

Recursos Comunitarios de Kitsap
1201 Park Avenue Bremerton, WA 98337
(360) 473-2075 www.kcrearlylearning.org

Olympic ESD #114
105 National Avenue N Bremerton, WA 98312
(360) 478-6889 www.oesd.wednet.edu

Derivado/a por: _____
Nombre _____ Agencia _____
Número de contacto: _____

**Early Head Start / Head Start / ECEAP
2017-2018
Solicitud del menor**

INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (INFORMACIÓN DEL PADRE O MADRE EN CASO DE SER PRENATAL)

Nombre legal del menor _____ Fecha de nacimiento/fecha de parto _____
Primer nombre Segundo nombre Apellido MM/DD/AAAA

Otro(s) nombre(s) utilizados: _____ Idioma materno: _____

Género: Masculino Femenino Menor bajo tutela temporal: Sí No Otro(s) idioma(s) _____

Origen étnico: Hispano/Latino No *Sí *Si la respuesta es "sí", por favor especificar: _____

Raza (marque todas las que correspondan): Blanco Negro o afroamericano

Indio americano o Nativo de Alaska* Asiático* Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico* *Especifique-: _____

Indique si su hijo tiene un IFSP IEP Distrito escolar que emitió el IEP _____

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL

Nombre del padre/tutor legal: _____ Fecha de nacimiento _____
MM/DD/AAAA

Teléfono _____ Llamar Escribir (compañía telefónica: _____) Teléfono alterno _____ Llamar Escribir

Dirección de residencia _____ Idioma materno: _____
Ciudad Código postal

Dirección postal _____ Correo electrónico _____
(En caso de ser diferente a la anterior) Ciudad Código postal

Relación con el menor solicitante _____ ¿Necesita intérprete? Sí No

INFORMACIÓN DEL CUIDADOR SECUNDARIO

Nombre del padre/tutor legal: _____ Fecha de nacimiento _____
MM/DD/AAAA

Teléfono _____ Llamar Escribir (compañía telefónica: _____) Teléfono alterno _____ Llamar Escribir

Dirección de residencia _____ Idioma materno: _____
Ciudad Código postal

Dirección postal _____ Correo electrónico _____
(En caso de ser diferente a la anterior) Ciudad Código postal

Relación con el menor solicitante _____ ¿Necesita intérprete? Sí No

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN

El menor vive en: Hogar de padre o madre soltero Ambos padres en el mismo hogar
 Dos padres en dos hogares

Cantidad de adultos que viven en el hogar _____ Ingreso estimado anual del hogar \$ _____

Cantidad de menores que viven en el hogar _____ Edad de los menores en el hogar _____

¿Algún miembro del hogar está embarazada? Sí No Fecha de parto _____

¿Recibe actualmente alguno de los siguientes?: Servicios CPS Servicios FAR

¿Es actualmente una persona sin hogar?: Sí No

¿Qué preocupaciones tienen sobre su familia? _____

COMPLETE TAMBIÉN EL REVERSO DE LA SOLICITUD

Official Use Only (Solo para uso oficial):

Date Received: _____

Date Entered: _____

By: _____

Child ID: _____

INFORMACIÓN DE RECLUTAMIENTO

¿Ha inscrito anteriormente o tiene inscrito actualmente a un menor en Early Head Start, Head Start o en ECEAP?

Sí No Si la respuesta es "sí" ¿en dónde? _____

¿Cómo se enteró acerca de este programa? (Marque todo lo que corresponda)

- Inscribió anteriormente un menor/familia Familia/Amigo Sitio web Directorio telefónico
 Folletos/Correo Escuela WIC DSHS Servicios de Protección Infantil Otra agencia
 Otro (especificar) _____

Para obtener una lista completa de la documentación necesaria para procesar su solicitud, visítenos en:

<http://kcrearlylearning.org/apply>

www.oesd.wednet.edu

O llamea nuestras oficinas al 360 473-2075/ 360 478-6889



OPCIONES DEL PROGRAMA Todos los programas se ofrecen sin costo para las familias que califiquen

1) Opciones de prenatal hasta 3 años (todo el año)

- Servicios prenatales:** Usted y su bebé en desarrollo recibirán el apoyo de un visitador a domicilio que le brindará información y recursos y hará la transición de su hijo a una opción diferente que se detalla a continuación poco después de su nacimiento.
- Base en el hogar:** Usted y su hijo recibirán el apoyo de un visitador a domicilio una vez a la semana durante 90 minutos. Dos veces al mes los niños y las familias tienen la oportunidad de interactuar en el centro de socialización.
- Opción de cuidado extendido:** Las familias que califiquen asisten entre 6 a 10 horas al día en un centro autorizado que incluyen servicios integrales. Es posible que sean necesarios subsidios de cuidado infantil o pago privado para los cuidados integrales.
- ¿Recibe actualmente subsidios de cuidado infantil? Sí No

2) Opciones de 3 años y 5 años

- Parte del día/ Parte del año:** Los servicios se ofrecen durante 3,5 horas al día, 4 días a la semana. Las clases son de septiembre a mayo.
- Parte del día/ Año completo:** Los servicios se ofrecen durante 3,5 horas al día, 4 días a la semana. Los servicios se brindan todo el año.
- Opción de cuidado extendido:** Las familias que califiquen asisten entre 6 a 10 horas al día en un centro autorizado que incluyen servicios integrales. Es posible que sean necesarios subsidios de cuidado infantil o pago privado para los cuidados integrales.
- ¿Recibe actualmente subsidios de cuidado infantil? Sí No

Preferencias de localización: Port Orchard W Bremerton E Bremerton Silverdale Kingston Poulsbo Seabeck

- Toda documentación presentada con propósitos de inscripción y para establecer elegibilidad pasa a ser propiedad de Recursos Comunitarios de Kitsap/Olympic ESD 114 y no será devuelta. Puede solicitar copias mediante un pedido por escrito.
- Toda la información en este formulario y otros registros individuales de Head Start/Early Head Start/ECEAP es confidencial. Se requiere el permiso por escrito del padre o la madre para enviar registros individuales a personas o agencias fuera de KCR o de los programas Early Head Start/Head Start/ECEA de Olympic ESD 114.
- Estos programas se encuentran disponibles para los menores que califiquen, independientemente de su raza, color, discapacidad, sexo, género u origen nacional.
- Se cancelará la solicitud a cualquier persona que, intencionalmente, brinde información falsa y deberá solicitar nuevamente los servicios.
- Está disponible la traducción TTY 711 (para discapacitados del habla y el oído) en otros idiomas.

CONSENTIMIENTO DEL TUTOR LEGAL:

Recursos Comunitarios de Kitsap/Olympic ESD 114 cuanta con mi permiso para acceder al Registro del Estado de Washington para obtener los registros de vacunación y a Washington CONnection para obtener información de elegibilidad del menor y el padre o madre detallados a continuación con el único propósito de determinar la elegibilidad e inscripción de dicho menor.

Nombre del menor (imprenta) _____

Firma del padre/madre o tutor _____ Fecha _____

Recursos Comunitarios de Kitsap
Educación Temprana y Servicios Familiares
FAX (360) 479-0068 earlylearning@kcr.org

Olympic ESD #114
Programa Head Start/EHS/ECEAP
FAX (360) 405-5808 earlylearning@oesd114.org