



Estimada Familia,

Gracias por su interés en el Programa del Desarrollo del Niño de Head Start. Por favor complete los dos lados de la solicitud, las formas de historia de salud y nutrición y regréselas con lo siguiente:

- **Reciente prueba de ingresos de la familia** (Carta del Welfare o Pasaporte a Servicios de Servicios Sociales, talones de cheque **de un mes completo**, una carta del Seguro Social indicando cuanto recibe al mes, una carta de verificación de empleo, o de la persona que mantiene a su familia, o su más reciente copia de la W-2 o copia de impuestos).
- **Comprobante de la edad de su niño** (*Acta de nacimiento, Pasaporte a servicios del DDS DSS, Fe de Bautismo, Tarjeta del Medi-Cal*)
- **Copia al corriente de la cartilla de vacunas.** La ley de California indica que ningún niño(a) puede asistir a la escuela si no tiene comprobante de las vacunas al corriente.

**(Nota: La solicitud de su niño no será tramitada sin estos documentos o si las vacunas no están al corriente).**

- **Damos la bienvenida a los niños con necesidades especiales, alergias alimentarias y otras condiciones médicas. Tenga en cuenta que se puede solicitar un seguimiento adicional de las agencias y/o proveedores médicos que trabajan actualmente con su hijo/a para asegurarse de que el programa cumpla con las necesidades de su hijo/a.**

Usamos un sistema de puntaje que da prioridad de selección en ciertas situaciones, por este motivo es importante contestar cada pregunta que se encuentra en la solicitud, firmarla, fecharla, y devolverla por correo electrónico a [npadilla@ncoinc.org](mailto:npadilla@ncoinc.org), o por fax al 707-462-4792, o en persona a cualquiera de nuestras localidades (ver la lista adjunta), o por correo a nuestra Oficina Central, al 550 North State Street en Ukiah. Si tiene preguntas en referencia a la solicitud, necesita ayuda para regresarla, o desea copias de sus documentos, favor de comunicarse con nosotros al 462-2582.

Después de procesar su solicitud, le enviaremos una carta sobre el estado de la solicitud de su hijo/a. **Por favor tome en cuenta que su solicitud solo será considerada para el año del programa que está solicitando.**

Gracias por elegir al Programa del Desarrollo Infantil de NCO como parte de la experiencia de educación temprana para su niño. Esperamos conocerlos pronto.

Atentamente,  
El Departamento de Inscripciones de Head Start

**Para cualquier pregunta favor de llamar al (707) 462-2582  
Fuera de Ukiah al 1-800-326-3122**

---

*We invest in people through community action.*



**NCO HEAD START**  
**CHILD DEVELOPMENT PROGRAM**  
*Ubicaciones de los Centros*

**Head Start** centros con servicios para niños de 3 a 5 años.

**Early Head Start** centros con servicios para bebés y niños pequeños.

**Early Head Start Home Based** servicios basados en casa para bebés, niños pequeños y mujeres embarazadas.

**CONDADO DE LAKE**

**Upper Lake Head Start & State Preschool**

Upper Lake Grammar School  
629 2<sup>nd</sup> St.  
Upper Lake Ca. 95485  
707 275-2721

**Lakeport Head Start**

Localizado en Vista Point Shopping Center  
864 Lakeport Blvd.  
Lakeport Ca. 95453  
707 263-8213

**Meadowbrook Head Start & State Preschool**

6958 Meadowbrook Dr.  
Clearlake Ca. 95422  
707 994-0854

**Pearl Head Start**

Clearlake Methodist Church-United  
14521 Pearl Ave.  
Clearlake Ca. 95422  
707 994-6045

Para servicios de Early Head Start en el Condado de Lake, comuníquese con el Centro de Recursos del Condado de Lake al (888) 775-8336.

