



Las Escuelas Públicas de Bismarck Head Start & Early Head Start

Sirviendo a los condados de Burleigh, Emmons, y Kidder

BECEP a Richholt
720 N 14th Street
Bismarck, ND 585801

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

INFORMACION & PROCESO PARA APLICAR

Apreciados padres/responsables:

¡Gracias por su interés en Early Head Start y Head Start a BECEP! Nuestros programas están diseñados.

para desarrollar las necesidades académicas, sociales, emocionales, y de salud de los niños desde su infancia hasta los 5 años, y para sus familias. El personal apoya en la preparación escolar ayudando a los niños a tener las habilidades, el conocimiento, y las actitudes necesarias para su éxito en la escuela y para su aprendizaje más tarde en sus vidas. El enfoque de Head Start para la preparación escolar se trata de que los niños estén listos para la escuela, las familias estén listas para apoyar el aprendizaje de sus hijos, y que las escuelas estén listas para recibir a los niños. Los animamos a que si tiene niños con discapacidades puedan presentar su solicitud.

Nuestros programas están financiados por fondos federales. La elegibilidad es determinada utilizando las pautas de los ingresos establecidas por el gobierno federal. EL noventa por ciento de las familias registradas están por debajo del nivel federal de pobreza, están sin hogar, están en orfandad y/o reciban apoyo público. Las familias que están dentro del 130% de las pautas pueden ser servidos **después** de que todas las familias que cumplen con las pautas de pobreza del 100% hayan sido servidas, si hay espacio disponible.

Su aplicación tiene que ser llenada completamente antes de que podamos determinar su elegibilidad.

2026 pautas federales de pobreza		
No. De miembros de la familia	Ingreso familiar anual 100%	Ingreso familiar anual 130%
1	\$15,960	\$20,748
2	\$21,640	\$28,132
3	\$27,320	\$35,516
4	\$33,000	\$42,900
5	\$38,680	\$50,284
6	\$44,360	\$57,668
7	\$50,040	\$65,052
Por cada persona adicional		
	Añade \$5,680	Añade \$7,384

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

- Prenatal – Familias embarazadas reciben una visita en el hogar, una vez al mes, o más si es necesario para apoyarlas en su embarazo.
- Recién nacidos hasta los 3 años – Se proveerán servicios para padres y enfoque en el desarrollo del niño y la educación de padres a través de visitas domiciliarias semanales. Estas visitas apoyan las habilidades de los padres a mejorar el desarrollo de sus hijos a través de actividades y experiencias centradas en los niños. Grupos de juego entre padres - hijos son proporcionados para promover experiencias de socialización para los niños.

Head Start (HS) – brinda educación infantil a 102 niños entre 3 y 5 años durante un periodo de 9 meses, de agosto a mayo. La instrucción en el aula se imparte de lunes a viernes de 7:40 a.m. a 2:10 p.m. Cada aula tiene al menos un maestro y dos asistentes de enseñanza. Cada familia recibirá un mínimo de 2 visitas domiciliarias. Las familias acuden al centro para jornadas de puertas abiertas y dos conferencias.

Lista de verificación de solicitudes al reverso de la página

Lista de verificación de la aplicación:

Paso 1. Complete el proceso para aplicar a BECEP

Para evitar retrasos al procesar su aplicación, complete **todos** los artículos en el primer paso del proceso de solicitud.

Para completar la solicitud para Head Start y determinar si su niño califica, tiene que enviar los siguientes documentos:		
☐	Prueba de edad	Acta de nacimiento emitido por el estado
☐	Prueba de su domicilio	<u>Una prueba primaria de residencia</u> (ejemplos indicados a continuación) <u>Una prueba secundaria de residencia</u> (ejemplos indicados a continuación) Nota: si estas viviendo en vivienda transitoria (un motel, campamento, carro, refugio o vivienda compartida, no es necesario completar esta parte. Informe al personal que estas en vivienda transitoria.
☐	Licencia de conducir o identificación fotografía del guardián legal (prueba de corte de tutela designada)	La persona que inscribe al estudiante debe ser el padre o el responsable legal designado por la corte. Los responsables designados por el tribunal deben proporcionar papeles legales.
☐	Prueba de sus ingresos	Enviar ingresos de UNA de las siguientes fuentes: • Declaración de los impuestos de 2025 • Recibos de pago de los últimos 12 meses • TANF, ingreso de seguridad suplementario (SSI), ingresos por acogida temporal, o SNAP
☐		Manutención infantil recibida, si se aplica. Presente los pagos recibidos durante los últimos 12 meses.
☐	Aplicación para–Early Head Start (EHS) / Head Start (HS)	Revise la aplicación para asegurarse que todas las preguntas están completadas.
☐	Una entrevista en persona	Llame para programar una entrevista en persona al 701-323-4400.

