



Bismarck Public Schools Head Start & Early Head Start

Serving Burleigh, Emmons, and Kidder County

BECEP at Richholt
720 N 14th Street
Bismarck, ND 58501

www.bismarckschools.org
(701) 323-4400
Fax: (701) 323-4405

INFORMACIÓN Y PROCESO DE SOLICITUD

Estimados Padres/Tutores:

¡Gracias por su interés en Early Head Start y Head Start en BECEP! Nuestros programas están diseñados para desarrollar las necesidades académicas, sociales, emocionales y de salud de los niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad, y sus familias. El personal apoya la preparación escolar ayudando a los niños a poseer las habilidades, el conocimiento y las actitudes necesarias para tener éxito en la escuela y para el aprendizaje posterior en la vida. El enfoque de Head Start para la preparación escolar significa que los niños están listos para la escuela, las familias están listas para apoyar el aprendizaje de sus hijos y las escuelas están listas para los niños. Se anima a los niños con discapacidades a presentar su solicitud.

Nuestros programas son financiados por el gobierno federal. La elegibilidad se determina utilizando las pautas de ingresos establecidas por el gobierno federal. El noventa por ciento de las familias inscritas están por debajo del nivel federal de pobreza, no tienen hogar, están en hogares de acogida, reciben Seguro Social Suplementario (SSI), TANF y/o SNAP. Las familias que están dentro de las pautas del 130% pueden ser atendidas **después de** que todas las familias que cumplan con las pautas del 100% de pobreza hayan sido atendidas, si hay espacio disponible.

Pautas federales de pobreza para 2025		
Tamaño de la familia	Ingreso Familiar Anual 100%	Ingreso Anual Familiar 130%
1	\$15,650	\$20,345
2	\$21,150	\$27,495
3	\$26,650	\$34,645
4	\$32,150	\$41,795
5	\$37,650	\$48,945
6	\$43,150	\$56,095
7	\$48,650	\$63,245
8	\$54,150	\$70,395
Por cada persona adicional, + \$5,500		+ \$7,150

Su solicitud **debe estar completa** antes de que podamos determinar la elegibilidad.

Early Head Start (EHS) – atiende a un total de 12 familias embarazadas, bebés y niños pequeños menores de 3 años, en sus hogares durante un período de 12 meses (48 semanas) de julio a junio.

Prenatal: las familias embarazadas reciben una visita domiciliaria una vez al mes o según sea necesario para apoyarlas durante su embarazo.

Desde el nacimiento hasta los 3 años: se brindan servicios para padres y se enfocan en el desarrollo del niño y la educación de los padres a través de visitas domiciliarias semanales. El visitador del hogar apoya la capacidad de los padres para mejorar el desarrollo único de sus hijos a través de actividades y experiencias centradas en el niño. Se proporcionan grupos de juego entre padres e hijos para promover experiencias de socialización para los niños.

Head Start (HS): ofrece educación preescolar a 119 niños de 3 a 5 años durante un período de 9 meses, de agosto a mayo. La instrucción en el aula se brinda de lunes a jueves de 7:40 a 2:30 y los viernes de 7:40 a 10:40. Cada aula cuenta con al menos un maestro y dos auxiliares de instrucción. Cada familia recibirá un mínimo de 2 visitas domiciliarias. Las familias acuden al centro para asistir a una jornada de puertas abiertas y dos conferencias. El transporte hacia y desde la escuela está disponible.

Lista de verificación de la aplicación en el reverso



Lista de verificación de la aplicación:

Paso 1 Complete el proceso de solicitud a BECEP.

(Para evitar retrasos en el procesamiento de su solicitud, complete **todos los** elementos del paso 1 del proceso de solicitud.)