**CONDADO DE MENDOCINO**

**North Ukiah Head Start**

Localizado al lado de Frank Zeek Elementary School  
1100 N. Bush St.  
Ukiah Ca. 95482  
707 463-1354

**South Ukiah Head Start**

Localizado en frente de Crossroads Church  
2161 S. State St.  
Ukiah Ca. 95482  
707 462-0253

**Peach Tree Head Start, State Preschool & EHS Center**

Localizado enfrente de DMV  
425A S. Orchard Ave.  
Ukiah Ca. 95482  
707 463-8600

**Nokomis Head Start , State Preschool & Early Head Start**

Localizado en la esquina oeste de Nokomis Elementary School  
499 Washington Ave.  
Ukiah Ca. 95482  
707 462-2671

**Willits Head Start**

Brookside Elementary School  
Spruce and Lincoln Way  
Willits Ca. 95490  
707 459-5141

**Willits Early Head Start**

Brookside Elementary School  
Spruce and Lincoln Way  
Willits Ca. 95490  
707 459-1457

**Fort Bragg Head Start**

Redwood Elementary School  
330 S. Lincoln St.  
Fort Bragg Ca. 95437  
964-5961

**Mendocino County Home Based**

499 Washington St.  
Ukiah Ca. 95482  
707 462-2671 o 707 462-2659

**NCO HSCDP Oficina Central**

462-2582 (del área de Ukiah)  
O (800) 326-3122



**NCO Head Start**  
Child Development Program

Oficina Central:  
550 N. State St, Ukiah CA 95482  
(707) 462-2582 or 1 (800) 326-3122  
Fax (707) 462-4792

**HEAD START/EARLY HEAD START**  
**Solicitud**

*Favor de llenar una solicitud por separado para cada niño*

1. <input type="checkbox"/> Un padre/guardián viviendo en el hogar ( <i>si, contesten la # 2</i> ) <input type="checkbox"/> Dos padres viviendo en el hogar <input type="checkbox"/> Padre adoptivo temporal- <b>Si es así envíe una prueba.</b> <input type="checkbox"/> Custodia temporal- <b>Si es así envíe una prueba.</b>	2. ¿Si es soltero(a) tiene custodia compartida? <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p style="text-align: center;"><b>- Si su respuesta es sí, envíe una prueba.</b></p>		
Nombre del Niño ( <i>solicitante</i> )	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de Nacimiento	Idioma primario del niño
Raza del Niño: <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Bi/Multi racial <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático			
¿Tiene su niño un caso abierto con el programa De Servicios de Protección al Niño (CPS)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Nombre y número de teléfono del Trabajador del Caso _____ ( ) _____			
¿Está su niño inscrito en el Programa de Servicios para Padres Adolescentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>NOSOTROS LE DAMOS LA BIENVENIDA A LOS NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES</b>			
Estatus de Discapacidad del Niño: <input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> Diagnosticado(a)( <b>envíe comprobante</b> ) <input type="checkbox"/> Sospecha por un profesional( <b>envíe comprobante</b> )			
<input type="checkbox"/> Preocupación por los padres Por favor explique: _____			
Nombre del Padre/Guardián <b>vive en el hogar</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Padre/Guardián <b>vive en el hogar</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Situación actual de Empleo:	Situación actual de Empleo:		
Grado de educación que se completo	Grado de educación que se completo		
Dirección de correo electrónico ( <b>requerida</b> )	Dirección de correo electrónico ( <b>requerida</b> )		
Raza: <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Bi racial/Multi <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático	Raza: <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Bi racial/Multi <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Asiático		
Domicilio	Ciudad	Código postal	
Dirección de correo ( <i>si es diferente al de arriba</i> )	Ciudad	Código postal	
Números de Teléfono:	# de Casa ( )	# Celular <input type="checkbox"/> optar por mensajes ( )	# de Trabajo ( )
¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted? <input type="checkbox"/> Teléfono de casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> correo postal			
Idioma preferido al hablar: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Lenguaje de Señas Otro: _____			
Idioma preferido al escribir: <input type="checkbox"/> Ingles <input type="checkbox"/> Español Otro: _____			

