W-2 de 2025 ☐ Se inició un trabajo en 2026. Entregaré 3 recibos de pago recientes. ☐ Tengo una copia digital de mis ingresos; la adjuntaré aquí. (Los tipos de archivos para cargar incluyen PDF, DOC/DOCX, JPG/JPEG o PNG únicamente) Para otros ingresos, haré:
Please check below ALL items affecting your family. This helps us to understand your family's needs and priority for enrollment.		
☐ Niño en acogida o bajo custodia de un familiar		☐ Miembro de la familia con un problema de salud mental.
☐ Niño con una necesidad especial, IFSP o IEP (nombre del niño)		☐ Abuso de alcohol o drogas por parte de cualquiera de los padres.
☐ Niño separado de sus padres debido a dificultades		☐ Se mudó a Minnesota en el último año.
☐ Violencia familiar o abuso doméstico u orden de protección		☐ Participación en la protección infantil
☐ Miembro(s) de la familia sin seguro médico		☐ Movido muchas veces
☐ Muerte de un padre o hermano de un niño		☐ El padre/La Madre / tutor no tiene licencia de conducir
☐ Condición médica grave o discapacidad del padre o hermano del niño.		☐ Vehículo poco fiable o la familia no tiene vehículo
☐ Disminución significativa del ingreso familiar en los últimos 12 meses		☐ NINGUNO de estos elementos está afectando a mi familia.
☐ Otras dificultades que causan gran estrés (por favor explique):		
What is your current living situation? (Choose one)		
☐ Propia, ☐ alquilar o ☐ compartir vivienda por elección		☐ Vivir en un hotel, motel, camping, coche, etc.
☐ Compartir vivienda debido a pérdida de vivienda o dificultades		☐ Quedarse en un refugio o vivienda de transición
☐ Casa en ejecución hipotecaria o desalojada Fecha de desalojo:		☐ Otros (por favor explique):
Mi(s) hijo(s) se queda(n) en casa todo el día: ☐ Sí ☐ No Mi(s) hijo(s) se queda(n) con un familiar/amigo/vecino/cuidador/o guardería mientras yo voy al trabajo o a la escuela. ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, nombre y dirección del centro o proveedor de atención: En caso afirmativo, ¿a qué horas durante la semana su hijo está bajo cuidado?		Para familias que solicitan Early Head Start: Estoy interesado en el programa de visitas domiciliarias semanales: Sí ☐ NO ☐ Me gustaría que mi hijo asista de lunes a jueves de 7:45 a. m. a 3:45 p. m. Sí ☐ NO ☐ Me gustaría que mi hijo asista a la guardería mientras trabajo o voy a la escuela: Sí ☐ NO ☐ NOTA: SI ELIGE ESTA OPCIÓN DE CUIDADO INFANTIL, DEBE SOLICITAR ASISTENCIA DE CUIDADO INFANTIL (en línea en mnbenefits.mn.gov)
Who referred you to our program? (Check all that apply)		
☐ Programa de Educación Básica para Adultos o Alfabetización de Adultos	☐ Educación especial de primera infancia	☐ Agencia de servicios sociales o humanos
☐ Programa de cuidado infantil	☐ Salud pública del condado	☐ Amigos o familia
☐ Detección de la primera infancia	☐ Proveedor de atención sanitaria	☐ Otra:
¿Su hijo solicitante ha completado una evaluación de la primera infancia? ☐ Sí ☐ No		
Mi hija 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 y School Readiness para verificar cualquier asistencia pública del condado y/o manutención infantil que recibo. Doy permiso para intercambiar información de mi hijo/familia, que puede incluir información de salud, escuela, trabajo, asistencia, información compartida por los padres, desarrollo e inscripción, con los programas asociados de Families First of MN. Que yo sepa, la información que he proporcionado es precisa y verdadera. La autorización tiene una vigencia de un año calendario a partir de la fecha de la firma		
Firma del padre/tutor:	Imprimir nombre:	La fecha de hoy:
¿Alguien le ayudó a completar esta solicitud? Si ☐ NO ☐ En caso afirmativo, nombre de la persona que le ayuda:		
¿Podemos comunicarnos con esta persona con respecto a esta solicitud? Si ☐ NO ☐ Número de teléfono de la persona que te ayuda:		