<input type="checkbox"/>	Entrevista en persona	Llame para programar una cita en persona al 701-323-4400
<input type="checkbox"/>	Comprobante de edad	Acta de nacimiento certificada por el estado. El niño debe ser elegible para su edad para inscribirse..
<input type="checkbox"/>	Comprobante de residencia	Un Comprobante de Residencia Principal (Ejemplos indicados a continuación) Un comprobante de residencia secundario (Ejemplos indicados a continuación) <i>Nota:</i> Si vive en una vivienda de transición (motel, campamento, automóvil, refugio o vivienda compartida), no necesita completar este punto. Dígale al personal que se encuentra en una vivienda de transición.
<input type="checkbox"/>	Licencia de conducir o identificación con foto del tutor legal. (Prueba de tutela designada por el tribunal)	La persona que inscribe al estudiante debe ser el padre legal o el tutor designado por el tribunal. Los tutores designados por el tribunal deben proporcionar documentos legales.
Para completar la solicitud de Head Start y determinar si su hijo es elegible, debe presentar los siguientes documentos:		
<input type="checkbox"/>	Comprobante de ingresos	Cada padre/padrastro que viva en el hogar relacionado con el niño por sangre, matrimonio o adopción debe presentar una verificación de ingresos de UNO de los siguientes: <ul style="list-style-type: none"> • Declaración de impuestos 2024 • Comprobantes de pago de los últimos 12 meses • TANF, Supplemental Security Income (SSI), Foster Care Income or SNAP
<input type="checkbox"/>		Manutención de los hijos recibida, si corresponde. Presentar los pagos de manutención de menores recibidos durante los últimos 12 meses.
<input type="checkbox"/>	Early Head Start (EHS)/ Head Start (HS) Aplicación	Revise la solicitud para asegurarse de que se hayan completado todas las preguntas.

Un Comprobante de Residencia Principal (Ejemplos: hipoteca de vivienda, acuerdo de construcción, acuerdo de compra, póliza de seguro de propietario de vivienda, declaración de impuestos sobre la propiedad del condado de Burleigh o contrato de arrendamiento/alquiler que enumera los nombres de los padres/tutores que viven en la unidad de alquiler, además del nombre y número de teléfono del administrador).

Una prueba secundaria de residencia (ejemplos: factura de calefacción/luces, basura/agua o televisión por cable fechada en los últimos 30 días, o documento del Departamento de Servicios Sociales).

Comprobante de residencia inaceptable: correo de EE. UU., cambio de dirección de la oficina de correos, estado de cuenta bancario/tarjeta de crédito, impuestos personales, facturas médicas, cheques de nómina, póliza de seguro o cualquier comprobante de más de 30 días.

Paso 2 Reunión de Orientación. Es posible que se solicite a los nuevos inscritos que completen una evaluación del desarrollo y acompañen al padre/tutor a la cita. **Los siguientes documentos serán necesarios después de la cita de Orientación:**

<input type="checkbox"/>	Examen físico	Examen físico actual (que incluye exámenes de audición y visión, hemoglobina y plomo en la sangre) a través de un proveedor como: su médico de familia, Health Tracks o Unidad de Salud Pública
<input type="checkbox"/>	Examen Dental	Examen dental actual
<input type="checkbox"/>	Cartilla de vacunación	Cartilla de vacunación al día

