



Head Start  
2390 W Highway 56 #1  
Cedar City, UT 84720  
435-586-6070  
Sin Costo 1-800-796-6070  
Fax 1-435-586-5232  
[www.suu.edu/headstart](http://www.suu.edu/headstart)

## Solicitud de inscripción para Head Start 2020-2021

¡Gracias por su interés en el programa SUU Head Start! Para registrar a su hijo/a en SUU Head Start, por favor complete la aplicación adjunta y regrésela con una **copia** de los documentos de la lista de abajo. Entréguela al Head Start más cercano a usted. **Todas las solicitudes deben ser recibidas en persona.** Solicitudes por fax o por correo electrónico no se aceptarán salvo en casos especiales. Por favor, consulte la página 2 para obtener una lista de los centros y números de teléfono. Si no puede regresar su solicitud en persona, o si estas entregándolo durante los meses de verano en los pueblos de Beaver, Delta, Fillmore, o Parowan, por favor llame al 1-800-796-6070 para obtener instrucciones sobre cómo devolver su solicitud.

**Si no proporciona todos los documentos de la lista, su aplicación será considerada incompleta y su hijo/a no será considerado para matriculación.**

**Certificado de nacimiento o Carta de DCFS**

**Verificación de Ingresos**

Complete el cuestionario en la página 7 para determinar cuáles documentos de ingresos deba incluir con su solicitud.

**Registro de vacunas** - debe tener las siguientes vacunas

4 DTaP	3 Polio	3-4 Hib	1 MMR	3 HEP B	2 HEP A	1 Varicela o verificación de varicela	3 PCV-13
--------	---------	---------	-------	---------	---------	---	----------

La elegibilidad para Head Start se basa en ingresos, edad, necesidades del niño/a y necesidades de la familia. Su hijo/a debe de tener por lo menos 3 años cumplidos antes del 1 de septiembre para calificar para el año escolar (que empieza en agosto). La mayoría de las familias de Head Start deben de estar dentro de las pautas federales de pobreza.

Las clases de Head Start se reúnen por un año escolar regular (de agosto a mayo), de lunes a jueves, cuatro (4) horas al día. Las clases en Delta se reúnen de lunes a viernes por siete (7) horas al día. Una clase de seis horas al día, de lunes a viernes, está disponible en Hurricane Valley sobre una base limitada. Los niños reciben comidas y todos suministros educativos mientras en la clase. No hay costos para el programa de Head Start, pero se fomenta la participación de los padres en la educación de sus hijos porque se ha demostrado que ayuda a los niños a tener éxito.

Por favor nota que SUU Head Start no proporciona transporte. Si usted tiene preguntas, llame por favor al 435-586-6070 o sin costo al 1-800-796-6070, o hable con un miembro de SUU Head Start. ¡Esperamos poder servirle a su niño y su familia!

*This application is available in English.  
Call 1-800-796-6070 for an application in English.*

## Centros de Head Start

Beaver Head Start located in Belknap Elementary School 510 N 650 E, Beaver, UT 84713 435-438-2281 x5121                      Part Day AM Class	Delta Head Start located in Delta, UT 84624  <p style="text-align: center;">Part Day AM &amp; Full Day Class</p>
* Cedar City Head Start Main Center 2390 W Highway 56 #1, Cedar City, UT 84720 435-586-6070 <p style="text-align: center;">Part Day AM/PM and Full Day</p>	Fillmore Head Start located in Fillmore Elementary School 555 W 400 S, Fillmore, UT 84631 435-743-6339                                      Part Day AM Class
Cedar City Head Start Gateway Center 201 E 3800 N, Enoch, UT 84721 435-867-5558                                      Part Day AM Class	Hurricane Valley Head Start 706 N 195 W, LaVerkin, UT 84745 435-635-5603                                      Part Day AM and Full Day
Cedar City Head Start Fiddlers Center 1830 North Main Street Cedar City, UT 84721 <p style="text-align: center;">Full Day Class</p>	*St. George Head Start Main Center 494 E 900, St. George, UT 84790 435-628-5641                      Part Day AM/PM and Full Day
Enoch Head Start (North Side of Enoch Elementary) 4783 Wagonwheel Dr., Enoch, UT 84721 435-865-6959                                      Part Day AM Class	St. George Head Start Bluff Center 175 W 900 S #12, St. George, UT 84770 435-674-4545                                      Part Day AM/PM Class
Parowan Head Start (near the City Pool) 55 S 300 E, Parowan, UT 84761 435-477-1715                                      Part Day AM Class	St. George Young Sunset Center 1469 W. Sunset Blvd St. George, UT 84790 435-359-9321                      Part Day AM/PM and Full Day

