



DOCUMENTOS Y PRUEBAS NECESARIAS PARA INSCRIBIRSE: OPCIÓN DEL PROGRAMA HEAD START BASADO EN EL HOGAR

REQUISITOS PARA SER COLOCADO EN LA LISTA DE ESPERA

Para verificar y determinar su elegibilidad para los servicios de Head Start, usted deberá presentar la siguiente documentación durante su cita de solicitud de colocación en la lista de espera:

Verificación de Elegibilidad – Proveer al menos uno de los siguientes documentos para verificar su elegibilidad:

- ☐ Su ingreso en bruto de todas sus fuentes de ingreso combinadas de los últimos 12 meses
- ☐ Si se encuentra empleado(a), un talón actual de su cheque, las formas W-2 y 1040 de sus impuestos del año pasado
- ☐ Las formas W-2 y 1040 de sus impuestos del año pasado
- ☐ Beneficio actual de *TANF* (Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) (Pasaporte para recibir Servicios)
- ☐ Ingreso de Seguro Social
- ☐ Asistencia de Cuidado Adoptivo Temporal (*Foster Care*)
- ☐ Declaración de familia sin hogar (*Homeless*)

Verificación de Información del Niño – Proveer al menos uno de los siguientes documentos para cada niño que desea inscribir:

- ☐ Acta de nacimiento
- ☐ Pasaporte para recibir Servicios del departamento de bienestar social (*Welfare*) del condado
- ☐ Documentos de adopción
- ☐ Registros de colocación de cuidado adoptivo temporal
- ☐ Ordenes de la corte respecto a la custodia del niño o tutelaje
- ☐ Si aplica, prueba de embarazo

Otra documentación – Los siguientes documentos son también requeridos:

- ☐ Tarjeta de seguro de Medical
- ☐ Registro/tarjeta de vacunas del niño
- ☐ Hoja de Información del Niño
- ☐ Si aplica, orden de la corte si afecta los días/horas del cuidado de su hijo
- ☐ Si aplica, el plan de servicios al niño pequeño y la familia (*IFSP*) o plan educativo individual (*IEP*)

DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA INSCRIBIRSE

Si se le selecciona para matricularse en el programa, usted deberá proveer la siguiente documentación:

Formas de Inscripción

- ☐ Prueba de una examen físico o prueba de una cita para realizarse el examen físico

Hoja de Información del Niño

Nombre Del Niño: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Ubicación: _____

Por favor responda a las siguientes preguntas al mejor de su habilidad. El propósito de esta hoja de información es para proporcionar el apoyo necesario para usted y su niño durante su inscripción en nuestro programa.

Si usted responde "Sí" a cualquiera de las siguientes preguntas, por favor especificar/explicar.

Sí No Desarrollo Social y Emocional

☐ ☐ ¿Tiene su hijo un IFSP o IEP actual? _____

☐ ☐ ¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su hijo? _____

☐ ☐ ¿Recibe su hijo servicios proveídos por un profesional de salud mental? _____

☐ ☐ ¿Recibe su hijo servicios proporcionados fuera del programa Head Start? _____

☐ ☐ ¿Su hijo necesita adaptaciones especiales mientras asista a nuestro programa? (Es decir, catéter, sonda de gastrostomía, gafas, refuerzos de pierna etc.) _____

☐ ☐ ¿Usted o su hijo han experimentado recientemente un evento traumático? _____

☐ ☐ ¿Su hijo ha sido entrenado para usar el baño? _____

Sí No Salud y Nutrición

☐ ☐ ¿Su hijo tiene alguna alergia? _____

☐ ☐ ¿Su hijo tiene necesidades dietéticas especiales? _____

☐ ☐ ¿Su hijo va a necesitar medicamento durante las horas del programa (por ejemplo, inhalador, Epi-pen, etc.)? _____

☐ ☐ ¿Tiene otras preocupaciones médicas acerca de su hijo? _____

☐ ☐ Por favor comparta cualquier otras preocupaciones u observaciones que tenga: _____

Firma del Padre: _____ Fecha: _____

Firma del Personal: _____ Fecha: _____

Firma de Gerencia: _____ Fecha: _____

Fecha dada a salud/discapacidad o personal apropiado: _____

PHYSICAL SCREENING FOR CHILDREN

Child's Name _____ Child's Date of Birth _____
 Parent Name _____ Last _____ First _____
 Childcare Center/FCCH _____
 Last _____ First _____

PHYSICAL ASSESSMENT/ Well Baby Check			
☐ 2 month ☐ 4 month ☐ 6 month ☐ 9 month ☐ 12 month ☐ 15 month ☐ 18 month ☐ 24 month ☐ 30 month ☐ 3 year ☐ 4 year ☐ 5 year			
	No Problem	Problem Suspected	Result If Required
History and Physical Exam			
Nutritional Assessment			
Developmental Assessment			
Dental Assessment			
Hearing Screening <i>or</i> Assessment			Right Ear: Pass/Fail Left Ear: Pass/Fail
Vision Screening <i>or</i> Assessment			Right Eye: R-20/ Left Eye: R-20/
Anemia Risk Assessment <i>or</i> HGB/HCT Result			
Blood Pressure Risk Assessment <i>or</i> BP Result			
Lead Risk Assessment <i>or</i> Lead Test Result			

Tuberculosis Requirement
TB Risk Assessment ☐ at risk ☐ not at risk <i>OR</i> TB Test Date Given _____ Read _____ Result _____
Fluoride Preventative Fluoride Varnish Applied: ☐ Yes Date: _____ ☐ No Fluoride Prescribed: ☐ Yes ☐ No
Height and Weight Head Circumference: _____ Height: _____ Weight: _____
IMMUNIZATIONS GIVEN TODAY DTP _____ HepB _____ IPV _____ HepA _____ MMR _____ Hib _____ Varicella _____ Other _____

MEDICAL EVALUATION: Comments / Referrals:

- Are there any **physical or emotional conditions** (orthopedic, cardiac, eye, ear, etc.) which may affect participation in school activities?
☐ Yes ☐ No Explain: _____
- Is the child subject to any condition that may result in a classroom emergency** (e.g., epilepsy, seizures, fainting spells, diabetes, heart condition, allergic reactions (bee stings, etc.))? ☐ Yes ☐ No
Explain: _____
- Is this child under your regular care? ☐ Yes ☐ No Date of examination: _____

PHYSICIAN SIGNATURE _____ Date _____

Clinic Name _____

Clinic Phone Number _____