Solicitante y miembro de la familia Información

Solicitante 1 (Niño de 3 a 5 años o Niño de 0 a 3 años)						
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género	Solicitante que solicita
						<input type="checkbox"/> Early Head Start (Niño: Desde el nacimiento hasta los 3 años) <input type="checkbox"/> Head Start (Niño: 3-5 años)
Raza		Hispano/Latino	Dominio del inglés		Otro idioma	Otras competencias lingüísticas
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente			<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente
Cobertura Primaria de Salud (Marque todo lo que se aplica)		Elegibilidad para Medicaid	Doctor/Hogar Médico	Dentista/Hogar Dental	Seguro dental	
<input type="checkbox"/> Children's Health Insurance Program (CHIP) <input type="checkbox"/> Combinado Medicaid/ CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> State-Only Funded Insurance (Healthy Steps) <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Sobre Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible			<input type="checkbox"/> Children's Health Insurance Program (CHIP) <input type="checkbox"/> Combinado Medicaid/ CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> State-Only Funded Insurance (Healthy Steps) <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Solicitante 2 (Niño de 3 a 5 años, Niño de 0 a 3 años)						
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género	Solicitante que solicita
						<input type="checkbox"/> Early Head Start (Niño: Desde el nacimiento hasta los 3 años) <input type="checkbox"/> Head Start (Niño: 3-5 años)
Raza		Hispano/Latino	Dominio del inglés		Otro idioma	Otras competencias lingüísticas
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente			<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente
Cobertura Primaria de Salud (Marque todo lo que se aplica)		Elegibilidad para Medicaid	Doctor/Hogar Médico	Dentista/Hogar Dental	Seguro dental	
<input type="checkbox"/> Children's Health Insurance Program (CHIP) <input type="checkbox"/> Combinado Medicaid/ CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> State-Only Funded Insurance (Healthy Steps) <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Sobre Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible			<input type="checkbox"/> Children's Health Insurance Program (CHIP) <input type="checkbox"/> Combinado Medicaid/ CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> State-Only Funded Insurance (Healthy Steps) <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Solicitante 3 (Niño de 3 a 5 años, Niño de 0 a 3 años)						
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género	Solicitante que solicita
						<input type="checkbox"/> Early Head Start (Niño: Desde el nacimiento hasta los 3 años) <input type="checkbox"/> Head Start (Niño: 3-5 años)
Raza		Hispano/Latino	Dominio del inglés		Otro idioma	Otras competencias lingüísticas
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente			<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente
Cobertura Primaria de Salud (Marque todo lo que se aplica)		Elegibilidad para Medicaid	Doctor/Hogar Médico	Dentista/Hogar Dental	Seguro dental	
<input type="checkbox"/> Children's Health Insurance Program (CHIP) <input type="checkbox"/> Combinado Medicaid/ CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> State-Only Funded Insurance (Healthy Steps) <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Sobre Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible			<input type="checkbox"/> Children's Health Insurance Program (CHIP) <input type="checkbox"/> Combinado Medicaid/ CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> State-Only Funded Insurance (Healthy Steps) <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Adulto Primario (o Madre Embarazada Solicitante)					
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género
Raza		Hispano/Latino	Dominio del inglés	Otro idioma	Otras competencias lingüísticas
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente
Grado más alto completado		Situación laboral		Relación con el niño	Custodia
<input type="checkbox"/> Del Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Titulación/formación universitaria <input type="checkbox"/> Título universitario/formación avanzada <input type="checkbox"/> Diploma de Educación General <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> < Grado 9 <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grade 11 <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria		<input type="checkbox"/> Dedicación plena (35+ hrs/wk) <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (Under 35 hrs/wk) <input type="checkbox"/> Formación o escuela <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo & Capacitación <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial y Capacitación <input type="checkbox"/> Jubilado o discapacitado	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/hijastro (Encierre en un círculo uno) <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Proporciona servicios financieros apoyo <input type="checkbox"/> Paren adolescentet				Marque todo lo que corresponda:	
Dirección de correo electrónico:			Número de teléfono:		

*** Complete la siguiente sección solo si solicita participar en Early Head Start como solicitante de madre embarazada ***

Fecha de parto del bebé (m/d/y):				
Cobertura Primaria de Salud (Marque todo lo que se aplica)	Elegibilidad para Medicaid	Doctor/Hogar Médico	Dentista/Hogar Dental	Seguro dental
<input type="checkbox"/> Children's Health Insurance Program (CHIP) <input type="checkbox"/> Combinado Medicaid/ CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> State-Only Funded Insurance (Healthy Steps) <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Sobre Medicaid <input type="checkbox"/> Potencialmente Elegible			<input type="checkbox"/> Children's Health Insurance Program (CHIP) <input type="checkbox"/> Combinado Medicaid/ CHIP <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Sin seguro <input type="checkbox"/> State-Only Funded Insurance (Healthy Steps) <input type="checkbox"/> Seguro de salud privado <input type="checkbox"/> Otro: _____

