



NCO Head Start
Child Development Program

550 North State St.
Ukiah CA 95482
t: (707) 462-2582
f: (707) 462-4792
www.ncoheadstart.org

Querida familia:

Gracias por su interés en el Programa de Desarrollo Infantil Head Start. Por favor, complete todas las secciones de la solicitud adjunta de seis páginas y devuélvalas junto con los siguientes documentos:

Documento Requeridos

1. Comprobante de Ingresos Familiares: Por favor, proporcione documentación reciente, como:

- Aviso de Acción de Subsidio en Efectivo o Verificación de Servicios (Servicios Sociales)
- Talones de cheque de un mes completo
- Carta de adjudicación del Seguro Social
- Una declaración escrita de su empleador o de la persona que actualmente le apoya
- Su W-2 más reciente o declaración de impuestos

2. Prueba de la edad de su hijo: Las formas aceptadas incluyen:

- Acta de nacimiento
- Verificación de Servicios de DSS
- Certificado de bautismo
- Tarjeta del Medi-Cal

3. Registro de vacunación actualizado: Se requiere una copia del registro de vacunación actual de su hijo. **La ley de California** exige que los niños tengan las vacunaciones al día para asistir a la escuela.

Por favor, tenga en cuenta: No podemos procesar la solicitud de su hijo sin todos los documentos requeridos o si las vacunas no están actualizadas.

Sometiendo de su solicitud

Utilizamos un sistema basado en puntos que da prioridad a ciertas circunstancias. Para una evaluación precisa, asegúrese de responder todas las preguntas y de que la solicitud esté firmada y fechada

Puede enviar su solicitud y documentos completos:

- **Por correo electrónico:** enrollheadstart@ncoinc.org
- **Por fax:** (707) 462 4792
- **En persona:** En cualquiera de nuestras ubicaciones del programa (ver lista adjunta)
- **Por correo:** 550 North State St. Ukiah, CA. 95482

Que sucede a continuación

Después de que su solicitud haya sido procesada, recibirá una carta notificándole el estado de la solicitud. Tenga en cuenta que su solicitud será considerada solo para el año del programa que solicita.

Gracias por elegir a NCO Head Start Child Development Program para ser parte del primer aprendizaje de su hijo. Esperamos conocerlos a usted y a su familia.

Atentamente,

Equipo de Inscripción de Head Start

Por favor, llámenos si tiene alguna pregunta al (707) 462-2582 o desde fuera de Ukiah al 1-800-326-3122



NCO Head Start
Child Development Program

550 North State St.
Ukiah CA 95482
t: (707) 462-2582
f: (707) 462-4792
www.ncoheadstart.org

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.

CONDADO DE LAKE

Upper Lake Head Start & State Preschool

675 Clover Valley Road
Upper Lake Ca. 95485
707-275-2721

Lakeport Head Start

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

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 & State Preschool

1100 N. Bush St.
Ukiah Ca. 95482
707-463-1354

South Ukiah Head Start

2161 S. State St.
Ukiah Ca. 95482
707-462-0253

Peach Tree Head Start, State Preschool & EHS Center

425A S. Orchard Ave.
Ukiah Ca. 95482
707-463-8600

Nokomis Head Start, State Preschool & Early Head Start

499 Washington Ave.
Ukiah Ca. 95482
707-462-2671

Willits Head Start & State Preschool

20 Spruce St.
Willits Ca. 95490
707-459-5141

Willits Early Head Start

20 Spruce St.
Willits Ca. 95490
707-459-1457

NCO HSCDP Oficina Central

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

ENR 100-D ENG SITE LOCATIONS (06.26)



NCO Head Start
Child Development Program

Central Office
550 N. State Street, Ukiah, CA 95482
(707) 462 – 2582 or 1 (800) 326-3122
Fax: (707) 462 – 4792
Apply online at www.ncoheadstart.org

Solicitud Head Start / Early Head Start

Favor de llenar una solicitud por separado para cada niño

Sobre su niño

Nombre Legal Completo del Niño (solicitante): _____

Fecha de Nacimiento: ____/____/____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino Idioma Principal del Niño: _____

Raza del Niño: ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Hispano ☐ Nativo Americano ☐ Isleño del Pacífico ☐ Blanco

☐ Otro: _____

¿Tiene su niño un caso abierto con el programa de Servicios de Protección Infantil?

