

Skagit/Islands Head Start & ECEAP (SIHS)

Physical Address: 320 Pacific Place, Mount Vernon, WA 98273

Mailing Address: 2405 E. College Way, Mount Vernon, WA 98273

Central Office (360) 416-7590 ext. 100 ♦ FAX (360) 416-7573 ♦ Website: www.sih.s.kagit.edu



Instrucciones Para La Aplicación

¡Gracias por su interés en Skagit/Islands Head Start & ECEAP! Nuestro programa ofrece servicios de educación y de familia a las mujeres embarazadas y niños entre las edades de 0 a 5 años. Para calificar su hijo(a) debe ser elegible por edad y su familia debe ser elegible por ingresos y categóricamente elegible. Todos los servicios son gratuitos.

Por favor asegúrese de contestar todas las preguntas en la aplicación. La información que provee será confidencial y será utilizada para determinar su elegibilidad para el programa. Las aplicaciones pueden ser entregadas a su centro local (ver la lista de contactos en la página 2) o enviadas por fax o correo a nuestra oficina central. También puede aplicar por línea visitando nuestro sitio de web www.sih.s.kagit.edu.

Cuando su aplicación sea recibida un miembro del personal se comunicara con usted para hacer una cita de elegibilidad. En esa cita necesitaremos ver prueba de la edad del niño(a) y de los ingresos de su familia.

La fecha de nacimiento de su hijo(a) puede ser verificada con uno de los siguientes documentos:

- Formas de adopción
- Certificado de nacimiento
- Documentos judiciales
- Carta de Autorización para la Adopción Temporal
- Expediente médico del registro de nacimiento/expediente del hospital
- Carta de otorgación de TANF

Una copia de lo siguiente puede ser utilizada como prueba de los ingresos de la familia:

- Carta de Otorgación de la Asistencia Pública (TANF O SSI)*
- Declaración de Impuestos del año pasado
- Formas W2 del año pasado
- Declaraciones escritas de sus empleadores con el total de los ingresos brutos de los últimos 12 meses
- Carta de Beneficios de Desempleo
- Declaración de Beneficios del Seguro Social
- Declaración u Orden de la Manutención de Menores
- Licencia Militar y Declaración Ganancias (LES)
- Carta(s) de Otorgación de la Ayuda Financiera
- Auto-declaraciones pueden ser aceptadas bajo ciertas circunstancias

*Si su familia actualmente recibe beneficios TANF, está recibiendo Ingresos Suplementarios Sociales (SSI por sus siglas en ingles), o está proporcionando la adopción temporal por orden judicial para el niño por el cual está aplicando, usted automáticamente califica y las pruebas de ingreso no son requeridas.

Opciones para el Programa

Por favor repase las opciones del programa e indique cual cumple mejor con las necesidades de su familia.

Head Start Temprano (HST)

- HST Prenatal Basado en el Hogar**
- HST Basado en el Hogar**
 - Para niños(as) de nacimiento a 3 años de edad.
 - Visitas en el hogar de una hora y media a la semana
 - Grupos de juego dos veces al mes
- Aula de Parte del Día para Niños Pequeños del HST**
 - Combinación de Centro/Hogar
 - Clase de 3 horas y media 2 días a la semana (Sep.-Jun.)
 - Visita al hogar de 90 minutos dos veces a la semana (todo el año)
- Aula de Día Completo para Niños Pequeños del HST**
 - Centro de Washington únicamente
 - Prioridad para padres que trabajan y estudiantes de SVC
 - Clase de 6 horas y $\frac{1}{4}$, 5 días a la semana (todo el año)
 - Visitas al hogar durante el año

Head Start Pre-escolar (HSP)

- Aula de Parte del Día HSP**
 - Centros en los condados Skagit, Island, y San Juan
 - Para niños 3 o 4 años de edad, cumplidos para el 31 de Agosto del año actual de la registración
 - Clase de 3 hrs. y media 4 días a la semana (Sep.-Mayo)
 - Visitas al hogar durante del año
- Aula de Día Completo del HSP**
 - Aulas ubicadas en Washington y CFLC
 - Prioridad a padres que trabajan y estudiantes de SVC
 - Para niños 3 o 4 años de edad, cumplidos para el 31 de Agosto del año actual de la registración
 - Clase de 6 horas 5 días a la semana (Sep.-Junio)
 - Visitas al hogar durante del año

SKAGIT/ISLANDS HEAD START & ECEAP
UBICACIONES DE CENTROS

CONDADO DE SKAGIT

BURLINGTON

Burlington-Edison Child Development Center

Ubicado en la Escuela Primaria Westview
515 W. Victoria Ave.
(360) 755-0904

MOUNT VERNON

Child and Family Learning Center (CFLC)