Un comprobante principal de residencia (ejemplos: hipoteca de la vivienda, contrato de construcción, contrato de compra, póliza de seguro, declaración de impuestos a la propiedad del condado de Burleigh o contrato de arriendo / alquiler que mencione los nombres de los padres / responsables que viven en la unidad en alquiler, más el nombre y el número de teléfono del administrador)

Un comprobante de residencia secundario: (ejemplos: factura de calefacción / luz / basura / agua o televisión por cable con fecha de los últimos 30 días, o documento del Departamento de Servicios Sociales)

Comprobantes de residencia inaceptable: Correo de EE. UU, Cambio de dirección en la oficina de correos, extracto de tarjeta de crédito / banco, impuestos personales, facturas médicas, cheques de nómina, póliza de seguro o cualquier comprobante de más de 30 días.

Paso 2. Reunión de orientación

Se solicita a los nuevos inscritos que completen una evaluación del desarrollo y acompañen al padre / responsable a la cita.

Se necesitarán los siguientes documentos a continuación de la cita de orientación		
☐	Examen Físico	Examen físico actual (que incluye exámenes de audición y visión, hemoglobina y análisis de plomo en sangre) a través de un proveedor como: su médico de familia, o la Unidad de Salud Publica
☐	Examen Dental	Un examen dental actual
☐	Registro de vacunas	Registro de vacunas actualizado

Información sobre el solicitante

Solicitante 1 (Niño de 3 a 5 años, Niño 0-3 años)					
Nombre de pila	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género
Solicitante que solicita:					
☐ Head Start (niño de 3 a 5 años)		☐ Early Head Start (niño 0-3 años)			
Raza y/o etnicidad		Dominio del inglés	Otros idiomas hablados	Otros niveles de competencia lingüística	
☐ Asiático ☐ Raza Negra ☐ Raza blanca ☐ Hispano/Latino		☐ Amerindio/Nativo de Alaska ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio/Norte de África ☐ Otro: _____	☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente	☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente	
Cobertura de Salud Primaria (Revisa todo eso aplica)		Elegibilidad para Medicaid	Cobertura dental (Revisa todo eso aplica)		
☐ Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) ☐ Medicaid combinado/ CHIP ☐ Medicaid ☐ Sin seguro ☐ Seguro financiado solo por el estado (Healthy Steps) ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otros: _____		☐ No elegible ☐ Sobre Medicaid ☐ Potencialmente elegible	☐ Children's Health Insurance Program (CHIP) ☐ Medicaid combinado/ CHIP ☐ Medicaid ☐ Sin seguro ☐ Seguro financiado solo por el estado (Healthy Steps) ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otros: _____		
Residencia de médicos/médicos			Dentista/Hogar Dental		
¿Tiene este estudiante un Plan Educativo Individual (IEP) vigente a través de Educación Especial?					
☐ Sí ☐ No		Si es así, por favor indica la discapacidad principal: _____			