***\*These Centers are open during the summer***

***\*\* Other Centers are open by appointment please call 1-800-796-6070 to schedule an appointment***



SUU Head Start  
 2390 W Hwy 56, Suite 1  
 Cedar City, UT 84720  
 Phone: (435) 586-6070 o 1-800-796-6070 ext. 23  
 Fax: (435) 586-5232

Año De Solicitud 2020-2021  
 Complete una copia para **cada** niño elegible  
**Si necesita ayuda con papeleo, llame al 1-800-796-6070**

**DATOS DEL NIÑO**

**1. Nombre del Niño:**

PID # \_\_\_\_\_

Primer Primer Nombre

2ndo nombre

Apellido

**2. Sobrenombre:**

**3. Fecha de Nacimiento:**

**4. Género:**

**5. Teléfono principal de la familia:**

/ /  
 MES DIA AÑO

M F

**6. Domicilio:**

Calle

Número the trailer o apartamento

Ciudad

Estado

Código Postal

**7. Dirección de Correo (si es diferente del domicilio particular):**

P.O. Box o Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

**8a. ¿Fue matriculado anteriormente el niño en Head Start, Early Head Start, Intervención temprana, o con el Distrito Escolar?**

SI  NO

**8b. ¿Si la respuesta es sí, cuantos años?**

1  2  3

**8b. ¿Cual asistió?**

Head Start  Early Head Start  
 Intervención temprana  Distrito Escolar

**9. Origen Etnico:**

Hispano / Latino  
 No-Hispano / No-Latino

**10. Raza:**

Indio Americano/Nativo de Alaska  Asiático  Africo-Americano  Bi-racial/Multi-racial  
 Hawaiano/Otra Isla del Pacifico  Blanco  No Especificada  Otro: \_\_\_\_\_

**11. Idioma que se habla en casa:**

**Primario:**  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_  
**Secundario:**  Inglés  Español  Otro: \_\_\_\_\_

**12. ¿Qué tan bien habla inglés el niño?**

Muy Bien  No muy bien  
 Bien  No lo habla

**13a. ¿Utiliza o necesita guardería para todo el año y/o todo el día?**

SI  NO

**13b. ¿Recibe guardería subsidiada?**

SI  NO

**13c. Lugar de cuidado principal cuando su niño no está en Head Start (marque sólo uno):**

Guardería Familiar  Centro de Guardería o Aula  Programa de pre-Kindergarten de Escuela Pública  
 En casa  Otra casa con un pariente o con alguien que no es de su familia  Otro : \_\_\_\_\_

**14. Tipo de Familia (marque sólo uno)**

Familia con dos padres  Familia con un solo padre (madre sola) viviendo con un compañero/a  
 Familia con un solo padre (madre sola)  Familia con un solo padre (padre solo) viviendo con un compañero/a  
 Familia con un solo padre (padre solo)  Otro(s) Pariente(s)  
 Familia temporal  Otro tipo de familia : \_\_\_\_\_

**15. Composición de la Familia**

¿Es su familia una familia ensamblada (por ejemplo padrastro o madrastra)?  SI  NO

