



Downeast Community Partners

Ayudando a los niños y familias en Downeast, Maine, desde 1970
¡Creemos que nuestros niños y sus familias merecen prosperar!

Centro: _____

Edad: _____

Elegibilidad: _____

 ACTA DE NAC REG VACUNACIÓN DOC. INGRESOS

SOLICITUD DEL PROGRAMA 2018-2019

Para servicios Head Start/Early Head Start y/o cuidado infantil y colaboraciones Pre-K

¿Necesita ayuda? ¡Llame al (207) 610-5187 o al 1-800-834-4378, o visite el Centro de Educación y Cuidado Diario de su localidad!

Nombre del niño: _____ Fecha de nacimiento: ___/___/___ Sexo: M F

Idioma principal del niño: _____ Idioma secundario del niño: _____

Número de MaineCare: _____ Seguro privado: _____ #: _____

A. REPRESENTANTE PRINCIPAL

B. REPRESENTANTE SECUNDARIO

Nombre: _____

Sexo: M F

Relación con el niño (marque todas las que apliquen)

Padre biológico Padre adoptivo

Padrastro/madrastra Tutor legal Padre sustituto

Otro: _____

¿El niño vive con este representante?

Todo el tiempo Algunas veces

Empleador: _____ (si aplica)

Sueldo semanal Sueldo quincenal Sueldo mensual Desempleado Padre de hogar

Estudiante Discapacitado/retirado

Idioma principal: _____

Idioma secundario: _____

Estado civil: Soltero Casado Separado

Divorciado Viudo Concubinato

Dirección de residencia: _____

Dirección de correspondencia _____

MISMA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

Nombre: _____

Sexo: M F

Relación con el niño (marque todas las que apliquen)

Padre biológico Padre adoptivo

Padrastro/madrastra Tutor legal Padre sustituto

Otro: _____

¿El niño vive con este representante?

Todo el tiempo Algunas veces

Empleador: _____ (si aplica)

Sueldo semanal Sueldo quincenal Sueldo mensual Desempleado Padre de hogar

Estudiante Discapacitado/retirado

Idioma principal: _____

Idioma secundario: _____

Estado civil: Soltero Casado Separado

Divorciado Viudo Concubinato

Dirección de residencia: _____

Dirección de correspondencia _____

MISMA DIRECCIÓN DE RESIDENCIA

REPRESENTANTE PRINCIPAL**REPRESENTANTE SECUNDARIO**

Por favor seleccione su número principal de contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____ <input type="checkbox"/> Teléfono local: _____ <input type="checkbox"/> Teléfono de oficina: _____ <input type="checkbox"/> Otro teléfono: _____ Correo electrónico: _____	Por favor seleccione su número principal de contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono celular: _____ <input type="checkbox"/> Teléfono local: _____ <input type="checkbox"/> Teléfono de oficina: _____ <input type="checkbox"/> Otro teléfono: _____ Correo electrónico: _____
--	--

C. OTROS MIEMBROS DE LA FAMILIA QUE VIVEN EN SU HOGAR

Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con el niño

D. CIRCUNSTANCIAS Y EXPERIENCIAS ADICIONALES DE LA FAMILIA

A veces, las familias pueden experimentar desafíos económicos o sociales que pueden generar estrés o dificultades que hacen prioritario su estatus de admisión. ¿Su familia está pasando por alguna de estas situaciones?

Sin techo
 Enfermedad severa/discapacidad
 Problemas de alcohol/drogas
 Luto familiar
 Violencia familiar
 Servicios de Protección Infantil
 Acogida familiar
 Padres adolescentes
 Encargado de cuidar a un familiar por enfermedad o vejez
 Abuelos/bisabuelos u otros miembros familiares que crían al niño

Otro: _____

E. INFORMACIÓN SOBRE SU HIJO QUE NOS PERMITIRÁ A BRINDARLE UNA MEJOR AYUDA

Recibimos niños con cualquier habilidad y coordinamos con los proveedores de servicios para apoyar al niño. Por favor, complete la siguiente información para brindarle una mejor ayuda durante su participación en nuestro programa.