Solicitante 2 (Niño de 3 a 5 años, Niño 0-3 años)					
Nombre de pila	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género
Solicitante que solicita:					
☐ Head Start (niño de 3 a 5 años)		☐ Early Head Start (niño 0-3 años)			
Raza y/o etnicidad		Dominio del inglés	Otros idiomas hablados	Otros niveles de competencia lingüística	
☐ Asiático ☐ Raza Negra ☐ Raza blanca ☐ Hispano/Latino		☐ Amerindio/Nativo de Alaska ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio/Norte de África ☐ Otros: _____	☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente	☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente	
Cobertura de Salud Primaria (Revisa todo eso aplica)		Elegibilidad para Medicaid	Cobertura dental (Revisa todo eso aplica)		
☐ Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) ☐ Medicaid combinado/ CHIP ☐ Medicaid ☐ Sin seguro ☐ Seguro financiado solo por el estado (Healthy Steps) ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otros: _____		☐ No elegible ☐ Sobre Medicaid ☐ Potencialmente elegible	☐ Children's Health Insurance Program (CHIP) ☐ Medicaid combinado/ CHIP ☐ Medicaid ☐ Sin seguro ☐ Seguro financiado solo por el estado (Healthy Steps) ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otros: _____		
Residencia de médicos/médicos			Dentista/Hogar Dental		
¿Tiene este estudiante un Plan Educativo Individual (IEP) vigente a través de Educación Especial?					
☐ Sí ☐ No		Si es así, por favor indica la discapacidad principal: _____			

Información familiar

Adulto Principal (o Solicitantes de Madres Embarazadas)						
Nombre de pila	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género	
Raza y/o etnicidad		Dominio del inglés	Otros idiomas hablados	Otros niveles de competencia lingüística		
☐ Asiático ☐ Raza Negra ☐ Raza blanca ☐ Hispano/Latino		☐ Amerindio/Nativo de Alaska ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio/Norte de África ☐ Otros: _____	☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente	☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente		
Calificación más alta completada		Estado laboral	Relación del niño	Custodia	Comprueba todo lo que se aplica:	
☐ Asociado ☐ Licenciatura ☐ Título universitario/Entrenamiento ☐ Uni o entrenamiento deadvanced ☐ GED		☐ Grados 10 ☐ Grados 11 ☐ Grados 12 ☐ < Grados 9 ☐ Graduado secundaria ☐ Maestría	☐ Todo el Tiempo (35+hrs/wk) ☐ Parte del Tiempo ☐ Empleado Por Temporada ☐ Desempleado ☐ Todo el Tiempo & Entrenamiento ☐ Parte del Tiempo & Entrenamiento ☐ Entrenamiento o Escuela ☐ Retirado o Incapacitado	☐ Biológico/Adoptado/ Hijastró (Círculo uno) ☐ Nieto ☐ Padre de acogida ☐ Otros: _____	☐ Sí ☐ No	☐ Vida con la familia ☐ Padre/Madre Adolescente ☐ Provee Asistencia Económica
Dirección de correo electrónico:			Número de teléfono:		¿Recibir mensajes?	
					☐ Sí ☐ No	
* Completar la sección siguiente <u>solo</u> si solicita el programa Early Head Start como Solicitante de Madre Embarazada *						
Fecha de parto (m/d/y):						
Mes: _____		Día: _____		Año: _____		
Cobertura de Salud Primaria (Revisa todo eso aplica)		Elegibilidad para Medicaid	Cobertura dental (Revisa todo eso aplica)			
☐ Programa de Seguro de Salud Infantil (CHIP) ☐ Medicaid combinado/ CHIP ☐ Medicaid ☐ Sin seguro ☐ Seguro financiado solo por el estado (Healthy Steps) ☐ Seguro de Salud Privado ☐ Otros: _____		☐ No elegible ☐ Sobre Medicaid ☐ Potencialmente elegible	☐ CHIP ☐ Medicaid/CHIP conjunto ☐ Medicaid ☐ Sin Seguro ☐ Seguro Médico Privado ☐ Seguro Fundado Solo por el Estado (Pasos Salvables) ☐ Otros: _____			
Residencia de médicos/médicos			Dentista/Hogar Dental			
Secundaria adulta en el hogar						
Nombre de pila	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género	
Raza y/o etnicidad		Dominio del inglés	Otros idiomas	Otros niveles de competencia lingüística		
☐ Asiático ☐ Raza Negra ☐ Raza blanca ☐ Hispano/Latino		☐ Amerindio/Nativo de Alaska ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio/Norte de África ☐ Otros: _____	☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente	☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente		
Calificación más alta completada		Estado laboral	Relación del niño	Custodia	Comprueba todo lo que se aplica:	
☐ Asociado ☐ Licenciatura ☐ Título universitario/Entrenamiento ☐ Uni o entrenamiento deadvanced ☐ GED		☐ Grados 10 ☐ Grados 11 ☐ Grados 12 ☐ < Grados 9 ☐ Graduado secundaria ☐ Maestría	☐ Todo el Tiempo (35+hrs/wk) ☐ Parte del Tiempo ☐ Empleado Por Temporada ☐ Desempleado ☐ Todo el Tiempo & Entrenamiento ☐ Parte del Tiempo & Entrenamiento ☐ Entrenamiento o Escuela ☐ Retirado o Incapacitado	☐ Biológico/Adoptado/Hijastró (Círculo uno) ☐ Nieto ☐ Otro pariente ☐ Niño en acogida ☐ Otros	☐ Sí ☐ No	☐ Vida con la familia ☐ Padre/Madre Adolescente ☐ Provee Asistencia Económica
Dirección de correo electrónico:			Número de teléfono:		¿Recibir mensajes?	
					☐ Sí ☐ No	

