Centro de Desarrollo Infantil Oahe, Inc.

2307 E. Capitol AvenueTeléfono: (605) 224-6603
57501, Pierre, Dakota del Sur Fax #: (605) 224-0850

APLICACIÓN

¡Nos complace que esté solicitando nuestro programa! El Centro de Desarrollo Infantil Oahe (OCDC) ofrece un programa integral que incluye educación de la primera infancia, salud, salud mental, nutrición, asociaciones familiares y servicios de defensa para las familias inscritas.

Para completar el proceso de solicitud, OCDC Head Start/Early Head Start necesitarála siguiente información:

- ☐ **SOLICITUD COMPLETADA**
- ☐ **COMPROBANTE DE INGRESOS DE LA FAMILIA (uno de los siguientes)**
  - 1040, talones de pago o W-2
  - Prueba de SSI, TANF o SNAP
  - Documentación que muestre la colocación de DSS, la colocación de parentesco, etc.
- ☐ **REGISTRO DE NACIMIENTO DEL NIÑO**
- ☐ **REGISTRO DE VACUNACIÓN (Consulte** la **parte posterior de esta página para conocer los requisitos del programa).**

***TENGA EN CUENTA*: EL NIÑO DEBE ESTAR AL DÍA CON TODAS LAS VACUNAS PARA SER CONSIDERADO PARA LA INSCRIPCIÓN DE CLASE DE DÍA COMPLETO SEGÚN LOS REQUISITOS DE LICENCIA DE CUIDADO INFANTIL DE SD.**

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. Comenzaremos a aceptar niños elegibles por ingresos a mediados de mayo. Las familias con ingresos excesivos serán notificadas a partir de la tercera semana de julio. Si no recibe la notificación durante este tiempo, usted o su hijo permanecerán en la lista de espera hasta que se produzca una vacante. Durante el año escolar, todas las solicitudes serán revisadas en el momento de una apertura.

Si tiene alguna pregunta, llámeme al 605-224-6603 o 280-8262.

Hannah Carda

Calendario de vacunación recomendado

REQUISITOS DE INMUNIZACIÓN – a partir de septiembre de 2016

Vacuna	Nacimiento	1 mi	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19-23 meses	4-6 El
Hepatitis B (Hep B)	#1	#2			#3					
Difteria, tétanos, tos ferina (DTP)			#1	#2	#3		#4			#5
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)			#1	#2	#3*	#4				
Poliovirus inactivado			#1	#2	#3					#4
Sarampión, paperas, rubéola (MMR)						#1				#2
Varicela						#1				#2
Hepatitis A						#1 & #2 (6 meses de diferencia)				
Neumococo (PVC)			#1	#2	#3	#4				
		= La inmunización debe administrarse dentro de este								

Vacunas combinadas que a menudo se ven en los registros de vacunación:

Pediarix = DTaP, hepatitis B, poliomielitis
Pentacel = DTaP, Hib, Polio
Kinrix = DTaP, Polio
MMRV = varicela, MMR

***** NOTA: El Pedvax o ComVax Hib es de 3 dosis, sin que se requiera la inmunización de 6 meses. Todas las demás series de Hib son 4 dosis usando el programa anterior.

Exámenes recomendados para el niño sano y horario de exámenes dentales

Las pautas federales de Head Start requieren que su hijo esté al día con los exámenes de niño sano.

Debe determinar si su hijo está al día. Obtenga copias de la mayoría de los exámenes y resultados de laboratorio actuales y llévelos con usted a su inscripción o entréguelos con la solicitud. Si su hijo no está al día, deberá hacer una cita lo antes posible con el proveedor médico / dentista de su hijo para mantenerse al día según las pautas a continuación**:**

- **Los exámenes para niños sanos normalmente se realizan a las 2 semanas, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses,** 12 meses, 15 y / o 18 meses, 2 años, 3 años, 4 años y 5 años.
- **Examen dental**: primer examen dental requerido a los 12 meses de edad y luego cada año.
- **Nivel de plomo en la sangre:** requerido a los 12 y 24 meses de edad. Si no tiene registro de los resultados o el niño no fue examinado, Head Start requiere que se dibuje un nivel entre los 36 y los 72 meses de edad.
- **Nivel de hemoglobina** requerido a los 12 meses de edad.