Adulto Primario (o Madre Embarazada Solicitante)					
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género
Raza		Hispano/Latino	Dominio del inglés	Otro idioma	Otras competencias lingüísticas
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente
Grado más alto completado		Situación laboral		Relación con el niño	Custodia
<input type="checkbox"/> Del Asociado <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Titulación/formación universitaria <input type="checkbox"/> Título universitario/formación avanzada <input type="checkbox"/> Diploma de Educación General <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> < Grado 9 <input type="checkbox"/> Grado 10 <input type="checkbox"/> Grade 11 <input type="checkbox"/> Diploma de escuela secundaria		<input type="checkbox"/> Dedicación plena (35+ hrs/wk) <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial (Under 35 hrs/wk) <input type="checkbox"/> Formación o escuela <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Tiempo Completo & Capacitación <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial y Capacitación <input type="checkbox"/> Jubilado o discapacitado	<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/hijastro (Encierre en un círculo uno) <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro Pariente <input type="checkbox"/> Padre de crianza <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Proporciona servicios financieros apoyo <input type="checkbox"/> Padre adolescentet				Marque todo lo que corresponda:	
Dirección de correo electrónico:			Número de teléfono:		

Otro adulto en el hogar					
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género
Raza		Hispano/Latino	Dominio del inglés	Otro idioma	Otras competencias lingüísticas
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente
Relación con el niño			Custodia	Marque todo lo que corresponda:	
<input type="checkbox"/> Biológico/Adoptivo/hijastro <input type="checkbox"/> Padre de crianza (Encierre en un círculo uno) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Nieto <input type="checkbox"/> Otro Pariente			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Vive con la familia <input type="checkbox"/> Proporciona apoyo financiero <input type="checkbox"/> Padre adolescente	
Dirección de correo electrónico:			Número de teléfono:		

Niño(s) adicional(es) en el hogar (No solicitante)						
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género	Vivir en casa
						___ Sí ___no
Raza		Hispano/Latino	Dominio del inglés	Otro idioma	Otras competencias lingüísticas	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente	

Niño(s) adicional(es) en el hogar (No solicitante)						
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género	Vivir en casa
						___ Sí ___no
Raza		Hispano/Latino	Dominio del inglés	Otro idioma	Otras competencias lingüísticas	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente	

Niño(s) adicional(es) en el hogar (No solicitante)						
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género	Vivir en casa
						___ Sí ___no
Raza		Hispano/Latino	Dominio del inglés	Otro idioma	Otras competencias lingüísticas	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente	

Niño(s) adicional(es) en el hogar (No solicitante)						
Nombre	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género	Vivir en casa
						___ Sí ___no
Raza		Hispano/Latino	Dominio del inglés	Otro idioma	Otras competencias lingüísticas	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> American Indian/Alaska Native <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Hawaiano/isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente		<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Competente	

Información familiar

Información familiar								
Dirección de Vida Familiar								
Fecha de inicio	Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	Condado			
Dirección postal de la familia								
Lo mismo que vivir?	Comenzó a usar la fecha	Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No								
Número(s) de teléfono	Tipo de teléfono (<i>marque uno</i>)			Nota (extensión o mejor momento para llamar)		Aceptar mensaje de texto		
Madre:	<input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Padre:	<input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Otro:	<input type="checkbox"/> Teléfono celular <input type="checkbox"/> Hogar <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Otro _____					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
Estado parental (<i>Marque uno</i>)	Lengua materna en casa	Adquirir/Aprender otro idioma además del inglés	Familia sin hogar	Militares en servicio activo	Veterano militar	Referido por la Agencia de Bienestar Infantil	Recibir SNAP	Recibir WIC
<input type="checkbox"/> Familia monoparental <input type="checkbox"/> Familia Dos Padres		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						

El programa BECEP Early Head Start/Head Start atiende a niños y a sus familias desde el nacimiento hasta los 5 años. El programa educativo se adapta a las fortalezas y necesidades individuales de los niños. Fomenta la autoestima y desarrolla habilidades cognitivas, lingüísticas, motoras y sociales. El programa de desarrollo integral incluye exámenes médicos y dentales y tratamiento de seguimiento junto con experiencias en el aula que enfatizan una variedad de prácticas de salud preventiva. Las comidas y meriendas nutritivas se consumen en entornos familiares. Como el principal recurso y educadores de sus hijos, los padres son una parte integral del éxito de HEAD START. Son bienvenidos a ser voluntarios y a participar en actividades para ayudar a apoyar el crecimiento y desarrollo de sus hijos. También tienen oportunidades de liderazgo en el programa al servir en el Consejo de Políticas y/o en los Comités de Padres. HEAD START ofrece apoyo a los padres al apoyar las oportunidades de autosuficiencia. El personal de HEAD START y los padres trabajan juntos para desarrollar acuerdos de asociación de padres que se basen en las fortalezas de la familia para alcanzar las metas familiares a corto y largo plazo.

