



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, 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 2nd 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

550 N. State St.
Ukiah Ca. 95482
707 462-2582

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/madre 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- Si es así envíe una prueba. <input type="checkbox"/> Custodia temporal- Si es así envíe una prueba.	2. ¿Si es soltero(a) tiene custodia compartida? <p align="center"><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p align="center">- Si su respuesta es sí, envíe una prueba.</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: Isleño del Pacifico Negro Blanco Bi/Multi racial Hispano Nativo Americano Asiático

¿Tiene su niño un caso abierto con el programa De Servicios de Protección al Niño (CPS)? Sí No

Nombre y número de teléfono del Trabajador del Caso _____ ()

¿Está su niño inscrito en el Programa de Servicios para Padres Adolescentes? Sí No

NOSOTROS LE DAMOS LA BIENVENIDA A LOS NIÑOS CON NECESIDADES ESPECIALES

Estatus de Discapacidad del Niño: Diagnosticado(a) Sospecha por un profesional Preocupación por los padres Ninguna

Por favor explique: _____

Nombre de la Madre /Guardián <i>vive en el hogar</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre del Padre /Guardián <i>vive en el hogar</i> <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 (obligatorio)	Dirección de correo electrónico (obligatorio)
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------

Raza: <input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico <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 Pacifico <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 ()	# de mensaje ()
----------------------	------------------	--------------------------------------------------------------	---------------------	---------------------

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted? Teléfono de casa Celular Correo electrónico correo postal

Idioma preferido al hablar: Ingles Español Lenguaje de Señas Otro: _____

Idioma preferido al escribir: Ingles Español Otro: _____

¿**Recibe?** Ayuda Monetaria-**por favor envíe comprobante** Ingresos de Seguro Social -**por favor envíe comprobante**
 Estampillas de comida WIC

¿Es usted o su niño familiar de alguien que trabaja para el Programa del Desarrollo Infantil de Head Start NCO? Si 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:

Nombre del Niño	Fecha de Nacimiento	Sexo	Parentesco con el niño (<i>solicitante</i>)
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? Sí 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 bebe
- 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 - 2pm)

Ukiah North Ukiah Día Escolar (8am - 2pm)

South Ukiah Día Escolar (8am - 2pm) A.M (8 - 12p)

Nokomis Día Escolar (8am - 2pm)

Peach Tree Día Completo (8am - 4pm) Día Escolar (8am - 2pm)

Willits Día Escolar (8am - 2pm)

Upper Lake Día Escolar (8am - 2pm)

Lakeport Día Escolar (8am - 2pm)

Clearlake Pearl A.M (8 - 12) P.M (12:30 - 4:30)

Meadowbrook Día Escolar (8am - 2pm)

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 (**Bebés y niños pequeños**)

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

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

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

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? <input type="checkbox"/> Medicamento o vacunas <input type="checkbox"/> Animales/Insectos <input type="checkbox"/> Otros Si la respuesta es "sí" a alguna de las opciones mencionadas arriba, por favor explique:	SI	NO
¿Han internado u operado a su hijo recientemente? Si la respuesta es "sí", cuándo y por favor explique:	SI	NO
¿Ha tenido su hijo accidentes o enfermedades graves recientemente? Si la repuesta es "sí", por favor explique:	SI	NO
¿Ha tenido su hijo alguna vez una convulsión o un ataque? Si la respuesta es "sí", ¿cuándo fue el último ataque y qué lo causó?	SI	NO
¿Tiene su hijo algún problema óseo o muscular? ¿Tiene su hijo alguna dificultad para sentarse, gatear, ponerse de pie o caminar? Si la repuesta es "sí", por favor describa:	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
¿Le han diagnosticado asma a su hijo? Si la respuesta es "sí" responda las siguientes preguntas: ¿Está tomando actualmente algún medicamento para el asma? ¿Necesitará su medicamento para el asma en la escuela? ¿Usa nebulizador? ¿Qué medicamentos está tomando para el asma y con qué frecuencia? ¿A qué doctor está consultando para controlar el asma de su hijo?	SI	NO
¿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
¿Han diagnosticado a su hijo con alguno de lo siguiente? <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos/en la sangre <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial <input type="checkbox"/> Problemas renales	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 _____

EVALUACION DE NUTRICION DE HEAD START

NOMBRE DEL NIÑO(A): (NOMBRE Y APELLIDO)		FECHA DE NACIMIENTO:		FECHA:	
SITE:		CLASSROOM:			
¿Esta su hijo(a) inscrito en el programa de WIC? SI NO		¿Está recibiendo CalFresh (estampillas de comida)? SI NO			
¿Cómo es el apetito de su hijo(a)? (circule uno) Excelente		Bueno		Malo Muy malo	
¿Cuántas veces al día come su hijo(a), incluyendo bocadillos? _____		¿Con cuanta frecuencia toma refresco? _____ semana / mes			
¿Cuántas veces al día toma leche? _____		¿Qué tipo de leche? (Entera 2%, 1%, etc.) _____			
¿Cuáles son las comidas preferidas de su hijo(a)?		¿Frutas y verduras favoritas?			
¿Qué comidas no le gustan?					
¿Le ha dicho algún doctor que su hijo(a) es anémico(a)? SI NO		¿Si es así, cuando? _____			
¿Está el/ella tomando algún suplemento de hierro? SI NO		Nombre del Doctor/ clínica: _____			
¿Le da diarrea frecuentemente a su hijo(a)? SI NO		¿O estreñimiento? SI NO			
¿Tiene alguna preocupación/comentario sobre los hábitos alimenticios o estado de nutrición de su hijo(a)? SI NO		Si es así, por favor explique:			

	Circule los alimentos que come su hijo(a) y marque que tan frecuentemente: (Por favor marque una casilla por línea)	1-3 veces al día	2-3 veces a la semana	Una vez por semana	Muy Raro
Lácteo	Leche (cualquier tipo) Queso Yogurt (excepto queso crema o requesón)				
Proteína	Carne y pollo Pescado Huevos Frijoles (no verdes) Requesón Crema de cacahuate				
Granos	Cereal Pan (cualquier tipo) Arroz Pasta, Espagueti Galletas Tortillas				
Vitamina C	Naranjas (o jugo de naranja) Tomates (o jugo de tomate) Toronja (o jugo) Brócoli col/repollo				
Vitamina A	Verduras oscuras (espinaca, lechuga romana, mostaza) Zanahorias Chabacanos Camotes Melón Calabaza (amarilla oscura)				
Bocadillos dulces	Dulces Papitas Pasteles, Pies, y galletas Gelatina Paletas de hielo Ponche de fruta, Kool-Aid Soda Cereales dulces				

Nombre y Firma de Padre/Tutor: _____ **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 _____



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 341 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: 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.