PLEASE COMPLETE ALL AREAS OF THIS APPLICATION.

OAHE CHILD DEVELOPMENT CENTER

Solicitud de niño

Early Head Start / Head Start

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

OFFICE USE ONLY Date Received: _____

EHS: _____ HS: _____

NEW_____ **RETURN** _____ **TRANSF** _____

IMMUNES: _____1/2 DAY _____ FULL DAY

ENCODED _____ County _____

Información del solicitante (niño)

_____
Nombre inicial del segundo nombre Apellidos

Fecha de Nacimiento :
_____/_____/_____

☐**Niño** ☐**Niña**

¿Se ha inscrito al solicitante en un programa Head Start / Early Head Start antes?_____
¿Si es así, donde? _____
¿Cuando? _____

Dirección De Casa			**Dirección de envio**		
Calle:			Calle/Apartado Postal:		
Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:	Ciudad:	Estado:	Codigo Postal:
Condado:			Distrito escolar:		

El solicitante vive con: (*marque todo lo que corresponda*)

- ☐ madre
- ☐ padre
- ☐ Abuelo (s)
- ☐ Otro (especificar) _____ _____
- ☐ padrastro
- ☐ madrastra
- ☐ Padre adoptivo
- ☐ Otro pariente _____ _____

¿Idioma (s) que se habla en el hogar del niño?

Primario: _____
Secundario: _____
¿Qué tan bien habla el solicitante inglés?
_____

Raza	***** Clave de la raza en la parte inferior de la página**
Solicitante	
Guardián primario	
Guardián secundario	

Padre / Guardián Primario		**Padre / Guardián Secundario**	
Primer nombre segundo nombre apellidos		Primer nombre segundo nombre apellidos	
Fecha de Nacimiento:	Relación con el niño:	Dirrecion:	
Información del número de teléfono:		Fecha de Nacimiento :	Relación con el niño
Casa/Celular _____ Trabajo: _____		Información del número de teléfono : Casa/Celular: _____ Trabajo:_____	
Correo Electronico _____		Correo Electronico:_____	

Información Adicional:

¿Alguien en su hogar está actualmente embarazada?
- ☐ No
- ☐ Si

En caso afirmativo, ¿le gustaría una solicitud?
- ☐ No
- ☐ Si

Órdenes de custodia:

Are there special visitation orders we should be aware of?
- ☐ No
- ☐ Sí, por favor márquelo y proporciónenos una copia.
  - ___ Cuidado de crianza / Custodia del Estado de Dakota del Sur
  - ___ Acuerdos ordenados por el tribunal
  - ___ Órdenes de restricción

Enumere todas las OTRAS personas que viven en el hogar.

Nombre	**Apellidos**	**Fecha de Nacimiento**	**Relación con el niño**	**La Raza**

*****TENGA EN CUENTA QUE LAS OPCIONES A CONTINUACIÓN SON SOLO PARA NIÑOS EN CENTRO DE 3 A 5 AÑOS EN LOS CENTROS PIERRE*** POR FAVOR CLASIFICE SUS OPCIONES 1.ª, 2.ª Y 3.ª. SOLO TENEMOS UN CIERTO NÚMERO DE PLAZAS PARA CADA OPCIÓN Y NO PODEMOS GARANTIZAR NINGUNA PLAZA DE INSCRIPCIÓN.***

_____ AM Clase de ½ día de lunes a jueves, (8am-11:30am)
_____ PM Clase de ½ día de lunes a jueves (11:45 am a 3:15 pm)
_____ Clase de día completo de lunes a jueves y algunos viernes (8am-3pm)
_____ Opción EHS con un visitador domiciliario

_____ ¿Está interesado en el programa extracurricular que funciona de 3:00 p. m. a 5:15 p. m. de lunes a jueves y algun viernes?

