


Entrevista Telefónica/Lista de Documentos 2018-2019

 if present	Planteles: JEC FD ___ MES FD ___ LVS PT ___ RRC PT ___ ¿Tiene transportación? ___ Sí ___ No
	Usted TIENE que agendar una cita para entregar documentos (951) 253-7091 Lunes a Viernes de 8:00 AM a 4:00 PM
Documentación de Necesidades Especiales (si es aplicable)	
	IEP (Plan Educación Individualizada) o IFSP: Si es aplicable
	Referido para SET-4-School/SNAP
Comprobantes del Tamaño de la Familia	
	Identificación con fotografía de los padres o tutores legales
	Acta de Nacimiento (<i>Tiene que traer original</i>)
	Carta de Colocación en hogar sustituto, Carta de la persona que asumió el rol de padre sustituto.
Comprobante de Residencia	
	Factura reciente de servicios públicos o contrato de arrendamiento. <i>Factura de gas, luz o agua fechada dentro de los últimos 30 días. (Tiene que traer original), Declaración de Impuestos o Licencia para conducir. Direcciones escritas a mano no son aceptables.</i>
Comprobantes de Elegibilidad por Ingreso	
	Talones de cheque de los últimos 30 días. Sueldos/salarios antes de deducciones
	Declaración de Impuestos Federales 2017 (1040, W2s, 1099, etc.)
	Beneficios del Seguro Social(SSA)/Incapacidad, Ingreso del Seguro Suplementario (SSI), Contrato de Hogar Sustituto (Foster), Sin Hogar/Mc Vento o TANF/Cal Works (Gen 2000/Pasaporte a los Servicios)
	Pensión Alimenticia: Necesita 1 año de documentación
	Compensación por desempleo, Compensación al trabajador, Pensión o pago por Retiro
	Otro:
Documentación Médica	
	Cartilla de vacunación: Actualizada para matrícula de preescolar
	Prueba de Tuberculosis (con fecha de prueba, lectura y firma)
	Examen físico: debe estar fechado dentro de los últimos 12 meses antes del primer día de escuela.
	Documentos de condición médica: Si tiene alergias, enfermedades cardíacas, asma, etc...
	Lectura de Hemoglobina y Plomo en la sangre
	Examen Dental
Documentación Legal	
	Custodia del menor con sello oficial o comprobante de caso pendiente.
	Divulgación de Información: Padre, madre, o guardián

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Su niño está:
 NEW Waitlisted

Los siguientes documentos son necesarios para que su niño esté en la lista de espera:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

En este momento su niño nos es elegible para HS debido a los lineamientos de ingreso. Una guía de Programas Preescolares para la Comunidad le fue otorgada por: _____ (Iniciales de la CSS).

Notas de la SSC:

Nombre del Niño(a)

FDN:

Aplicación#

2018 - 2019



Solicitud para el Head Start/Early Head Start

Solo para uso de la oficina

CPID No.: _____

Term: _____

Site: _____

Llenar con letra de molde con tinta azul o negra solamente.

Información del solicitante (niño o mujer embarazada)				
Nombre (First):	Apellido (Last):	Segundo nombre (Middle):	Género (Gender): <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fec. Nac.: / / Mes Día Año
¿Qué programa está solicitando? (Which program) <input type="checkbox"/> EarlyHead Start (EHS) <input type="checkbox"/> EHS Mujeres Embarazadas (EHS-PW) <input type="checkbox"/> Head Start				
¿Qué opción está solicitando? (Option) <input type="checkbox"/> Turno completo* (FD) <input type="checkbox"/> Medio turno AM <input type="checkbox"/> Medio turno PM <input type="checkbox"/> Domiciliaria (HB) <input type="checkbox"/> Sin preferencia <small>*Atención: para tener prioridad para turno completo, ambos padres o ambos tutores deben estar trabajando (25+ horas/semana) o en la escuela turno completo (7+ unidades)</small>				
¿Tiene el solicitante un IEP o IFSP actual? (Has IEP) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, ¿puede presentar una copia del IEP o IFSP actual (Copy of IEP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Vive actualmente el solicitante en hogar de crianza? (Foster Care) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si la respuesta es Sí, ¿tiene usted los derechos educativos? (Ed. Rights) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Tiene el solicitante necesidades especiales de salud, condiciones médicas o alergias? (Health/Medical/Allergies) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, favor de explicar. (Explain)				

Información de la familia			
Nombre del tutor o tutora principal (Primary):	Fec. Nac.: / / Mes Día Año	Teléfono celular (Cell):	Correo electrónico (E-mail):
Nombre del tutor o tutora secundario (Secondary):	Fec. Nac.: / / Mes Día Año	Teléfono celular (Cell):	Correo electrónico (E-mail):
Teléfono principal (Primary):	Teléfono de casa (Home):	Teléfono alternativo (Alternate):	Teléfono alternativo (Alternate):
¿Autoriza al programa a enviarle información y avisos importantes (Authorization to send info)?		Por mensaje de texto (text): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Por correo electrónico (Email): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Dirección de casa (Home address):		Ciudad y zona postal (City, ZIP):	
Domicilio de correo (si es diferente a la dirección de casa) (Mail address):		Ciudad y zona postal (City, ZIP):	
¿Se quedó el solicitante sin vivienda recientemente? (Housing loss) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí, por favor describa su situación actual. (Current arrangements)			
Padres o tutores en el hogar: (Parents in home) <input type="checkbox"/> Hogar monoparental (One) <input type="checkbox"/> Pareja de padres o tutores (Two)		Nombre de la persona o personas con la custodia legal del niño (Has custody):	
Idioma materno hablado en casa (Home Language): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____		Idioma en el cual se prefiere el material escrito (Preferred): <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	
¿Tiene un caso abierto con la CPS (CPS case)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tienen los abuelos la custodia del solicitante? (Grandparent guardian) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Hay algún pariente en el hogar con una discapacidad permanente (Disability in family)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Están el padre y/o la madre encarcelados o desahuciados? (Incarcerated/Terminal Illness) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Liste todos los otros parientes que viven en el hogar a quienes usted da ayuda financiera NO ANTES LISTADOS