Otros adultos en el hogar					
Nombre de pila	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género
Raza y/o etnicidad		Dominio del inglés	Otros idiomas hablados		Otros niveles de
☐ Asiático ☐ Raza Negra ☐ Raza blanca ☐ Hispano/Latino		☐ Amerindio/Nativo de Alaska ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio/Norte de África ☐ Otros: _____	☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente		☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente
Relación con el niño			Custodia	Revisa todo lo que aplica:	
☐ Biológicos/Adoptados/Hijastro (Círculo uno) ☐ Nieto ☐ Otros: _____			☐ Niño en acogida ☐ Otro pariente	☐ Sí ☐ No	☐ Vida con la familia ☐ Proporciona apoyo financiero ☐ Padre/Madre Adolescente
Dirección de correo electrónico:			Número de teléfono:		¿Recibir mensajes?
					☐ Sí ☐ No

Hijo adicional en el hogar desde la edad de nacimiento hasta los 21 años (no solicitante)						
Nombre de pila	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género	Vivir en casa
						☐ Sí ☐ No
Raza y/o etnicidad		Dominio del inglés	Otros idiomas		Otros niveles de competencia lingüística	
☐ Asiático ☐ Raza Negra ☐ Raza blanca ☐ Hispano/Latino		☐ Amerindio/Nativo de Alaska ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio/Norte de África ☐ Otros: _____	☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente		☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente	
Nombre del centro (si está matriculado):						

Hijo adicional en el hogar desde la edad de nacimiento hasta los 21 años (no solicitante)						
Nombre de pila	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género	Vivir en casa
						☐ Sí ☐ No
Raza y/o etnicidad		Dominio del inglés	Otros idiomas		Otros niveles de competencia lingüística	
☐ Asiático ☐ Raza Negra ☐ Raza blanca ☐ Hispano/Latino		☐ Amerindio/Nativo de Alaska ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio/Norte de África ☐ Otros: _____	☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente		☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente	
Nombre del centro (si está matriculado):						

Hijo adicional en el hogar desde la edad de nacimiento hasta los 21 años (no solicitante)						
Nombre de pila	Segundo nombre	Apellido	Apodo	Cumpleaños	Género	Vivir en casa
						☐ Sí ☐ No
Raza y/o etnicidad		Dominio del inglés	Otros idiomas		Otros niveles de competencia lingüística	
☐ Asiático ☐ Raza Negra ☐ Raza blanca ☐ Hispano/Latino		☐ Amerindio/Nativo de Alaska ☐ Hawaiano/Isleño del Pacífico ☐ Oriente Medio/Norte de África ☐ Otros: _____	☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente		☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Moderado ☐ Competente	
Nombre del centro (si está matriculado):						