Honorarios:

HEAD START se financia a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración para Niños, Jóvenes y Familias, Oficina de Head Start. El programa es gratuito para aquellas familias que cumplan con las pautas federales de ingresos de elegibilidad establecidas.

Estoy de acuerdo en cooperar con las políticas y procedimientos del Programa Early Head Start/Head Start. Entiendo que al comienzo del año se me proporcionará un manual para padres, que incluye políticas y procedimientos relevantes.

Certifico que la información proporcionada es correcta a mi leal saber y entender y está sujeta a verificación. También soy consciente de que puedo estar sujeto a la cancelación del programa si la información verificada me descalifica de la elegibilidad.

Firma del Padre/Tutor _____

Fecha _____

Nombre en letra de imprenta del padre/tutor _____

BECEP Head Start
Formulario de Información Familiar
 (2/2025)

Apellido legal del estudiante	Nombre	Segundo Nombre/Initial	Nombre preferido
Fecha de nacimiento		Género	
		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Hembra	

Programas Especiales

¿Este estudiante tiene un Plan de Educación Individual (IEP) vigente a través de Educación Especial? Sí No

En caso afirmativo, sírvase indicar la discapacidad primaria _____

Información de contacto del padre/tutor				
El estudiante vive con	Nombre del Padre/Tutor	Empleador	Teléfono diurno	Teléfono celular (receive text messages)
	Madre			<input type="checkbox"/>
	Correo electrónico de la madre	Dirección de la madre (si es diferente a la del estudiante)		
	Madrastra			<input type="checkbox"/>
	Padre			<input type="checkbox"/>
	Correo electrónico del padre	Dirección del padre (si es diferente a la del estudiante)		
	Padrastra			<input type="checkbox"/>
	Guardián			<input type="checkbox"/>
	Correo electrónico del guardián			
	Cónyuge del tutor			<input type="checkbox"/>

¿Se trata de un hogar monoparental?? Sí No

¿Es el padre/padrastra/tutor un delincuente registrado?? Sí No Nombre: _____

Niño(s) desde el nacimiento hasta los 21 años que viven en un hogar que no sea el padre/tutor			
Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Nombre de la escuela (si está inscrita)

Dirección principal donde viven/residen los niños:

Dirección física	_____		
	Calle	_____	_____
	Ciudad	Estado	Código postal

Dirección a la que se debe enviar la información de la escuela: (si es diferente a la dirección física)

Mailing Dirección	_____		
	Calle	_____	_____
	Ciudad	Estado	Código postal

¿Dónde vive actualmente su hijo/familia? (La ley federal NCLB ordena que hagamos esta pregunta) Por favor, marque la casilla correspondiente:

- Residencia permanente unifamiliar en Bismarck (casa, apartamento, condominio, etc.)
- Vivir en una residencia temporal mientras se construye o se busca una casa
- Jóvenes no acompañados
- Casa de acogida
- En un programa de refugio o vivienda transitoria
- Motel/Hotel
- Doubled Up (compartiendo vivienda con otra familia/individuo debido a dificultades económicas)
- Sin refugio (coche/camping)
- Other: _____

Contactos de emergencia: adicionales a los padres/tutores

Contacto #1 (Apellido, Nombre)	Relación con el niño	Teléfono de contacto.
Contacto #2 (Apellido, Nombre)	Relación con el niño	Teléfono de contacto .
Contacto #3 (Apellido, Nombre)	Relación con el niño	Teléfono de contacto .

Por la presente certifico que toda la información proporcionada en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender. Entiendo que proporcionar información falsa en este formulario o junto con este formulario puede resultar en que el Distrito de Escuelas Públicas de Bismarck retire la inscripción de mi hijo en las Escuelas Públicas de Bismarck.

Firma del padre o tutor legal	Fecha
-------------------------------	-------