☐ No ☐ Si, ingrese la información de contacto

Nombre y número de teléfono del trabajador del caso: _____ (____) _____

¿Esta su niño inscrito en el Programa de Servicios para Padres Adolescentes? ☐ Si ☐ No

Estatus de discapacidad del niño:

☐ Ninguna ☐ Diagnosticado (envíe comprobante) ☐ Sospecha por un Profesional (envíe comprobante)

☐ Preocupación de los Padres Explique por favor: _____

Acerca del Padre/Tutor de su Niño

1. ☐ Un padre/madre viviendo en el hogar (Si es Soltero, conteste #2) ☐ Dos padres viviendo en el hogar

☐ Padres adoptivos (envíe comprobante) ☐ Custodia temporal (envíe comprobante)

2. Si es soltero(a) tiene custodia compartida? ☐ Si (envíe comprobante) ☐ No

Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor: _____ Vive en el hogar? ☐ Si ☐ No

Situación Actual de Empleo: _____ Grado de Educación Completado: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico (requerido): _____

Estamos felices de ayudarle con esta solicitud en la Oficina Central o en su Centro Local.



Números de Teléfono: Casa (____)____ Celular (____)____ Trabajo (____)____ Mensaje (____)____

Raza: ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Hispano ☐ Nativo Americano ☐ Isleño del Pacifico Blanco ☐ Otro: _____

Idioma Preferido: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Lenguaje de Señas ☐ Otro: _____

Idioma escrito preferido: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro: _____

¿Cuál es la mejor manera de contactarle?

☐ Teléfono de casa ☐ Celular ☐ Texto mensajes OK ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal

Padre/Tutor

Nombre del Padre/Tutor: _____ Vive en el hogar? ☐ Si ☐ No

Situación Actual de Empleo: _____ Grado de Educación Completado: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado: _____ Código Postal: _____

Correo electrónico (requerido): _____

Números de Teléfono: Casa (____)____ Celular (____)____ Trabajo (____)____ Mensaje (____)____

Raza: ☐ Asiático ☐ Negro ☐ Hispano ☐ Nativo Americano ☐ Isleño del Pacifico Blanco ☐ Otro: _____

Idioma Preferido: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Lenguaje de Señas ☐ Otro: _____

Idioma escrito preferido: ☐ Ingles ☐ Español ☐ Otro: _____

¿Cuál es la mejor manera de contactarle?

☐ Teléfono de casa ☐ Celular ☐ Texto mensajes OK ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal

Acerca del Hogar de su Niño

Anote los nombres de todos los niños que viven en su hogar y que tenga parentesco de sangre, matrimonio o adopción con los padres:

Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento	Sexo	Parentesco con el niño (solicitante)
		☐ M ☐ F	
		☐ M ☐ F	
		☐ M ☐ F	
		☐ M ☐ F	

Están algunos de los niños mencionados arriba actualmente inscritos en Head Start o Early Head Start? ☐ Si ☐ No

¿Es usted o su niño familiar de alguien que trabaja para NCO Head Start Child Development Program? ☐ Si ☐ No

(Si es así) Nombre: _____ Parentesco: _____

¿Recibe su hijo servicios especializados de otras agencias? ☐ Si ☐ No

Nombre de las Agencia(s): _____

Actualmente recibe alguno de estos beneficios si es sí, envíe prueba.