*****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 Pa Isleño, blanco, multirracial y/o multiétnico, o no especificado**

Primaria Padre / Guardian Empleo y Educación	Empleo y educación secundaria para padres / tutores
Empleo: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Estacional ☐ Desempleado Nombre del empleador: _____ ¿Estás asistiendo a capacitación laboral? ☐ Sí ☐ No ¿Estás en la escuela? ☐ Sí ☐ No ¿Si sí donde? _____ ¿Está activo en alguna rama del ejército de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No ¿Eres veterano del ejército de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No Mayor Nivel de Educación Completado: ☐ 9 ° o menos ☐ 10 ° ☐ 11 ° ☐ Graduado de HS ☐ Algunos estudios universitarios ☐ BS / BA ☐ Título de asociado ☐ Universidad de 2 años ☐ Maestría ☐ Avanzado ☐ Vocacional ☐ Doctorado ☐ Otro _____	Empleo: ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐ Estacional ☐ Desempleado Nombre del empleador: _____ ¿Estás asistiendo a capacitación laboral? ☐ Sí ☐ No ¿Estás en la escuela? ☐ Sí ☐ No ¿Si sí donde? _____ ¿Está activo en alguna rama del ejército de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No ¿Eres veterano del ejército de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No Mayor Nivel de Educación Completado: ☐ 9 ° o menos ☐ 10 ° ☐ 11 ° ☐ Graduado de HS ☐ Algunos estudios universitarios ☐ BS / BA ☐ Título de asociado ☐ Universidad de 2 años ☐ Maestría ☐ Avanzado ☐ Vocacional ☐ Doctorado ☐ Otro _____

Información de recursos familiares	Verificación de ingresos:
¿Su familia recibe alguno de los siguientes tipos de servicios o asistencia financiera? (Indique todo lo que corresponda):	*Entiendo que mis ingresos deben ser verificados y adjuntados o enviados por correo electrónico a Hannah.Carda@oahechild.com:*
☐ SNAP (cupones de alimentos) ☐ Ingreso de seguridad suplementario (SSI) ☐ WIC ☐ Asistencia pública – TANF ☐ Ninguno en la lista	☐ Verificación de cuidado de crianza ☐ Prueba de SNAP/TANF/SSI ☐ 1040 o W-2 ☐ Talones de pago ☐ Desempleo ☐ Otro: _____

¿Existen otras inquietudes o situaciones familiares que debamos tener en cuenta para ayudar a satisfacer las necesidades de su hijo como un divorcio reciente, mudanza, salud de los padres, asesoramiento, ausencia de los padres debido a encarcelamiento o servici etc.)

☐ No
☐ Si

Si es así, explique :_____

Cómo supiste de nosotros:	¿Fue referido por otra agencia?
☐ Sitio web de OCDC ☐ Periódico ☐ Anuncio de TV / Radio ☐ Facebook / Redes sociales ☐ Contacto personal	☐ Agencia de bienestar infantil ☐ Proveedor de atención médica / dentista ☐ Oficina de WIC / Salud del Condado ☐ Programa de escuela pública ☐ Otro _____

Necesidades especiales / Servicios:	
El soliciante tiene alguna necesidad especial? ☐ No ☐ Si	En caso afirmativo: _____ _____

¿El solicitante recibe algún servicio especial o está actualmente en un IEP (Plan de Educación Individual) o IFSP (Servicio Individual d Plan)? (Ejemplos: médico, logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, asesoramiento, etc.)

☐ No
☐ Si En caso afirmativo, describa y proporcione el nombre y la dirección del proveedor de servicios

Provider: _____ Phone: _____Address: _____

¿Su familia recibe (o está certificado para) asistencia de guardería?	**No**	**Si**

ANTES DE ACEPTACIÓN EN NUESTRO PROGRAMA, LOS INGRESOS DEBEN SER VERIFICADOS POR PERSONAL AUTORIZADO DE OCDC. Los Estándares de desempeño de Head Start requieren que su hijo tenga un control de salud, exámenes dentales y vacunas al día.

Mi firma otorga permiso al personal para acceder a los registros de vacunación de mi hijo.
Las declaraciones y la información en esta solicitud son verdaderas y precisas a mi leal saber y entender.

_____

Padre/Guardian Fecha Padre/Guardian Fecha

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.