

LISTA DE COMPROBACIÓN DE INSCRIPCIÓN PARA FAMILIAS

1. Documento de Edad (REQUERIDO):

- Acta de Nacimiento/Certificado Registro del Hospital
 Certificado del Hospital Certificado de Sangre India (si corresponde)

2. Comprobante de Ingresos (REQUERIDO para todos los padres/tutores en el hogar):

- Formulario 1040, 1040 EZ o 1040 A de Impuesto al Ingreso del Último Año
 Formulario W-2 2017 del último año
 Recibos de Sueldo más recientes – Equivalente a 1 mes (2 = bisemanal, 4 = semanal)
 Declaración del Empleador – Incluyendo salario y frecuencia de pago- fechada dentro de los últimos 6 meses
 Sin Ingreso – Auto Declaración Escrita (para Head Start SOLAMENTE)
 Documentación de Manutención de Niños (Child Support) fechada dentro de los últimos 6 meses
 Carta de Asignación de Beneficios de Seguridad Social (Social Security Benefits) fechada dentro de los últimos 12 meses

3. Prueba de Elegibilidad Categórica (Si aplica – traer al menos uno):

- Prueba de Carta de Otorgamiento de Ingreso de Seguridad Suplementario (Supplemental Security Income) fechada en los últimos 12 meses
 Prueba de TANF o Carta de Asignación de Dinero de Asistencia (Cash Assistance) fechada en los últimos 12 meses

4. Registros de Salud/Salud Mental (REQUERIDO para el aplicante):

- Registros de vacunaciones – Más reciente Registros de Examen Físico: Chequeo de Rutina
 Registros de Exámenes Dentales IEP y/o Planes de Comportamiento/Tratamiento

5. Comprobante de Domicilio (REQUERIDO):

- Hipoteca Contrato de Renta
 Carta del Dueño/Propietario Factura de Servicios (electricidad, agua, etc.)
 Declaración de situación de vivienda actual

6. Otros Documentos:

- Órdenes de Custodia (si corresponde)

UD. DEBE PROVEER TODOS LOS DOCUMENTOS REQUERIDOS PARA QUE SU APLICACIÓN SEA PROCESADA.

LLAME A LA OFICINA CENTRAL PARA HABLAR CON UN REPRESENTANTE:

MCIU HEAD START MAIN OFFICE: 484-868-9800

FAX: 844-213-1103

MCIU PRE-K COUNTS MAIN OFFICE: 484-868-9550

FAX: 844-828-4199

El criterio de elegibilidad para Head Start y Pre-K Counts se rige de acuerdo con las pautas federales anuales de nivel de pobreza. Estas pautas se actualizan anualmente, a comienzos de enero de cada año respectivo.

Pautas Federales de Nivel de Pobreza de 2021

Tamaño de la Familia	100% (Elegible Head Start)	300% (Elegible Pre-K Counts)
1	\$12,880	\$38,640
2	\$17,420	\$52,260
3	\$21,960	\$65,880
4	\$26,500	\$79,500
5	\$31,040	\$93,120
6	\$35,580	\$106,740
7	\$40,120	\$120,360
8	\$44,660	\$133,980
Integrante Adicional	+\$4,540	+\$13,620

Para Familias Elegibles para Head Start (100% de FPL o Menos)		<input type="checkbox"/> Marcar si no es aplicable
Me han informado de la elegibilidad de mi niño para Head Start y he proporcionado la siguiente información:		
<input type="checkbox"/> Ubicación e información de contacto para el aula de Head Start.		
<input type="checkbox"/> Asistencia adicional con alguna referencia para la aplicación.		
<input type="checkbox"/> Folleto o información en el sitio web sobre el programa Head Start.		
Firma de Padre/Madre:		Fecha:

**APLICACIÓN PARA PROGRAMAS EARLY LEARNING
AÑO DE PROGRAMA 2021-2022**

Fecha de Aplicación:	Distrito Escolar en el que vive:
¿Cómo supo acerca de Head Start / Pre-K Counts?	

Preferencia de Sitio (Por favor marcar todos los que corresponden):

<input type="checkbox"/> Abington SD*	<input type="checkbox"/> Ambler	<input type="checkbox"/> Hancock Elementary
<input type="checkbox"/> Cheltenham SD*	<input type="checkbox"/> Early Learning Academy (West Norristown) *	<input type="checkbox"/> Methacton SD*
<input type="checkbox"/> Lansdale YMCA	<input type="checkbox"/> Perkiomen Valley SD*	<input type="checkbox"/> Pottstown SD
<input type="checkbox"/> North Penn SD*	<input type="checkbox"/> Upper Dublin SD	<input type="checkbox"/> Upper Merion SD*
<input type="checkbox"/> Souderton Area SD*		

Los sitios marcados con un asterisco (*) ofrecen un aula de PreK Counts.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