Información familiar								
Dirección familiar								
La residencia en cita comenzó:	Dirección en Residencia	Ciudad	Estado	Código postal	Condado			
Dirección postal familiar								
¿Lo mismo que la dirección de vivienda?	¿Comenzó el uso de la cita?	Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal			
☐ Sí ☐ No								
¿Dónde vive actualmente tu hijo o familia? (La ley federal de la NCLB exige que hagamos esta pregunta) Por favor, marque la casilla correspondiente.								
☐ Residencia unifamiliar <u>permanente</u> en Bismarck (Casa, piso, piso, etc..) ☐ Vivir en una <u>residencia temporal</u> mientras construyes o buscas una vivienda ☐ Juventud no acompañada ☐ Hogar de acogida ☐ En un refugio para personas sin hogar o en un programa de vivienda transitoria ☐ Motel/Hotel ☐ Doble (compartir vivienda con otras familias/individuos debido a dificultades económicas) ☐ Sin refugio (Coche/Camping) ☐ Otros: _____								
Información para padres/tutores								
Marco con quién reside el niño (X)	Nombre del padre/tutor	Empleador	Teléfono diurno	Teléfono móvil (¿recibir mensajes de				
	Madre			☐ Sí ☐ No				
	Correo electrónico de la madre	Dirección de la madre (si es diferente a estudiante)						
	Madrastra			☐ Sí ☐ No				
	Padre			☐ Sí ☐ No				
	Correo electrónico del padre	Dirección del padre (si es diferente a estudiante)						
	Padrastro			☐ Sí ☐ No				
	Guardian			☐ Sí ☐ No				
	Correo electrónico de The Guardian							
	Cónyuge del tutor			☐ Sí ☐ No				
¿Es un progenitor/padrastro/tutor un infractor registrado? ☐ Sí ☐ No Si es así, nombra: _____								
Estado parental (<i>marca uno</i>) Primaria	Lengua en casa	¿Aprender otro idioma además del inglés?	¿Familia sin hogar?	¿Servicio activo militar?	¿Vetera no militar?	¿Recomendado por la Agencia de Bienestar Infantil?	¿Recibie ndo SNAP?	¿Recibien do WIC?
☐ Familia monoparental ☐ Familia con dos padres		☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
Contactos de emergencia — adicional para padre/tutor								
Contacto #1 (Apellido, nombre)		Relación con el niño			Número de teléfono			
Contacto #2 1 (Apellido, nombre)		Relación con el niño			Número de teléfono			
Contacto #3 1 (Apellido, nombre)		Relación con el niño			Número de teléfono			

El programa BECEP Early Head Start/Head Start atiende a niños y sus familias desde el nacimiento hasta los 5 años. El programa educativo está adaptado a las fortalezas y necesidades individuales de los niños. Fomenta la autoestima y desarrolla habilidades cognitivas, del lenguaje, motoras y sociales. El programa integral de desarrollo incluye cribados médicos y dentales y tratamientos de seguimiento, junto con experiencias en el aula que enfatizan una variedad de prácticas de salud preventiva. Las comidas y tentempiés nutritivos se consumen en entornos familiares. Como principal recurso y educador de sus hijos, los padres son una parte fundamental del éxito de HEAD START. Se les invita a ser voluntarios y a participar en actividades que ayuden a apoyar el crecimiento y desarrollo de su hijo. También tienen oportunidades de liderazgo en el programa al formar parte del Consejo de Políticas y/o de los Comités de Padres. HEAD START ofrece apoyo a los padres apoyando oportunidades de autosuficiencia. El personal y los padres de HEAD START trabajan juntos para desarrollar acuerdos de colaboración que aprovechen las fortalezas familiares para alcanzar objetivos familiares a corto y largo plazo.

Comisiones:

HEAD START está financiado a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, Administración para Niños, Jóvenes y Familias, Head Start Bureau. El programa es gratuito para aquellas familias que cumplen con las directrices federales establecidas de ingresos de elegibilidad.

Acepto cooperar con las políticas y procedimientos del Programa Early Head Start/Head Start. Entiendo que a principios de año me proporcionarán un manual para padres, que incluye las políticas y procedimientos pertinentes.

Certifico que la información proporcionada es correcta según mi mejor conocimiento y está sujeta a verificación. También soy consciente de que podría estar sujeto a la despedida del programa si la información verificada me descalifica para ser elegible.

Firma del padre/tutor _____ Fecha _____

Nombre impreso del padre/tutor _____