☐ Ayuda Monetaria ☐ Ingresos del Seguro Social ☐ Programa de Comida (Cal-Fresh) ☐ WIC

Marque con una cruz la casilla de todas las situaciones que actualmente se apliquen a su familia:

Vivienda

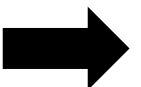
- ☐ Viviendo **temporalmente con amigos o familiares**
- ☐ Viviendo en un refugio.
- ☐ Viviendo en un hotel o motel.
- ☐ Viviendo en carros, estacionamientos, zonas de campamento, espacios públicos, edificios abandonados, o vivienda inestable.
- ☐ Otra (explique): _____

Padres y Familia

- ☐ Padres/Tutores actualmente asisten a un programa de Inglés como Segundo Idioma (ESL), programa de alfabetización, escuela o
- ☐ Padre(s) Adolescentes
- ☐ Padres menores de edad o tenían 17 cuando tuvieron a su primer hijo
- ☐ Padre(s) encarcelados
- ☐ Padre(s) en un programa de recuperación de abuso de sustancias
- ☐ Padre(s)/tutore(s) tiene una discapacidad severa, está gravemente enfermo o tiene un embarazo de alto riesgo
- ☐ Perdida en la familia debido a una reciente:
 - ☐ Separación
 - ☐ Divorcio
 - ☐ Muerte
- ☐ Cambio en la estructura familiar debido a una reciente:
 - ☐ Unión de dos familias
 - ☐ Nacimiento de un bebé
 - ☐ Sirviendo en la militar
 - ☐ Adopción

Niño

- ☐ El niño ha recibido servicios en otro programa de Head Start/Early Head Start
- ☐ El niño recibe servicios de Lake Family Resource Center (EHS)
- ☐ Referencia formal escrita por otra agencia o un profesional (envíe prueba)
Nombre de la agencia o el profesional: _____
- ☐ Bajo la custodia de abuelos o parientes (envíe prueba)



Sobre Nuestro Programa

¿Como se enteró de nuestro programa?

- ☐ Sitio Web ☐ Redes sociales ☐ Folletos/volantes ☐ Alguien me dijo ☐ Banner
☐ Pancarta ☐ Otra agencia ☐ Evento

Maque las clases en las que usted está interesado: *(Continue en la siguiente página)*

Early Head Start (Para bebés y niños pequeños)

Ukiah

- ☐ Centro de Nokomis (24 meses – 3 años)
☐ Centro de Peach (18 meses – 3 años)

Willits

- ☐ Centro de Willits (0 – 3 años)

Head Start (Programa Prescolar para edades de 3 – 5)

Condado de Mendocino

Ukiah

- ☐ Nokomis (8am – 3pm)
☐ North Ukiah (8am – 3pm)
☐ South Ukiah (8am – 3pm)
☐ Peach Tree – Full Day (8am – 4pm)
☐ Peach Tree – School Day (8am – 3pm)

Willits

- ☐ Centro de Willits (8am – 3pm)

Condado de Lake

Clearlake

- ☐ Meadowbrook (8am – 3pm)
☐ Pearl (8am – 12pm)

Lakeport

- ☐ Centro de Lakeport (8am – 3pm)

Upper Lake

- ☐ Centro de Upper Lake (8am – 3pm)

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 pueden 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 mi durante las horas de oficina. Esta información no será compartida sin mi consentimiento por escrito.

Firma: _____ Fecha: _____



HISTORIA DE SALUD Y AUTORIZACION MEDICA DE PADRES

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

CUIDADO DENTAL Y DE SALUD	
Nombre del Doctor del Niño (o clínica):	Nombre del Dentista del Niño (o clínica):
Seguro Médico:	Seguro Dental:
Permiso para Usar Pasta Dental con Fluoruro 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. ☐ Si ☐ No Autorizo a NCO Head Start a que use pasta dental con fluoruro con mi niño(a). ☐ Si ☐ No Autorizo el barniz de fluoruro durante los exámenes dentales en el centro. ☐ Si ☐ No Está su hijo tomando actualmente suplementos de fluoruro?	