Nombre del NIÑO:		
<input type="checkbox"/> Masculino	<input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal (Zip):
Dirección de Correo (si es distinta):		
Etnicidad del NIÑO (Por favor marque una): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano/Latino		
Raza del NIÑO (Por favor marcar TODAS las que correspondan):		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Afro Americano	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii / Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):
Idioma utilizado en el HOGAR:		
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Árabe
<input type="checkbox"/> Bengalí	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Chino
<input type="checkbox"/> Otro (por favor especificar):		
El uso del Idioma utilizado en el hogar por parte de mi NIÑO es:		
<input type="checkbox"/> Competente	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada
El uso del Idioma Inglés por parte de mi NIÑO es:		
<input type="checkbox"/> Competente	<input type="checkbox"/> Moderado	<input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada
¿Con qué frecuencia Ud. LEE con su HIJO por semana?		
<input type="checkbox"/> 1-2 horas	<input type="checkbox"/> 3-4 horas	<input type="checkbox"/> 4-5 horas <input type="checkbox"/> 5+ horas

¿Existen órdenes de custodia para el NIÑO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En Trámite
Si la respuesta es "Si" se requiere una copia de las órdenes de custodia del NIÑO previamente a la inscripción.

SECCIÓN 2: INFORMACIÓN DE PADRES/TUTORES

Nombre del Padre/Madre/Tutor PRINCIPAL:		
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Nivel más Alto de Educación Alcanzado:
Teléfono Celular:		Correo Electrónico:
Situación de Empleo (Por favor marcar uno): <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Estacional/Temporario <input type="checkbox"/> Desempleado		Nombre/Dirección del Empleador:
		Teléfono del Trabajo:
¿Actualmente está inscrito en una Institución Educativa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Etnicidad del Padre/Tutor PRIMARIO (Por favor marque una): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano/Latino		
Raza del Padre/Tutor PRIMARIO (Por Favor marcar TODAS las que apliquen): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro (especificar)		
El uso del idioma utilizado en el HOGAR por parte del Padre/Madre/Tutor PRIMARIO es: <input type="checkbox"/> Competente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada		
El uso del idioma INGLÉS por parte del Padre/Madre/Tutor PRIMARIO es: <input type="checkbox"/> Competente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada		
¿Necesitará servicios de interpretación para participar en reuniones individuales? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
¿Está interesado en clases de inglés como Segundo Idioma (ESL)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

Nombre de Padre/Madre/Tutor SECUNDARIO		<input type="checkbox"/> No hay Padre/Madre/Tutor SECUNDARIO
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento:	Nivel más Alto de Educación Alcanzado:
Dirección (si es distinta):		
Teléfono Celular:		Correo Electrónico:
Situación de Empleo (Por favor marcar uno): <input type="checkbox"/> Tiempo Completo <input type="checkbox"/> Tiempo Parcial <input type="checkbox"/> Estacional/Temporario <input type="checkbox"/> Desempleado		Nombre/Dirección del Empleador:
		Teléfono del Trabajo:
¿Actualmente está inscrito en una Institución Educativa? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
Etnicidad del Padre/Tutor SECUNDARIO (Por favor marque una): <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> NO Hispano/Latino		
Raza del Padre/Madre/Tutor SECUNDARIO (Por Favor marcar TODAS las que apliquen): <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/Islands del Pacífico <input type="checkbox"/> Otro (especificar)		
El uso del idioma utilizado en el HOGAR por parte del Padre/Tutor SECUNDARIO es: <input type="checkbox"/> Competente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada		
El uso del idioma INGLÉS por parte del Padre/Tutor SECUNDARIO es: <input type="checkbox"/> Competente <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada		

SECCIÓN 4: DISCAPACIDADES

¿Ha sido su niño diagnosticado con una discapacidad o trastorno de salud mental / de comportamiento?

Si (por favor proporcione una copia del Plan de Intervención de Comportamiento IFSP / IEP) No

Si la respuesta es "Si" por favor proporcionar el nombre del gerente de caso/coordinador de servicios de su niño:

¿Tiene alguna preocupación sobre el desarrollo de su niño? Si No

Si la respuesta es "Si" por favor liste las preocupaciones:

SECCIÓN 5: INFORMACIÓN DE SALUD Y NUTRICIÓN

¿Qué tipo de seguro usa para la atención médica / dental de su NIÑO? (marque al menos uno)

- Medicaid CHIP (Children's Health Insurance Program)
 Seguro financiado sólo por el estado (medicamente indigente) TriCare o Programa Militar de Seguro de Salud
 Seguro privado (proporcionado por el empleador) Servicios de Salud Indios
 Actualmente no tengo seguro de salud para mi NIÑO

Médico de atención primaria del NIÑO: (PCP)/Clínica de atención médica No tiene médico de atención primaria
 Nombre y dirección:

Teléfono:

Correo Electrónico:

Fecha del Último Examen Físico:

¿Se le hizo a su NIÑO una prueba de plomo a los 2 años?
 Si (proveer copia de los resultados) No
 No estoy seguro

¿Está su NIÑO al día con las vacunas?