**16. Escriba los nombres de todas las personas que viven en el hogar.**

**Número total de personas que viven en el hogar:** \_\_\_\_\_

Miembro de casa #1

Edad

Relación con el niño

Miembro de casa #5

Edad

Relación con el niño

Miembro de casa #2

Edad

Relación con el niño

Miembro de casa #6

Edad

Relación con el niño

Miembro de casa #3

Edad

Relación con el niño

Miembro de casa #7

Edad

Relación con el niño

Miembro de casa #4

Edad

Relación con el niño

Miembro de casa #8

Edad

Relación con el niño

**DATOS DEMOGRAFICOS DEL ADULTO ENCARGADO**

**1. Nombre del Adulto Encargado:**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ 2ndo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

<b>Correo electrónico:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b> MES / DIA / AÑO	<b>¿Jefe de hogar?</b> SI NO	<b>Género:</b> M F	<b>¿Es usted el guardián legal de este niño?</b> SI NO
----------------------------	--	---------------------------------	-----------------------	--

<b>Teléfono de Casa:</b>	<b>Teléfono de Trabajo:</b>	<b>Teléfono Celular:</b>
--------------------------	-----------------------------	--------------------------

**Domicilio Particular y Dirección de Correo: (si es diferente del niño):**

Calle \_\_\_\_\_ P.O. Box \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

<b>2. Origen Etnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano / No-Latino	<b>3. Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Otro Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africo-Americano <input type="checkbox"/> No Especificada <input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--

<b>4. Idioma que se habla en casa:</b> <b>Primario:</b> Inglés Español Otro: _____ <b>Secundario:</b> Inglés Español Otro: _____	<b>5. ¿Qué tan bien habla inglés?</b> <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No lo habla	<b>6. Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado. <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo
--	---	--

<b>7. Ocupación Actual</b> <b>Primer Día:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Trabajo Pagado:</b> <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> <b>Programa de capacitación laboral:</b> <input type="checkbox"/> Con pago <input type="checkbox"/> Sin pago <input type="checkbox"/> <b>Desempleado:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo desempleado: _____ meses <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa de trabajo <input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No puede trabajar debido a una discapacidad	<b>8. Educación</b> <input type="checkbox"/> Escuela de tiempo completa <input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria/GED <input type="checkbox"/> Carrera técnica/negocios <input type="checkbox"/> Grado de título de asociado <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Menos de la secundaria <input type="checkbox"/> Grado de universitario <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---

**9. Estatus militar**  
¿Es actualmente un miembro de las fuerzas armadas del EEUU?  SI  NO  
¿Es este padre un veterano de las fuerzas armadas del EEUU?  SI  NO

**DATOS DEMOGRAFICOS DEL ADULTO SECUNDARIA**

**1. Nombre del Adulto Secundaria:**

Primer Nombre \_\_\_\_\_ 2ndo nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

<b>Correo electrónico:</b>	<b>Fecha de Nacimiento:</b> MES / DIA / AÑO	<b>¿Jefe de hogar?</b> SI NO	<b>Género:</b> M F	<b>¿Es usted el guardián legal de este niño?</b> SI NO
----------------------------	--	---------------------------------	-----------------------	--

<b>Teléfono de Casa:</b>	<b>Teléfono de Trabajo:</b>	<b>Teléfono Celular:</b>
--------------------------	-----------------------------	--------------------------

**10. Domicilio Particular y Dirección de Correo: (si es diferente del niño):**

Calle \_\_\_\_\_ P.O. Box \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

<b>2. Origen Etnico:</b> <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> No-Hispano / No-Latino	<b>3. Raza:</b> <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano/Otro Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Africo-Americano <input type="checkbox"/> No Especificada <input type="checkbox"/> Bi-racial/Multi-racial <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	--

<b>4. Idioma que se habla en casa:</b> <b>Primario:</b> Inglés Español Otro: _____ <b>Secundario:</b> Inglés Español Otro: _____	<b>5. ¿Qué tan bien habla inglés?</b> <input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> No lo habla	<b>6. Estado Civil:</b> <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo
--	---	---