Día completo (6 hora) classes L-V
1919 N. LaVenture Rd.
(360) 416-6694

Rosewood Preschool (Coordinado con SPARC)

3109 Rosewood Ct.
(360) 416-7590

Pacific Place Head Start/Early Head Start

320 Pacific Pl.
(360) 416-7590 (ext. 122)

Madison Head Start

Ubicado en la Escuela Primaria Madison
907 E. Fir St.
(360) 461-7590 (ext. 100)

Washington Head Start/ Head Start Temprano

Día Completo (6 horas) clases L-V
Ubicado en la Escuela Primaria Washington
1020 McLean Rd.
(360) 428-6124

CONCRETE

Concrete Head Start

7838 S. Superior Ave.
(360) 853-7209

SEDRO WOOLLEY

Sedro Woolley Head Start

Ubicado al lado de la Escuela Primaria Evergreen
1011 McGarigle Rd.
(360) 856-4994

LA CONNER

Susan Wilbur Early Education Center

17275 Reservation Rd.
(360) 466-7345

CONDADOS DE ISLAND/SAN JUAN

FRIDAY HARBOR

San Juan Head Start

Ubicado en la Escuela Primara de Friday Harbor
97 Grover St.
(360) 378-6030

OAK HARBOR

Hand in Hand Early Learning Center

600 Cherokee St.
(360) 279-5941

Whidbey Early Head Start

Ubicado en la Escuela Primara de Friday Harbor
151 SE Midway Blvd.
(360) 679-4784



SECCION A. INFORMACION DEL NIÑO(A) (Si está aplicando para servicios prenatales usted puede omitir esta sección)

Apellido: _____ Inicial del Segundo Nombre: _____ Primer Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Genero: Masculino Femenino Teléfono: _____

Dirección _____ Nombre del Apt./Numero _____

Ciudad _____ Zip _____ Idioma que su hijo(a) habla en su hogar: _____

¿Cuál raza/etnicidad identifica a su hijo(a)? _____

¿Su hijo(a) ha asistido a un programa de Head Start o Head Start Temprano dentro del último año? Sí No

Si contesto que sí, el nombre del programa y localidad: _____

¿Está asistiendo su hijo(a) a una guardería con licencia? Sí No ¿Si contesto que sí, dónde?: _____

SECCION B. INFORMACION DE LA FAMILIA

¿Está aplicando para servicios prenatales? Sí No Si contesto que sí, cuál es su fecha de parto: _____

¿Cómo escucho acerca del programa? Familia/Amistades Proveedor Medico Por la Red/Medios Sociales
 WIC/Comm. Action Distrito Escolar Evento Comunitario Otro: _____

Tipo de Familia: Padre/Madre Soltero/guardián Dos padres/guardianes Padre/madre soltero viviendo con su pareja
 Colocación con familia de adopción temporal o miembro de familia

PADRE/MADRE/GUARDIAN

(La persona que firma esta aplicación debe llenar esta sección)

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: M F

Relación con el niño(a): _____

Dirección (si es diferente a la del niño(a): _____

Dirección Postal (si es diferente): _____

Teléfono Principal: _____

Hogar Celular Trabajo Mensaje

Teléfono Secundario: _____

Hogar Celular Trabajo Mensaje

Correo Electrónico: _____

Raza/Etnicidad _____

¿Cuáles idiomas habla? _____

¿Necesita un intérprete? Sí No

¿Está usted en el servicio activo militar de los EEUU? Sí No

¿Es usted un veterano militar de los EEUU? Sí No

¿Está asistiendo a la escuela/capacitación de trabajo en SVC? Sí No

¿Cuál es su estado de empleo? Tiempo Completo Tiempo parcial Temporal Jubilado/Discapacitado Desempleado

¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted completo?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grado 9 o menos | <input type="checkbox"/> GED |
| <input type="checkbox"/> Grado 10 | <input type="checkbox"/> Certificado de Capacitación |
| <input type="checkbox"/> Grado 11 | <input type="checkbox"/> Carrera Técnica AA |
| <input type="checkbox"/> Grado 12 (sin diploma) | <input type="checkbox"/> Licenciatura BA |
| <input type="checkbox"/> Graduado de la Preparatoria | <input type="checkbox"/> Maestría MA |