- Si (proveer copia de los registros)
 No (completar Formulario de Excepción de Vacunación)

¿Tiene Su NIÑO una condición médica diagnosticada como asma, diabetes, alergias, etc.?

- Si (El IHP debe ser completado) No

Información del Proveedor de Cuidado Dental del NIÑO
 Nombre y Dirección:

No tiene un dentista / no ha visto a un dentista

Número de Teléfono:

Correo Electrónico:

Fecha del último examen dental:

¿Va su NIÑO al baño?

- Si No, Usa Pull-ups – Talle:
 No, Usa Pañales – Talle:

¿Tiene Su NIÑO alergias a alimentos o necesidades dietéticas?

- Si (El IHP debe ser completado)
 No

¿Su NIÑO tiene restricciones dietéticas debido a creencias religiosas/personales?

- Si (por favor detallar):
 No

"En los últimos doce (12) meses, nos ha preocupado si nuestra comida se agotaría antes de que obtuviéramos dinero para comprar más."

- A Menudo Cierto A Veces Cierto Nunca Cierto

"En los últimos doce (12) meses, la comida que compramos no duró, y no teníamos dinero para obtener más."

- A Menudo Cierto A Veces Cierto Nunca Cierto

SECTION 6: VIVIENDA/ INFORMACIÓN DE TRANSPORTACIÓN

Tiempo transcurrido en el domicilio actual:	¿Se ha mudado la familia en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Si (Cantidad de veces: _____) <input type="checkbox"/> No
¿Ha experimentado la familia falta de vivienda en los últimos 12 meses (obligada a quedarse con amigos o familiares, en un automóvil, hotel o refugio)? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Ha tratado la familia con Your Way Home en los últimos 6 meses debido a la falta de vivienda? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
¿Tiene un vehículo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Si no tiene vehículo, ¿tiene transporte confiable para dirigirse hacia y desde el sitio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

SECTION 7: FIRMA DEL ACUERDO

Los programas Head Start y Pre-K Counts de MCIU no discriminan ni discriminarán por motivos de raza, color, religión (credo), género, expresión de género, edad, nacionalidad (ascendencia), discapacidad, estado civil, orientación sexual o estado militar, en cualquiera de sus actividades u operaciones. Estamos comprometidos a proporcionar un entorno inclusivo y acogedor para todos los miembros de nuestro personal, voluntarios, subcontratistas, proveedores y clientes.

A mi leal saber y entender, toda la información provista en esta aplicación es verdadera y correcta. Doy fe de que esta información de elegibilidad es verdadera, completa y correcta, y que la documentación de ingresos provista al personal del programa refleja el ingreso TOTAL de la familia. Además, entiendo que la falsificación de esta documentación de cualquier manera puede resultar en una acción del programa que puede incluir la cancelación de la inscripción de mi (s) niño (s) del programa en función de una determinación de inelegibilidad posterior. Mi firma a continuación indica que se me ha informado sobre mis opciones, pero aún puedo optar por inscribirlo en el programa Pre-K Counts. Al firmar esto, también autorizo y doy mi consentimiento para que se divulgue información sobre el programa educativo, planificación y los documentos incluyendo, pero no limitado a, Planes de Educación Individualizada, Evaluaciones y Reportes de Reevaluación.

Firma del padre / madre / tutor PRIMARIO:	Fecha:
Nombre del Trabajador de Compromiso Familiar (FEW) que completó la Admisión:	Tipo de Admisión: <input type="checkbox"/> En Persona <input type="checkbox"/> Teléfono
Firma del FEW:	Fecha:

Si la aplicación fue interpretada / traducida, por favor complete lo siguiente:

Nombre del Intérprete/Traductor:	Teléfono:
Firma del Intérprete/Traductor:	Fecha:

SECTION 8: RECURSOS ADICIONALES

¿Desea recibir recursos adicionales sobre los siguientes servicios? (marque todos los que correspondan):

<input type="checkbox"/> Información local (nuevos en el área)	<input type="checkbox"/> Recursos para Militares/Veteranos	<input type="checkbox"/> Violencia Doméstica
<input type="checkbox"/> Asistencia para Salud Mental/Comportamiento	<input type="checkbox"/> Tratamiento para el Abuso de Substancias/Alcohol	<input type="checkbox"/> Educación para Adultos/Entrenamiento Vocacional

* Su respuesta en esta sección no afecta el estado de su solicitud ni su elegibilidad para la inscripción.