<b>7. Ocupación Actual</b> <b>Primer Día:</b> _____ <input type="checkbox"/> <b>Trabajo Pagado:</b> <input type="checkbox"/> Jornada completa <input type="checkbox"/> Jornada parcial <input type="checkbox"/> Temporal <input type="checkbox"/> <b>Programa de capacitación laboral:</b> <input type="checkbox"/> Con pago <input type="checkbox"/> Sin pago <input type="checkbox"/> <b>Desempleado:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo desempleado: _____ meses <input type="checkbox"/> Sin experiencia previa de trabajo <input type="checkbox"/> <b>Otro:</b> <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> No puede trabajar debido a una discapacidad	<b>8. Educación</b> <input type="checkbox"/> Escuela de tiempo completa <input type="checkbox"/> Graduado de la secundaria/GED <input type="checkbox"/> Carrera técnica/negocios <input type="checkbox"/> Grado de título de asociado <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> Menos de la secundaria <input type="checkbox"/> Grado de universitario <input type="checkbox"/> Otro: _____
--	---

**9. Estatus militar**  
¿Es actualmente un miembro de las fuerzas armadas del EEUU?  SI  NO  
¿Es este padre un veterano de las fuerzas armadas del EEUU?  SI  NO

**INFORMACION FAMILIAR**

**1. Tipo de Vivienda (marque sólo uno)**

- Apartamento
- Refugio comunitario
- Sin hogar
- Cuarto de Hotel / Motel
- Casa
- Vivienda para migrantes
- Casa rodante / trailer
- Otro: \_\_\_\_\_

**2. Arreglo de pago por vivienda (marque sólo uno)**

- Intercambio de servicios por vivienda
- No hace ningún pago por la vivienda
- Recibe subsidio para la vivienda
- Vivienda propia
- Vivienda de renta
- Otro: \_\_\_\_\_

**3. Tiempo residiendo en el domicilio actual:**

- Menos de 6 meses
- 6 – 12 meses
- 1 – 2 años
- 2+ años

**4. ¿Cuántas veces se ha mudado en los últimos 12 meses?**

**5. Tipo de servicios o asistencia financiera recibida (maque todo lo que se aplique)**

- Medicaid o CHIP
- (TANF) Ayuda temporaria para familias
- (SSI) Seguridad de ingreso suplementario
- Desempleo
- (WIC) Mujeres, Bebés y Niños
- (SNAP) Programa de cupones para alimentos

**6. Transporte**

6a. ¿Puede usted o alguien en su familia transportar a su hijo/a a Head Start?  SI  NO

6b. ¿Si la respuesta es no, como transportaría a su hijo/a a Head Start? \_\_\_\_\_

*(Por favor nota que SUU Head Start no proporciona transporte.)*

**7. Estatus de residencia (marque todos los que aplican)**

Sí  No ¿Vive la familia del niño con otros adultos, inclusive parientes, debido a luchas económicas?

Si la respuesta es sí, explica por favor \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Vive el niño en un refugio, hotel, motel, o falta residencia regular y fija? (violencia doméstica, emergencia, o envoltura de transición)

Si la respuesta es sí, explica por favor \_\_\_\_\_

Sí  No ¿Vive el niño en un coche, en el parque, sitio de campar, o en lugar público?

Si la respuesta es sí, explica por favor \_\_\_\_\_

**8. Verificación de Terceros:** Si indicó "sí" a cualquiera de las preguntas en la sección 7. **Estatus de residencia** arriba, ¿puede SUU Head Start tener permiso para ponerse en contacto con la persona o entidad que pueda verificar su información?

Sí *(Por favor complete la siguiente información)* Firma de guardián legal: \_\_\_\_\_  No

Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Afiliación (abuelo, refugio, etc.): \_\_\_\_\_

**INFORMACION ADICIONAL**

**Si cualquiera de lo siguiente aplica, por favor, si lo desea, explíquelo con más detalle.**

**1. ¿Ha habido cambios negativos en el empleo, en las condiciones de vida, o en los ingresos?**

---

---

---

**2. ¿Hay alguien viviendo en la casa con incapacidades y / o problemas de salud?**

---

---

---

**3. Describa brevemente la crisis familiar de tal manera que nosotros podemos prepararnos mejor para su hijo/a (una muerte, divorcio, separación, pérdida de trabajo, movimiento reciente, abuso de sustancias, encarcelamiento, abuso, salud mental, etc.) Utilice el otro lado del papel si necesita.**