PADRE/MADRE/GUARDIAN

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Género: M F

Relación con el niño(a): _____

Dirección (si es diferente a la del niño(a): _____

Dirección Postal (si es diferente): _____

Teléfono Principal: _____

Hogar Celular Trabajo Mensaje

Teléfono Secundario: _____

Hogar Celular Trabajo Mensaje

Correo Electrónico: _____

Raza/Etnicidad _____

¿Cuáles idiomas habla? _____

¿Necesita un intérprete? Sí No

¿Está usted en el servicio activo militar de los EEUU? Sí No

¿Es usted un veterano militar de los EEUU? Sí No

¿Está asistiendo a la escuela/capacitación de trabajo en SVC? Sí No

¿Cuál es su estado de empleo? Tiempo Completo Tiempo parcial Temporal Jubilado/Discapacitado Desempleado

¿Cuál es el nivel más alto de educación que usted completo?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Grado 9 o menos | <input type="checkbox"/> GED |
| <input type="checkbox"/> Grado 10 | <input type="checkbox"/> Certificado de Capacitación |
| <input type="checkbox"/> Grado 11 | <input type="checkbox"/> Carrera Técnica AA |
| <input type="checkbox"/> Grado 12 (sin diploma) | <input type="checkbox"/> Licenciatura BA |
| <input type="checkbox"/> Graduado de la Preparatoria | <input type="checkbox"/> Maestría MA |

SECCION C. INFORMACION DE LA SALUD Y DESARROLLO DEL NIÑO(A)

¿El niño(a) está recibiendo servicios para una discapacidad diagnosticada? Sí No Si contesto si, ¿quién proporciona los servicios? _____

¿Tiene preocupaciones acerca del desarrollo de su hijo(a) (ej. el habla, comportamiento, movimiento motriz gruesas/finas)?

Sí No Si contesto que sí, explique: _____

¿Tiene otras preocupaciones sobre la salud de su hijo(a)? Sí No Si contesto que sí, explique: _____

¿Su niño(a) tiene seguro médico? Sí No Si contesto que sí, que tipo: Apple Health Tri-Care Privado

¿Su niño(a) tiene seguro dental? Sí No si contesto que sí, que tipo: Apple Health Tri-Care Privado

¿Un proveedor medico ha diagnosticado a su hijo(a) con cualquiera de las siguientes condiciones? Sí No

Asma Diabetes Convulsiones Condición Cardíaca Alergias Alimenticias (lístelas): _____

Alergias No Alimenticias (lístelas): _____ Otro: _____

SECCION D. INFORMACION DE ELEGIBILIDAD

FAVOR DE NOMBRAR TODOS LOS NIÑOS Y ADULTOS ADICIONALES QUE VIVEN EN SU HOGAR

Nombre	Relación Con El Niño	Fecha de Nacimiento

¿Su familia está recibiendo asistencia económica de TANF? Sí No ¿Está recibiendo TANF solo para un niño? Sí No

¿Está usted o alguien en su familia recibiendo Ingresos Suplementarios del Seguro (SSI)? Sí No

Miembro de familia recibiendo ingresos	Cantidad	Por (ej. semana, mes, año)	Cantidad Anual	Fuente de Ingresos (Empleo, Desempleo, Manutención de Menores, Asistencia Pública, etc.)
	\$		\$	
	\$		\$	
	\$		\$	

SECCION E. NECESIDADES DE LA FAMILIA (Marque si los siguientes factores del estrés aplican a usted y/o a su familia)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Temporalmente viviendo en un albergue o compartiendo vivienda debido a una dificultad económica. | <input type="checkbox"/> Actualmente recibiendo servicios de Protección de Menores (CPS por sus siglas en inglés) o FAR |
| <input type="checkbox"/> Una muerte reciente de un miembro familiar directo | <input type="checkbox"/> Han recibido servicios de CPS o FAR en el pasado |
| <input type="checkbox"/> Padre/madre encarcelado, en libertad condicional o periodo de prueba | <input type="checkbox"/> Violencia Domestica en el hogar |
| <input type="checkbox"/> Un miembro de la familia ha sido diagnosticado con una discapacidad o condición crónica | <input type="checkbox"/> Nuevo en esta área con un sistema de apoyo limitado |
| <input type="checkbox"/> Un miembro de la familia está recibiendo tratamiento para abuso de sustancias/tratamiento de salud mental | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Yo verifico que la información que he proporcionado en esta aplicación es verdadera y exacta. Yo entiendo que esta solo es una aplicación y no garantiza la matrícula de mi hijo(a). Información engañosa, incorrecta o falsa puede resultar en la descalificación de mi hijo(a) del programa Skagit/Islands Head Start & ECEAP.

FIRMA DEL PADRE/MADRE:

FECHA: