



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

Complete las páginas de la solicitud con tinta negra o azul y ESCRIBA CLARAMENTE.

Firme y feche la solicitud y adjunte prueba de todos los ingresos. Las solicitudes también están disponibles en www.familiesfirstmn.org

Envíe por correo o entregue la solicitud completa y el comprobante de ingresos a:

Familias Primero Head Start 126 Woodlake DR SE, Rochester, MN 55904

Hay un buzón disponible y ubicado en la esquina noroeste del edificio para usar después del horario de oficina. Además, se puede enviar un comprobante de ingresos por correo electrónico a: patriciar@familiesfirstmn.org
Guarde esta página para su referencia.

Los niños que califican por ingresos y las familias con la mayor necesidad tienen la prioridad más alta para la inscripción.

Las ubicaciones se realizan de acuerdo con las necesidades del niño y la familia, la elección de los padres y las vacantes disponibles. Head Start hará todo lo posible para inscribir a su hijo, pero el espacio es limitado.

IMPORTANTE: Nos pondremos en contacto con todas las familias que soliciten Head Start.

Háganos saber si su número de teléfono o dirección cambia.

Early Head Start es:

- Para madres embarazadas, bebés y niños pequeños menores de 3 años
- Si es aceptado, este programa de todo el año no tendrá costo para su familia. Las opciones disponibles incluyen:
Opción basada en el hogar: Visitas domiciliarias semanales y 2 veces al mes Hora de participación familiar
Opción basada en el centro: de lunes a jueves para niños de 6 semanas a 3 años. Visitas Domiciliarias Mensuales
Asociaciones de cuidado infantil: de lunes a viernes con visitas domiciliarias mensuales
 - Good News Children’s Center
 - First Steps Academy
 - Eureka Kids
 - Rochester Alternative Learning Center
- Servicios proporcionados para niños con necesidades especiales

Head Start es:

- Para niños que tengan 3 o 4 años el 1 de septiembre de 2023 o antes
- Si es aceptado, este programa no tendrá costo para su familia
- Los autobuses están disponibles para ALGUNAS áreas
- Las clases se imparten 4 días a la semana
- Servicios proporcionados para niños con necesidades especiales

La preparación escolar es:

- Para niños que tengan 3 o 4 años el 1 de septiembre de 2023 o antes
- Si es aceptado, School Readiness le da a su hijo una beca para ayudar a pagar un programa preescolar
- Usted decidirá qué programa preescolar es adecuado para su familia
- Las familias llevan a sus hijos hacia y desde la escuela
- Las clases pueden ser 2, 3, 4 o 5 días a la semana dependiendo de la escuela que elija

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 FAMILIAS FIRST OF MINNESOTA, INC.
HEAD START TEMPRANO Y HEAD START**

DERECHO A MANTENER PRIVADA LA INFORMACIÓN SOBRE USTED (PRIVACIDAD DE DATOS)

La mayor parte de la información que recopilamos sobre usted se clasificará como privada. Eso significa que usted y la agencia que recopila los datos pueden verlos; otros no pueden. Ocasionalmente, se tomarán estadísticas y otros datos anónimos de la información que recopilamos sobre usted o su familia. Esto es público y está abierto a cualquier persona, pero no lo identificará de ninguna manera.

En algunos casos, la información que recopilamos se clasifica como confidencial. Los datos confidenciales no están abiertos a nadie (ni siquiera a usted), excepto a las agencias gubernamentales que los necesitan.

Los datos de esta categoría se ocupan de la investigación civil o penal, algunos datos médicos y los nombres de las personas que denuncian el abuso de niños o adultos vulnerables.

Propósito de la información

La información que se le pide que proporcione se utilizará para determinar la elegibilidad del programa, para coordinar servicios entre programas, para verificar los servicios del programa que se brindan y para proporcionarnos una lista de correo. Esta lista se utilizará para actualizarlo sobre los próximos programas y cambios en los programas y para informarle sobre la elegibilidad para los programas dentro de Families First of Minnesota.

Solo el personal de Head Start o School Readiness Families First y los empleados de fuentes de financiación cuyos trabajos requieren acceso a esta información, así como los auditores federales o estatales, pueden tener acceso a su información.

DERECHO A ACCEDER A SUS REGISTROS

Acceso por usted.

Puede ver todos los registros públicos y privados sobre usted y sus hijos. Para ver su archivo, llame a Families First of Minnesota durante el horario de atención de la agencia y haga una solicitud para revisar sus archivos dentro de los cinco días hábiles comunicándose con el programa del que recibe el servicio. La revisión se llevará a cabo en el sitio durante las horas de trabajo.

Acceso por agencia.

Los empleados de esta agencia tendrán acceso a su información en cualquier momento que su trabajo lo requiera. Por ley, algunas otras agencias gubernamentales y contratistas también tendrán acceso a cierta información sobre usted si le brindan un servicio o si brindan un servicio a esta agencia que lo afecta y requiere acceso a sus registros. Pueden incluir distritos escolares, salud pública, servicios sociales y asistencia financiera.

FAMILIES FIRST OF MINNESOTA Olmsted County

Application for Early Head Start (EHS) and Head Start (HS) and School Readiness (SR)

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"/>	→ ¿Hay un segundo padre/tutor viviendo en el hogar? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Complete estas preguntas dentro de esta área SOLAMENTE si el segundo padre/tutor vive en el hogar: 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: ____ ESTOY ASISTIENDO A LA ESCUELA: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	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"/>
---	---

¿Hay más adultos que viven en el hogar? SI NO 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"/> SR <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"/> SR <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"/> SR <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"/> SR <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"/> SR <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"/> SR <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 lo 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 últimos 12 meses	<input type="checkbox"/> NADA de esto está afectando a mi familia
<input type="checkbox"/> 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> <input type="checkbox"/> MFIP (Asistencia en efectivo) <input type="checkbox"/> SNAP (Beneficios alimentarios) <input type="checkbox"/> DWP (Programa de Trabajo de Diversion) <input type="checkbox"/> SSI (Ingreso de Seguridad Suplementario) <input type="checkbox"/> CCAP (Asistencia para pago de Guarderia) <input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo de otro estado <input type="checkbox"/> Asistencia para Refugiado <input type="checkbox"/> Ninguno Aplica – Ver Ingresos <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 12meses</p> <input type="checkbox"/> Recibo de cheque de pago <input type="checkbox"/> Trabajadores por cuenta propia <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Retiro <input type="checkbox"/> Beneficio para veteranos <input type="checkbox"/> Seguridad Social <input type="checkbox"/> Otro (explique):	<p>QUE VA A ENTREGAR COMO PRUEBA DE INGRESOS:</p> <input type="checkbox"/> Tengo una declaración de impuestos de 2022 y la llevaré a la oficina principal <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 <input type="checkbox"/> Se inició un trabajo en 2023 . Entregaré 3 talones de pago recientes <input type="checkbox"/> Para otros ingresos yo:
--	--	---

¿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: Mi hijo (s) esta (n) en la casa todo el día Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> 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: - 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 asista a clases de lunes a jueves de 7:45 a. m. a 3:45 p. m. 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?