---

---

---

Para proporcionar los mejores servicios para su hijo y sus necesidades, responda lo siguiente:

**Social Emocional**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| ¿su hijo volvería a jugar con otros niños aparte de él o ella?    | Si | No |
| ¿Él o ella a menudo se sobre estimulan?                           | Si | No |
| ¿Él o ella a menudo golpean, patean o muerden?                    | Si | No |
| ¿Puede él o ella hacer contacto visual conmigo mientras hablamos? | Si | No |

**Lenguaje/Comunicación**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| ¿Entienden otras personas ajenas a su familia lo que dice? | Si | No |
| ¿Puede él / ella decir su propio nombre?                   | Si | No |
| ¿Puede hablar en oraciones de 3-5 palabras o más?          | Si | No |

**Cognitivo**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| ¿Puede su hijo entender instrucciones de un paso?                         | Si | No |
| ¿Puede su hijo hacer juegos imaginarios (como un plátano es un teléfono)? | Si | No |
| ¿Puede su hijo quedarse con una actividad durante 5 minutos o más?        | Si | No |

**Movimiento**

- |   |    |    |
|---|----|----|
| ¿Puede su hijo saltar con un pie?   | Si | No |
| ¿Puede su hijo alimentarse solo con una cuchara?                                    | Si | No |
| ¿Puede su hijo pasar de estar sentado a estar de pie por su cuenta?                 | Si | No |
| ¿Puede su hijo usar el inodoro constantemente?                                      | Si | No |
| ¿Puede su hijo cambiar sus propios roperos si tiene un accidente de humedecimiento? | Si | No |

**Educación**

- |  |    |    |
|--|----|----|
| ¿Ha estado alguna vez su hijo en un salón de clases?                   | Si | No |
| ¿Ha asistido su hijo al preescolar del distrito escolar?               | Si | No |
| ¿Tiene su hijo un IEP? *Si la respuesta es sí, proporcione una copia** | Si | No |

¿ Tuvo su hijo problemas de salud al nacer? Si es así, por favor describa: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Le preocupa la salud general y el desarrollo de su hijo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si respondió sí a cualquiera de las preguntas anteriores, explique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Los Estándares del Desempeño de Head Start requieren que todos niños están hasta la fecha o al día con todas inmunizaciones y exámenes de salud y exámenes dentales.

1. ¿Si usted no tiene a un médico, dentista, ni una manera de pagar por citas, querría usted ayuda?  SI  NO

2. Condiciones que tiene su niño que pueden ser importantes en una emergencia (marque todas las que aplican)

Alergias

Condiciones

Mordeduras : \_\_\_\_\_

Asma

Comida : \_\_\_\_\_

Diabetes

Medicamentos : \_\_\_\_\_

Convulsiones

Otro : \_\_\_\_\_

Otro : \_\_\_\_\_

3. ¿La condición está actualmente contralada / bajo cuidado médico?  SI  NO

4a. ¿Tiene preocupaciones acerca de la salud general y el desarrollo de su niño?

SI  NO

4b. Describa la preocupación:

4c. Preocupación Expresada Por (marque uno):

Proveedor Médico

Proveedor Primario de Cuidado

Miembro de la Familia

Personal del Programa

Agencia de Servicio Social

Otro : \_\_\_\_\_

5. ¿Ha asistido su niño el jardín de niños del Distrito Escolar?  SI  NO

6a. ¿Tiene su niño una incapacidad?

SI  NO

6b. Si la respuesta es sí, seleccione por favor uno del siguiente.

Hablar o del Lenguaje

Conducta

Desarrollo

Múltiple

Otro: \_\_\_\_\_

**Proporcione por favor documentos de referencia si el niño ha sido diagnosticado con incapacidades (Por ejemplo, IEP, nota de doctor, etc.) \*\*\***

7. ¿Puede el niño utilizar el baño por él/ella misma?  SI  NO

8. ¿Pueden cambiar su propia ropa si ellos tienen un accidente de baño?  SI  NO

9a. Proveedores de Seguro Médico:

Medicare / Medicaid

Child Health Insurance Program (CHIP)

Privado

Sin Cobertura

Otro: \_\_\_\_\_

9b. Fecha de Vigencia del Seguro:

9c. Fecha de Vencimiento: (MM / DD / AA)

9d. Seguro Principal:

SI NO N/A

9e. ¿Incluye Seguro Dental?

SI NO N/A

10a. Proveedor Médico Actual:

10b. Teléfono:

10c. Fecha del Ultimo Examen Médico: (MM/DD/AA)

11a. Proveedor Dental Actual:

11b. Teléfono:

11c. Fecha del Ultimo Examen Dental: (MM/DD/AA)

**1. Nombre del Niño:**

\_\_\_\_\_

First Name

Last Name

**2. Fecha de Nacimiento:** (mes/ día / año)

**3. Consentimiento de Emergencia Médica:**

En caso de herida o emergencia médica, mi firma abajo autoriza al personal de Head Start a dar permiso a cualquier médico, enfermera, personal del hospital, o paramédico para proporcionar cuidado médico como ellos (el personal médico) cree necesario en el mejor interés de mi niño.

X \_\_\_\_\_  
**Firma de Padre / Guardián Legal**

**Fecha**

X \_\_\_\_\_  
**Firma de Padre / Guardián Legal**

**Fecha**

**4. Teléfono de Emergencia del Adulto Encargado:**

Teléfono 1: \_\_\_\_\_

Casa  Trabajo  Celular  Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Casa  Trabajo  Celular  Otro: \_\_\_\_\_

**5. Teléfono de Emergencia del Adulto Secundario:**

Teléfono 1: \_\_\_\_\_

Casa  Trabajo  Celular  Otro: \_\_\_\_\_

Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Casa  Trabajo  Celular  Otro: \_\_\_\_\_

**6. Contactos de Emergencia:**

¿Si el padre/guardián no puede ser localizado, quién sabrá donde encontrarlo a usted o ser responsable de su niño?

<b>Contacto de Emergencia 1:</b>		<b>Domicilio:</b>		<b>Género:</b>	
Nombre: _____		Calle _____ Ciudad _____		M F	
Teléfono 1: _____		Teléfono 2: _____		Relación con el niño: _____	
<b>Contacto de Emergencia 2:</b>		<b>Domicilio:</b>		<b>Género:</b>	
Nombre: _____		Calle _____ Ciudad _____		M F	
Teléfono 1: _____		Teléfono 2: _____		Relación con el niño: _____	
<b>Contacto de Emergencia 3:</b>		<b>Domicilio:</b>		<b>Género:</b>	
Nombre: _____		Calle _____ Ciudad _____		M F	
Teléfono 1: _____		Teléfono 2: _____		Relación con el niño: _____	
<b>Contacto de Emergencia 4:</b>		<b>Domicilio:</b>		<b>Género:</b>	
Nombre: _____		Calle _____ Ciudad _____		M F	
Teléfono 1: _____		Teléfono 2: _____		Relación con el niño: _____	
<b>Contacto de Emergencia 5:</b>		<b>Domicilio:</b>		<b>Género:</b>	
Nombre: _____		Calle _____ Ciudad _____		M F	
Teléfono 1: _____		Teléfono 2: _____		Relación con el niño: _____	

*En caso de una emergencia médica o de comunidad, el personal de SUU Head Start transportará a su niño si usted o nadie de su información de contacto puede ser contactado.*

**7. Autorización de Transporte:** Yo por la presente autorizo a las personas enlistadas arriba para recoger a mi niño.

X \_\_\_\_\_  
**Firma de Padre / Guardián Legal**

**Fecha**

X \_\_\_\_\_  
**Firma de Padre / Guardián Legal**

**Fecha**



**Adulto Encargado :**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**1. ¿Padre empezó a trabajar con empresa actual durante Enero o antes del 2019 ?**

- SI** Entregue su W2 de Impuestos del 2019  **No trabaja**  
 **NO, El/Ella Empezó después de enero de 2020.**

Entregar **todas colillas de cheques Y** Formulario de Verificación de Empleo, Forma DWS 630, o carta de la empresa declarando sus ingresos mensuales. El Formulario Verificación de Empleo esta adjunto a esta solicitud.