¿Recibe? Ayuda Monetaria <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>-por favor envíe comprobante</b>	WIC <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Ingresos del Seguro Social <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>-por favor envíe comprobante</b>			
Programa de comida-(Cal-Fresh) <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <b>-por favor envíe comprobante</b>			
¿Es usted o su niño familiar de alguien que trabaja para el Programa del Desarrollo Infantil de Head Start NCO? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
Si su respuesta es sí: _____ (Nombre) _____ (Relación)			
Anote otros niños que viven en su hogar que tengan parentesco con los padres de sangre, matrimonio o adopción:			
<b>Nombre del Niño</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Sexo</b>	<b>Parentesco con el niño (<i>solicitante</i>)</b>
1.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
2.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
3.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
4.		<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
¿Están Alguno de los niños mencionados arriba actualmente inscritos en Head Start o Early Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

**DE VUELTA A LA HOJA** ⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨⇨

Ponga una Marca (✓) en la caja si alguna o todas las situaciones aplican a su familia actualmente:

¿Vive su familia en alguna de estas situaciones:

- Temporalmente** viviendo con amigos o familiares
- Viviendo en un refugio.
- Viviendo en un hotel o motel.
- Viviendo en carros, estacionamientos, zonas de campamento, espacios públicos, edificios abandonados o vivienda inestable.
- Otro (por favor explique): \_\_\_\_\_

El niño ha recibido servicios en otro programa de HS/EHS

El niño recibió servicios del Centro de Recursos Familiares del Condado de Lake (EHS)

Perdida en la familia debido a una reciente:

- separación
- divorcio
- muerte

Padre(s) /Guardián(es) actualmente asisten a un Programa de ESL, de Literatura, Escuela o Entrenamiento para trabajo

Padre(s) Adolescentes

Los padres tenían 17años o eran menor de edad cuando tuvieron a su primer hijo

Padre(s) encarcelados.

Padre(s) en un programa de recuperación del abuso de sustancias.

Padre(s)/Guardián(es) tiene una discapacidad severa, está gravemente enfermo o tiene un embarazo de alto riesgo.

Referencia formalmente escrita por otra agencia o un profesional adjunta

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

Cambio en la estructura familiar debido a una reciente:

- unión de dos familias
- nacimiento de un bebé
- mandado a servicios militares
- adopción
- Bajo la custodia de los abuelos o parientes (**envíe prueba**)

¿Está recibiendo su hijo servicios especializados de otras agencias?  Si  No

Nombre de las agencias: \_\_\_\_\_

Marque abajo las clases en las que usted está interesado:

**HEAD START (PRESCHOOL)**

**Clases para edades de 3 a 5**

**Fort Bragg**  Día Escolar (8am - 3pm)

**Ukiah** North Ukiah  Día Escolar (8am - 3pm) South Ukiah  Día Escolar (8am - 3pm)  
Nokomis  Día Escolar (8am - 3pm) Peach Tree  Día Completo (8am - 4pm)  Día Escolar (8am - 3pm)

**Willits**  Día Escolar (8am - 3pm)

**Upper Lake**  Día Escolar (8am - 3pm)

**Lakeport**  Día Escolar (8am - 3pm)

**Clearlake** Pearl  A.M (8 - 12) Meadowbrook  Día Escolar (8am - 3pm)

**EARLY HEAD START (Para bebés, niños pequeños & mujeres embarazadas)**

**Ukiah**  Centro de Nokomis (**Solo para niños de más de 24 meses**)  Centro de Peach (**Para niños de 18 meses a 3 años**)

**Willits**  Centro de Willits (**Bebes y niños pequeños**)

Condado de Mendocino con base en el hogar (**Mujeres embarazadas y niños de 0-3 años**)

¿Como se enteró de nuestro programa?  Sitio web  Redes sociales  Folletos  Otra agencia  
 Alguien me dijo  Pancarta  Evento

**HSCDP no discrimina en base al género, orientación sexual, identificación de grupo étnico, raza, ancestros, origen de nacionalidad, religión, color, discapacidad mental o física o estatus migratorio para determinar cuáles niños participan en el programa.**

Certifico que esta información es verdadera. Si falsifico la información, mi participación en los programas de esta agencia puede darse por terminados y puedo ser sujeto a una acción legal. También entiendo que la información en esta solicitud se mantendrá en estricta confidencia dentro de la agencia y es accesible a mí durante las horas de oficina. Esta información no será compartida sin mi consentimiento por escrito.

Firma del Padre/Guardián: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

## HISTORIA DE SALUD Y AUTORIZACION MEDICA DE PADRES

<b>NOMBRE DEL NIÑO:</b>		<b>FECHA DE NACIMIENTO:</b>	
<b>NOMBRE DEL PADRE:</b>			
<b>DIRECCION:</b>		Ciudad	Código Postal
<b>TELEFONO:</b>	CASA	TRABAJO	CELULAR
			MENSAJE
<b>SITE:</b>		<b>CLASSROOM:</b>	

<b>CUIDADO DENTAL Y DE SALUD</b>	
<b>Nombre del Doctor del Niño (o clínica):</b>	<b>Nombre del Dentista del Niño (o clínica):</b>
<b>Seguro Médico:</b>	<b>Seguro Dental:</b>
<b>Permiso para Usar Pasta Dental con Fluoruro</b>	
<p>En el programa Head Start los niños se cepillan las encías y/o los dientes diariamente. Para niños mayores de 1 año, se utiliza pasta dental con fluoruro.</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Autorizo a NCO Head Start a que use pasta dental con fluoruro con mi niño(a).</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Si</b> <input type="checkbox"/> <b>No</b> Autorizo el barniz de fluoruro durante los exámenes dentales en el centro.</p>	

### **AUTORIZACION PARA DAR INFORMACION MEDICA:**

Estoy de acuerdo en que pueden intercambiar mi información médica entre el Programa del Desarrollo Infantil de Head Start, y los proveedores médicos, dentales, el Departamento de Salud local y el programa de WIC con los propósitos de coordinar los mejores servicios de salud para mi hijo, y para satisfacer los requisitos de documentación de tales servicios del Programa del Desarrollo Infantil de Head Start. Esta autorización para compartir información está vigente a partir de la fecha en que se firme este formulario y durante el periodo de tiempo en que mi hijo permanezca inscrito en el NCOHSCDP y cumple con las leyes de HIPAA y de California, e incluye, pero no se limita a cualquier médico, profesional del cuidado de salud, dentista, plan de salud, hospital, clínica, laboratorio, farmacia, o cualquier otro proveedor cubierto de atención médica. Entiendo que este consentimiento por escrito es voluntario y está sujeto a revocación en cualquier momento.

\_\_\_\_\_

(Firma del Padre/Guardian)

\_\_\_\_\_

Fecha





## SU FAMILIA Y HEAD START PREGUNTAS HECHAS FRECUENTEMENTE

### ¿Qué es Head Start?

Head Start es un programa federalmente financiado que comenzó a servir a alumnos preescolares de familias de bajos ingresos en 1965. La diferencia de Head Start a otros programas es que, además de ofrecer experiencias de educación temprana de alta calidad, Head Start también provee una amplia variedad de servicios médicos, dentales, alimenticios, salud mental, necesidades especiales, servicios para la educación del padre y referencias absolutamente gratuitos a la familia.

En años recientes, Head Start amplió sus servicios integrando servicios para madres embarazadas, infantes y niños de edades tempranas, por medio del programa de Early Head Start. Head Start y Early Head Start ahora ofrecen servicios a niños de 0-5 años.

Head Start da la bienvenida y activamente recluta a niños con necesidades especiales y no discrimina a nadie en base a su orientación sexual, género, identificación de grupo étnico, raza, ascendencia, origen nacional, religión, color, estado migratorio, o capacidad mental o física.

### ¿Cuál es la Creencia de HSCDP?

El objetivo de Head Start Child Development Program (HSCDP) es fortalecer a los niños para que logren su mayor potencial. Para esto, trabajamos en conjunto con usted, el padre, porque usted es el maestro más importante para su niño. Los padres son vistos como compañeros en la educación de su niño, y usted tendrá la oportunidad de participar en el salón, reuniones de padres, o por medio de Pólizas del Programa, el cual hace decisiones de la política del programa en grupo. Es importante que el aprendizaje sea divertido, por esta razón nosotros le proveeremos a su niño actividades que le ayudaran a crecer intelectual, social, emocional, y físicamente.

### ¿Cómo Funciona HSCDP?

North Coast Opportunities HSCDP ofrece sus servicios a 310 niños en los condados de Lake y Mendocino. Los alumnos Preescolares de los centros de Head Start (HS) pueden asistir a clases 4 días por semana, 4 horas al día o 5 días por semana, 6 horas al día. Nuestro centro de Peach tiene una clase en la cual se ofrece un horario amplio, de 5 días por semana, para familias que trabajan.

Niños menores de 3 años pueden asistir a los centros de Early Head Start (EHS), los cuales combinan la financiación de las guarderías estatales para ofrecer servicios a familias con la necesidad del cuidado de día completo.

(Nota: Dependiendo de los ingresos, algunos padres pueden llegar a pagar una parte del costo por día del cuidado de niños). Las madres embarazadas y los niños también podrían ser matriculados en una opción basada en el hogar, la cual ofrece visitas semanales de un Educador del Hogar (HBE), y reuniones sociales mensualmente con otras familias en el programa basado en el hogar.

Tanto en HS como en EHS, la maestra visitará el hogar por lo menos dos veces al año, el personal de servicios de familia está siempre disponible para asistir a la familia con recursos de la comunidad y referencias.

### ¿Por qué hacen tantas preguntas en la solicitud y por qué hay tanto papeleo?

Los servicios de Head Start son gratuitos para las familias y nuestro programa es responsable del financiamiento federal y estatal que recibimos. Existen muchas regulaciones y requisitos con los cuales debemos cumplir. También, porque proporcionamos referencias y servicios para las familias incluyendo a su niño, y entre más información nos proporcione, nuestra capacidad para servirle será mejor. Toda la información que nos proporcione se mantendrá en completa confidencialidad y no será compartida sin su permiso por escrito.

**¿Más preguntas? Llámenos. En Ukiah al: (707) 462-2582. Fuera de Ukiah al: 1-800-326-3122**

**¡HEAD START LE BENEFICIARA TANTO A USTED COMO A SU NIÑO POR FAVOR LLENE SU SOLICITUD HOY MISMO!**

# Important Information



NCO Head Start Child Development Program will not discriminate against anyone. This means HSCDP will help all who qualify, and will not deny anyone based on age, race, color, national origin, sex, sexual orientation, religion, political beliefs, disability, or **immigration status**.

*NCO Head Start Child Development Program no discriminará a ninguna persona. Esto significa que HSCDP ayudará a todos los que califiquen, y no negará a nadie basado en edad, raza, color, origen nacional, sexo, orientación sexual, religión, creencia política, incapacidad, o **estatus migratorio**.*

NCO Head Start Child Development Program will not share any information about you with the Immigration and Naturalization Service (INS).

*NCO Head Start Child Development Program no compartirá ninguna información sobre usted con el Servicio de Inmigración y Naturalización (INS).*

All information you give us is used only to determine eligibility and need for your family.

*Toda la información que usted nos da se utiliza para determinar solamente la elegibilidad y necesidad de su familia.*