Centro de Desarrollo Infantil Oahe, Inc.

2307 E. Capitol Avenue
Pierre, Dakota del Sur 57501

Teléfono: (605) 224-6603
Fax #: (605) 224-0850

Por favor, guarde esta carta de presentación para referencia futura sobre a quién llamar en caso de preguntas o inquietudes.

Gracias por su interés en el programa Early Head Start. El programa Early Head Start del Centro de Desarrollo Infantil Oahe es un programa GRATUITO para todos los niños y familias elegibles. Para ser elegible para los servicios de Early Head Start, los niños deben ser elegibles para su edad e ingresos. También podemos aceptar un pequeño número de familias que tienen más ingresos. Complete la solicitud adjunta y devuélvala lo antes posible.

¡Esta solicitud no se puede procesar sin verificación de ingresos!

Al devolver su solicitud completa, sus ingresos deberán confirmarse con nuestro Especialista en Servicios Familiares. Para verificar los ingresos, traiga una declaración de impuestos 1040, talones de pago, formularios W-2, comprobante de SNAP, TANF o SSI.

Cada niño debe tener prueba de edad. Al ser aceptado en el programa, se recomienda una copia de un certificado de nacimiento emitido por el estado para proporcionar prueba de edad.

Una vez que su solicitud haya sido devuelta y los ingresos hayan sido verificados, usted o su hijo serán colocados en una lista de espera. Una vez que tengamos una vacante, lo emparejaremos con un visitador del hogar y le notificaremos. Nuestro año EHS va de agosto a agosto.

Por favor, envíe la solicitud a:

Hannah Carda
Especialista en Servicios Familiares
Centro de Desarrollo Infantil Oahe

Si tiene alguna pregunta sobre su solicitud, elegibilidad, colocación de su hijo en la lista de espera o cualquier otra inquietud, llame a Hannah al 605-224-6603 o 280-8262.

Centro de Desarrollo Infantil Oahe

Solicitud de futura madre

2307 E. Capitol Pierre, SD 57501
Teléfono: 605-224-6603 Fax: 605-224-0850

POR FAVOR, COMPLETE TODAS LAS ÁREAS DE ESTA SOLICITUD.

FECHA DE RECEPCIÓN DE OFFICE USE ONLY

Date Received:_____

ENCODED:_____

Información del solicitante		
_____ Nombre MI Apellido	**Fecha de nacimiento:** _____/_____/_____	**Fecha de vencimiento del solicitante:** _____/_____/_____

Dirección viva	**Dirección postal : si es diferente de la dirección viva**
Calle:	Calle/apartado de correos:
Pueblo/Ciudad: Estado: Código Postal:	Pueblo/Ciudad: Estado: Código Postal:
Condado:	Distrito Escolar:

El solicitante vive con*: (marque todos los que correspondan)*

- ☐ Madre
- ☐ Padre
- ☐ Padre adoptivo
- ☐ Abuelo(s)
- ☐ Padrastro
- ☐ Madrastra
- ☐ Esposo
- ☐ Otro (Especificar) _____

¿Idioma(s) hablado(s) en su casa?

Asociación prima: _____

Secundaria: _____

¿Qué tan bien hablas inglés?

Raza	Clave de carrera en la parte inferior de la página
Solicitante	
Adulto Secundario	

Información de contacto del solicitante	**Adulto Secundario**	
Inicio/Celda: _____ Obra: _____ Otro: _____ Correo electrónico: _____	Nombre Segundo nombre Apellido	
	Dirección:	
	Fecha de nacimiento:	Relación con el solicitante:
	Información del número de teléfono: Inicio/Celular: _____ Correo electrónico: _____	

Por favor, enumere todas las OTRAS personas que viven en el hogar

Nombre Apellido	**Fecha de nacimiento**	**Relación con el solicitante**	**Raza**

Empleo y educación del solicitante

Empleo:
☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Estacional ☐ desempleado
Nombre del empleador: _____
¿Estás en formación laboral? ☐ Sí ☐ No
¿Asistes a la escuela? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿Dónde?
_____
¿Está activo en alguna rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No
¿Es usted un **veterano** de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

Nivel más alto de educación completado:
☐ 9º o menos ☐ 10º ☐ 11º ☐ Graduado de HS
☐ Alguna Universidad ☐ BS / BA ☐ Grado De Asociado
☐ Universidad de 2 años ☐ Maestría ☐ Avanzado ☐ Vocacional
☐ Doctorado ☐ Otros _____

Empleo y educación secundaria **de adultos**

Empleo:
☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Estacional ☐ desempleado
Nombre del empleador: _____
¿Estás en formación laboral? ☐ Sí ☐ No
¿Asistes a la escuela? ☐ Sí ☐ No Si es así, ¿Dónde?
_____
¿Está activo en alguna rama de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No
¿Es usted un **veterano** de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

Nivel más alto de educación completado:
☐ 9º o menos ☐ 10º ☐ 11º ☐ Graduado de HS
☐ Alguna Universidad ☐ BS / BA ☐ Grado De Asociado
☐ Universidad de 2 años ☐ Maestría ☐ Avanzado ☐ Vocacional
☐Doctorado ☐ Otros _____

*****Clave de raza: indio americano o nativo de Alaska, asiático, negro o afroamericano, hispano o latino, del Medio Oriente o norte de África, nativo de Hawái o del Pacífico Isleño, blanco, multirracial y/o multiétnico, o no especificado**

Información sobre recursos familiares

¿Su familia recibe alguno de los siguientes tipos de servicios o asistencia financiera?
(Sírvase indicar todo lo que corresponda):

- ☐ SNAP (Cupones de Alimentos)
- ☐ WIC
- ☐ Asistencia Pública – TANF
- ☐ Ingreso de seguridad suplementario
- ☐ Ninguno en la lista

¿Su familia está actualmente en crisis?
☐ *No* ☐ *Si*

En caso afirmativo, explique:
_____
_____
_____
_____

¿Hay alguna otra inquietud o situación familiar que debamos tener en cuenta para ayudar a satisfacer sus necesidades?
(Como un divorcio reciente,salud de alquiler de pa, mudanza reciente, asesoramiento, padre ausente debido al encarcelamie servicio militar activo, etc.)?

☐ No *En caso afirmativo, por favor explique:* _____
☐ Sí _____

¿Cómo se enteró de nosotros?	**¿Fue referido por otra agencia?**
☐ Sitio web de OCDC	☐ Agencia de Bienestar Infantil
☐ Periódico	☐ Proveedor de atención médica/dentista
☐ Anuncio de TV/Radio	☐ Oficina de WIC/Salud del Condado
☐ Facebook / Redes Sociales	☐ Programa de Escuelas Públicas/EC
☐ Contacto personal	☐ Otros _____

Información de cobertura de atención médica:

☐ CHIP/Medicaid ☐ Servicios de Salud Indígena ☐ Tri-Cuidado ☐ Seguro de salud privado ☐ Sin cobertura médica

Necesidades/Servicios Especiales:

¿Tienes alguna necesidad especial?
☐No ☐Sí

En caso afirmativo, sírvase describir:
_____
_____

ANTES DE LA ACEPTACIÓN EN NUESTRO PROGRAMA, LOS INGRESOS DEBEN SER VERIFICADOS POR EL PERSONAL AUTORIZADO DE OCDC

Las declaraciones y la información en esta aplicación son verdaderas y precisas a mi leal saber y entender.

_____
Firma del solicitante Fecha de firma Fecha de firma

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.