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 le 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/Tutor)

Fecha

Nombre del niño: _____

Fecha de nacimiento: _____

Instrucciones: Responda a las preguntas circulando "sí" o "no" o escribiendo la información solicitada. Para acelerar el proceso de inscripción, si responde si a cualquiera de las preguntas, la Especialista de Salud y/o la Coordinadora de Nutrición tendrán que hacer seguimiento. **En algunos casos, se requerirá documentación del médico antes de que el niño pueda asistir a la escuela.** Toda la información es confidencial. Si tiene alguna pregunta, por favor llámenos al 462-2582 o al (800) 326-3122.

CONDICIONES DE NUTRICION		
¿Hay alguna comida que su hijo(a) no deba comer por motivos médicos? Si es si, por favor explique:	SI	NO
¿Tiene su hijo(a) alergia a alguna COMIDA? Si es si, por favor explique:	SI	NO
¿Hay alguna comida que hijo(a) no deba comer por motivos religiosos o personales? Si es si, por favor explique:	SI	NO
CONDICIONES DE SALUD		
¿Tiene su hijo reacciones alérgicas a alguno de los siguientes? ☐ Medicamento o vacunas ☐ Animales/Insectos ☐ Otros Si la respuesta es "sí" a alguna de las opciones mencionadas arriba, por favor explique:	SI	NO
¿En los últimos 6 meses ha sido hospitalizado u operado su hijo? Si la respuesta es "sí", cuándo y por favor explique:	SI	NO
¿En los últimos 6 meses ha tenido su hijo accidentes o enfermedades graves? Si la repuesta es "sí", por favor explique:	SI	NO
¿Necesita su hijo algún aparato especial o equipo de adaptación, o requiere algún cambio en el ambiente para su salud, seguridad o comodidad? Si la respuesta es "sí", por favor describa:	SI	NO
¿Han diagnosticado a su hijo con alguna condición medica? Si la respuesta es "sí" responda las siguientes preguntas:	SI	NO
¿Está su hijo tomando actualmente algún medicamento?	SI	NO
¿Necesitará su hijo su medicamento en la escuela?	SI	NO
¿Con qué condición(es) ha sido diagnosticado su hijo? _____		
¿Qué medicamentos toma tu hijo y con qué frecuencia? _____		
¿Está tomando su hijo algún medicamento recetado o de venta libre con regularidad? Si la respuesta es "sí", ¿cuál es el medicamento y por qué lo está tomando?	SI	NO

Nombre y Firma de Padre/Guardian _____

Fecha _____

NOTA: Si el cuestionario de salud /nutrición se completó 6 meses antes de que el niño fuera seleccionado para la inscripción, los padres deben revisar y actualizar la información antes de que el niño pueda inscribirse. El cuestionario también puede ser actualizado y/o revisado por teléfono con el padre por el personal.

Nombre y firma del padre/tutor que revisa/actualiza el cuestionario _____

Fecha de revisión/actualización _____

Nombre y firma del personal que revisa/actualiza el cuestionario _____

Fecha de revisión/actualización _____



NCO Head Start
Child Development Program

550 North State St.
Ukiah CA 95482
t: (707) 462-2582
f: (707) 462-4792
www.ncoheadstart.org

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.

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.

Se proporcionan comidas saludables y nutritivas a todos los niños, de forma gratuita. Los niños con alergias alimentarias y/o discapacidades tienen el derecho a adaptaciones gratuitas. Proporcionamos estos servicios cuando se solicitan y trabajamos con las familias para obtener la documentación requerida. Nuestro programa sigue las pautas del USDA. Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

¿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 238 niños en los condados de Lake y Mendocino. Los alumnos Preescolares de los centros de Head Start (HS) pueden asistir 5 días por semana 6 horas al día o 5 días por semana, 4 horas al día en nuestro centro de Pearl solamente. 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.

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.