(1) ¿Se le ha diagnosticado alguna enfermedad/discapacidad al niño? Sí No

De ser afirmativo, indique el diagnóstico: _____

(2) ¿El niño tiene algún Plan Individualizado de Servicios para la Familia (Individualized Family Service Plan, IFSP) o Programa de Educación Individualizada (Individualized Education Program, IEP)? Sí No (Si es afirmativo, nos gustaría tener una copia, de ser posible. Si no, le pediremos que firme una autorización para obtener una copia)

(3) ¿Su hijo ha estado involucrado en alguna de estas agencias?:

Servicios de Desarrollo Infantil (Child Development Services, CDS)
 Servicios Comunitarios de Salud y Asesoría (Community Health & Counseling Services, CHCS)
 Amigos de los Niños Especiales
 Programa Infantil del Condado de Washington
 Otro: _____

4) ¿Usted o algún otro adulto tiene alguna inquietud con respecto al niño (habla, audición, desarrollo físico, comportamiento, salud, nutrición, etc.)? Sí No No estoy seguro/a

De ser afirmativo, por favor describa: _____

F. INGRESOS Y PENSIONES QUE PODRÍA ESTAR RECIBIENDO

Tipo de pensión/ingreso (otros ingresos aparte de los laborales) que recibe (seleccione todas las que apliquen):

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia médica financiera (Ej. MaineCare) | <input type="checkbox"/> Acogida familiar/Subsidio de adopción* |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia Nutricional | <input type="checkbox"/> Desempleo* |
| Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) | <input type="checkbox"/> Pensión* |
| <input type="checkbox"/> Ayuda pública (Ej. TANF*, PAS) | <input type="checkbox"/> Manutención infantil* Cantidad: _____ Frecuencia: _____ |
| <input type="checkbox"/> Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Infantes y Niños (Nutrition Program for Women, Infants and Children, WIC) | <input type="checkbox"/> Subsidio de acogimiento familiar (<i>seleccione tipo</i>): |
| <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income ,SSI)* | <input type="checkbox"/> Voucher <input type="checkbox"/> Cuidado Infantil Transitorio (TCC) |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social, Beneficios de Sobreviviente del Seguro Social, Seguro por Discapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance,SSDI) | <input type="checkbox"/> ASPIRE <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

POR FAVOR ADJUNTE EL COMPROBANTE DE CADA INGRESO

G. AYUDA CON EL MEDIO DE TRANSPORTE

CFO no ofrece transporte para ninguno de sus programas, aunque sí contamos con algunos fondos disponibles para ayudar a las familias elegibles del programa Head Start con los gastos de transporte y lo ayudaremos a encontrar a otras familias que deseen compartir su vehículo. Si usted necesita ayuda, por favor discuta este asunto con nuestro personal al momento de la inscripción.

H. DOCUMENTOS QUE DEBE ADJUNTAR A SU PLANILLA DE SOLICITUD

Por favor envíe lo siguiente junto con su planilla de solicitud:

- Documentación de ingresos: **REQUERIDA** para determinar su elegibilidad para los servicios de Head Start/Early Head Start y algunos programas Pre-k. Debe mostrar los ingresos de los doce meses del año calendario. Ejemplo: formulario de impuestos 1040 de 2017, formulario W2 de 2017, formulario 1099 de 2017, carta de beneficios del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, DHHS), carta de subsidio de cuidado temporal, etc.
- Certificado de nacimiento (opcional con la solicitud: el personal del centro le hará seguimiento al momento de la inscripción).
- Registro de vacunación (opcional con la solicitud: el personal del centro le hará seguimiento al momento de la inscripción).

Toda la documentación original será devuelta por correspondencia al solicitante. Si no está seguro sobre qué documentación incluir, llame a nuestro Encargado de Inscripciones al (207) 610-5187. Si usted no envía toda la documentación de ingresos correspondiente a los programas Head Start/Early Head Star, ello puede impedir que el niño sea añadido a la lista de espera y/o que sea aceptado en el programa.