**2. ¿Este apoderado cobra desempleo?**

- SI** Entregue su declaración o carta de desempleo.  
 **NO**

**3. ¿Este apoderado cobra manutención, aun los niños que no se estén registrando para Head Start?**

- SI** Entregue su declaración de ORS o decreto de divorcio. Si es un acuerdo informal, necesitamos una carta del proveedor que declare cuanto aporta.  
 **NO**

**4. ¿Recibe alguna beca o subvención escolar?**

- SI** Entregue documentos de beca o subvención escolar que ha recibido.  
 **NO**

**5. ¿Este apoderado recibe beneficios de Seguro Social Suplementar (SSI), Incluyendo beneficios a niños? Que no se confunda con SSDI (seguro social de discapacidad).**

- SI** Entregue su declaración que indique SSI.  
 **NO**

**6. ¿Este apoderado recibe Programa de Trabajo de Familia (FEP) beneficios del Servicio de Workforce(Mano de Obras)?**

- SI** Entregue su declaración de FEP  
 **NO**

**7. ¿Este apoderado recibe beneficios del Seguro Social aparte de SSI, Incluyendo de parte de niños?**

- SI** Entregue su Carta de Verificación de Beneficios disponible a través de [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).  
 **NO**

**8. ¿Este apoderado recibe asistencia de familiares , amigos, u organizaciones (Iglesia, etc.) en forma de efectivo, ayuda con pagos (cuenta de teléfono, compran comida, pagan su arriendo etc.), o vivienda (usted vive con ellos de forma gratuita)?**

- SI** Provea una carta escrita por individuo u organización asistiéndole donde afirme que tipo de ayuda le están proporcionando.  
 **NO**

**Adulto Secundario:**

**Name:** \_\_\_\_\_

**1. ¿Padre empezó a trabajar con empresa actual durante Enero o antes del 2019?**

- SI** Entregue su W2 de Impuestos del 2019 **NO**,  **No trabaja**  
 **El/Ella Empezó después de enero de 2020.**

Entregar **todas colillas de cheques Y** Formulario de Verificación de Empleo, Forma DWS 630, o carta de la empresa declarando sus ingresos mensuales. El Formulario Verificación de Empleo esta adjunto a esta solicitud.

**2. ¿Este apoderado cobra desempleo?**

- SI** Entregue su declaración o carta de desempleo.  
 **NO**

**3. ¿Este apoderado cobra manutención, aun los niños que no se estén registrando para Head Start?**

- SI** Entregue su declaración de ORS o decreto de divorcio. Si es un acuerdo informal, necesitamos una carta del proveedor que declare cuanto aporta.  
 **NO**

**4. ¿Recibe alguna beca o subvención escolar?**

- SI** Entregue documentos de beca o subvención escolar que ha recibido.  
 **NO**

**5. ¿Este apoderado recibe beneficios de Seguro Social Suplementar (SSI), Incluyendo beneficios a niños? Que no se confunda con SSDI (seguro social de discapacidad).**

- SI** Entregue su declaración que indique SSI.  
 **NO**

**6. ¿Este apoderado recibe Programa de Trabajo de Familia (FEP) beneficios del Servicio de Workforce(Mano de Obras)?**

- SI** Entregue su declaración de FEP  
 **NO**

**7. ¿Este apoderado recibe beneficios del Seguro Social aparte de SSI, Incluyendo de parte de niños?**

- SI** Entregue su Carta de Verificación de Beneficios disponible a través de [www.ssa.gov](http://www.ssa.gov).  
 **NO**

**8. ¿Este apoderado recibe asistencia de familiares , amigos, u organizaciones (Iglesia, etc.) en forma de efectivo, ayuda con pagos (cuenta de teléfono, compran comida, pagan su arriendo etc.), o vivienda (usted vive con ellos de forma gratuita)?**

- SI** Provea una carta escrita por individuo u organización asistiéndole donde afirme que tipo de ayuda le están proporcionando.  
 **NO**

**Firma de Apoderado Legal**

Certifico que la información en esta aplicación es correcta de acuerdo a mi mejor conocimiento y es sujeta a verificación.