I. SELECCIÓN DEL CENTRO/PROGRAMA (seleccione todos los programas de su interés y especifique cuál es su primera opción)

<p style="text-align: center;">HEAD START/Pre-K (de 3-5 años) (No requiere cuota para programas Head Start/Pre-K)</p> <p><input type="checkbox"/> Bucksport PK/HS (4 mañanas por semana, septiembre a mayo)</p> <p><input type="checkbox"/> Calais PK/HS (4 mañanas por semana, septiembre a mayo)</p> <p><input type="checkbox"/> Deer Isle-Stonington ECEC (se rige por el calendario escolar de las escuelas públicas)</p> <p><input type="checkbox"/> Ellsworth ECEC (4 mañanas por semana, septiembre a mayo)</p> <p><input type="checkbox"/> Ellsworth PK/HS en el EEMS (solo para niños de 4 años, 4 mañanas a la semana, septiembre a mayo)</p> <p><input type="checkbox"/> Flaherty ECEC (Machias, 4 mañanas por semana, septiembre a mayo)</p> <p><input type="checkbox"/> Harrington PK/HS (solo para niños de 4 años, se rige por el calendario escolar de las escuelas públicas)</p> <p><input type="checkbox"/> Millbridge PK/HS (solo para niños de 4 años, se rige por el calendario escolar de las escuelas públicas)</p> <p><input type="checkbox"/> Mt. View ECEC (Sullivan, 4 mañanas por semana, septiembre a mayo)</p> <p><input type="checkbox"/> Schoodic ECEC (4 mañanas por semana, septiembre a mayo)</p> <p><input type="checkbox"/> Trenton PreK/HS (se rige por el calendario escolar de las escuelas públicas)</p>	<p style="text-align: center;">Guardería o guardería con EHS/HS Lun a vie, todo el año</p> <p>Para padres que necesiten cuidado infantil a medio tiempo o a tiempo completo. Se aceptan subsidios del Estado.</p> <p style="text-align: center;"><u>INFANTES/NIÑOS (6 semanas a 3 años)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ellsworth ECEC</p> <p><input type="checkbox"/> Flaherty ECEC (Machias)</p> <p><input type="checkbox"/> St. Croix ECEC (Calais)</p> <p style="text-align: center;"><u>PREESCOLARES (3 a 5 años)</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ellsworth ECEC</p> <p><input type="checkbox"/> Flaherty ECEC (Machias)</p> <p><input type="checkbox"/> St. Croix ECEC (Calais)</p>
--	---

J. FIRMAS Y CERTIFICACIÓN

Certifico, bajo pena de perjurio, que, según mi leal saber, la información familiar y de ingresos suministrada en esta planilla de solicitud, así como toda la documentación que la avala, es cierta.

Firma del solicitante: _____ Fecha: ____/____/____

ENVÍO DE LA PLANILLA DE SOLICITUD

Usted puede enviar su solicitud y la documentación requerida al centro más cercano a usted o puede usar alguno de los siguientes métodos:

Correspondencia: Oficina de Registro de CFO, casillero postal 648, Ellsworth, ME 04605

Fax: (207) 667-2212, ATT: Encargado de Inscripciones

Escáner y correo electrónico: enrollment@childandfamilyopp.org

¡Gracias por su interés en nuestros programas! Esperamos su solicitud.

Para otros recursos de educación de la infancia temprana y más información acerca de nuestros programas, por favor visítenos en Facebook o en nuestra página web www.childandfamilyopp.com

SOLO PARA USO OFICIAL

Determinación de elegibilidad/verificación de documentos de ingresos

Certifico que he revisado la siguiente documentación de ingresos familiares _____ el día ____/____/____.

Seleccione todos los tipos de ingreso usados para determinar la elegibilidad:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> W-2/formulario de impuestos | <input type="checkbox"/> Compensación por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Trabajador independiente | <input type="checkbox"/> Indemnización de trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Manutención infantil | <input type="checkbox"/> Pensión |
| <input type="checkbox"/> Talón de cheque | <input type="checkbox"/> TANF |
| <input type="checkbox"/> Seguridad Social/SSI/SSDI | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

Ingreso anual total: \$ _____ **Número de miembros de la familia:** _____ **Ingreso/núcleo familiar: \$** _____

Edad del niño: _____ **Estatus de elegibilidad:** _____ **Firma del personal de inscripción:** _____ **Fecha:** ____/____/____

Fecha de revisión por el Director: ____/____/____ **Iniciales del Director:** _____