X \_\_\_\_\_  
 Apoderado Legal Fecha

X \_\_\_\_\_  
 Apoderado Legal Fecha

**Required Documents**

- Birth Certificate or DCFS School Enrollment Letter (for foster children)
- Immunization Record – Make sure to copy the entire card, and make sure the name is on the copy.
- Income Verification – Refer to page 7 of the application.

**Schedule:** Would you like the full day option (7 hours 4 days 1/2 days on Friday) if available?  Yes  No

Iron County: **Cedar Main**

- AM Class
- PM Class
- Full Day

**Fiddlers**

Full Day Class

**Gateway**

**Enoch**

**Parowan**

Washington County:

**St. George Main**

- AM Class
- PM Class
- Full Day Class

**Young Center**

- AM Class
- PM Class
- Full Day Class

Millard County:

**Delta**

- AM Class
- Full Day Class

Application Received by: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Child's Name: \_\_\_\_\_ DOB: \_\_\_\_\_

Date Accepted: \_\_\_\_\_ Start Date: \_\_\_\_\_

**Primary Adult's Annual Income**

**Secondary Adult's Annual Income**

- |                           |                           |
|---------------------------|---------------------------|
| Employment _____          | Employment _____          |
| Unemployment _____        | Unemployment _____        |
| Child Support _____       | Child Support _____       |
| Grants/Scholarships _____ | Grants/Scholarships _____ |
| Other: _____              | Other: _____              |

**Number of Family Members:** \_\_\_\_\_

**Total Family Annual Income:** \_\_\_\_\_

**Verify Eligibility.** Check which category of eligibility this child falls into.

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Categorical                | <input type="checkbox"/> Income  | <input type="checkbox"/> Over Income (counted as part of 10% maximum) |
| <input type="checkbox"/> Homeless                   | <input type="checkbox"/> Below federal poverty guidelines  | <input type="checkbox"/> IEP  |
| <input type="checkbox"/> Foster Care / Kinship Care | <input type="checkbox"/> Public Assistance   |   |
|   | <input type="checkbox"/> Between 100 - 130% federal poverty guidelines<br>(not more than 35% of enrolled children may fall into this category) |   |

**Documentation used to determine eligibility:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Income Tax Forms: _____           | <input type="checkbox"/> School grants and scholarships  |
| <input type="checkbox"/> W-2 and 1099                      | <input type="checkbox"/> Foster/Kinship care documentation                                     |
| <input type="checkbox"/> Pay stub or pay envelopes         | <input type="checkbox"/> TANF documentation  |
| <input type="checkbox"/> Written statements from employers | <input type="checkbox"/> SSI documentation   |
| <input type="checkbox"/> DWS 630                           | <input type="checkbox"/> Third Party Verification  |
| <input type="checkbox"/> Employment Verification Form      | <input type="checkbox"/> Homeless based on information gathered from interview and application |
| <input type="checkbox"/> Unemployment                      | <input type="checkbox"/> No Income/Payment in Cash From  |
| <input type="checkbox"/> Child support documentation       | <input type="checkbox"/> Other: _____  |

**Interview Format:**  In Person  Telephone

Application Review Conducted by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Eligibility Determination Statement** I hereby do certify that the family is eligible to participate in the H.S. Program. I attest that I have examined the documents checked above and certify that the family is eligible in accordance with Head Start regulations and ERSEA policies.

Staff Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

FCE Manager Verification: \_\_\_\_\_

Staff Name: \_\_\_\_\_ Title: \_\_\_\_\_