Nombre (First):	Apellido (Last):	Fec. Nac.: Mes Día Año	¿Tiene esta persona algún parentesco con el niño (Parent related)?	¿Apoya económicamente el ingreso de los padres a esta persona (Parent supported)?
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		/ /	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Cantidad total* de personas que viven en el hogar (incluyéndose usted) a quienes apoya económicamente (Family size):

* Use la casilla a la derecha para anotar la cantidad total.

--

UNA SOLICITUD INCOMPLETA RETRASA EL PROCESO DE INSCRIPCIÓN.

Nombre del solicitante: _____ Fec. Nac.: _____

Tutor principal (Primary)	
Nombre (Name):	Vive con el solicitante (Lives w/child): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parentesco con el solicitante (Relationship):	Con custodia legal del solicitante (Custody): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado marital (Marital status): <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	
Fuente de ingresos	¿Percibe ingresos (Income)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe (marque todo lo que aplique):	Cantidad mensual (Monthly)
<input type="checkbox"/> Asistencia monetaria (Cash Aid) CalWORKs? \$ _____	
<input type="checkbox"/> Ingresos suplementarios de seguridad (SSI)? \$ _____	
<input type="checkbox"/> Manutención/Manutención de menores? (Alimony/Child Support) \$ _____	
<input type="checkbox"/> Otro (Other)? \$ _____	
Empleo (Employment)	
<input type="checkbox"/> Empleado (Employed)	<input type="checkbox"/> Sin empleo (Unemployed)
<input type="checkbox"/> Jubilado (Retired)	<input type="checkbox"/> En busca de empleo (Seeking Employment)
<input type="checkbox"/> Empleo eventual (Seasonally Employed)	<input type="checkbox"/> Discapacitado (Disabled)
Discapacitado de _____ a _____	
Información del empleador (Employer Info)	
Nombre del empleador (Employer):	Teléfono del empleador (Phone):
Periodo de pago: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes (Pay period)	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____
Sueldo en bruto (Gross): Total \$ _____ por _____	
Pago: <input type="checkbox"/> En efectivo (Cash)	<input type="checkbox"/> Cheque personal (Per. Check)
	<input type="checkbox"/> Cheque de la compañía (Co. Check)
Total de horas laboradas por semana (Hours): _____	
¿Autoriza al programa a comunicarse con su empleador para verificar (Contact employer)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información de la escuela o capacitación (School/Training)	
¿Asiste a la escuela o a capacitación vocacional o laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la escuela (Name):	Teléfono de la escuela:
Total de unidades en la escuela/horas de capacitación por semana (Units/ Hours):	_____
¿Es empleado del Head Start de la RCOE (HS Employee)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es pariente de algún empleado del Head Start de la RCOE (RCOE Employee)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Tutor secundario (Secondary)	
Nombre (Name):	Vive con el solicitante (Lives w/child): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Parentesco con el solicitante (Relationship):	Con custodia legal del solicitante (Custody): <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estado marital (Marital status): <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo	
Fuente de ingresos	¿Percibe ingresos (Income)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Recibe (marque todo lo que aplique):	Cantidad mensual (Monthly)
<input type="checkbox"/> Asistencia monetaria (Cash Aid) CalWORKs? \$ _____	
<input type="checkbox"/> Ingresos suplementarios de seguridad (SSI)? \$ _____	
<input type="checkbox"/> Manutención/Manutención de menores? (Alimony/Child Support) \$ _____	
<input type="checkbox"/> Otro (Other)? \$ _____	
Empleo (Employment)	
<input type="checkbox"/> Empleado (Employed)	<input type="checkbox"/> Sin empleo (Unemployed)
<input type="checkbox"/> Jubilado (Retired)	<input type="checkbox"/> En busca de empleo (Seeking Employment)
<input type="checkbox"/> Empleo eventual (Seasonally Employed)	<input type="checkbox"/> Discapacitado (Disabled)
Discapacitado de _____ a _____	
Información del empleador (Employer Info)	
Nombre del empleador (Employer):	Teléfono del empleador (Phone):
Periodo de pago: <input type="checkbox"/> Por semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces/mes (Pay period)	<input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro: _____
Sueldo en bruto (Gross): Total \$ _____ por _____	
Pago: <input type="checkbox"/> En efectivo (Cash)	<input type="checkbox"/> Cheque personal (Per. Check)
	<input type="checkbox"/> Cheque de la compañía (Co. Check)
Total de horas laboradas por semana (Hours): _____	
¿Autoriza al programa a comunicarse con su empleador para verificar (Contact employer)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Información de la escuela o capacitación (School/Training)	
¿Asiste a la escuela o a capacitación vocacional o laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre de la escuela (Name):	Teléfono de la escuela:
Total de unidades en la escuela/horas de capacitación por semana (Units/ Hours):	_____
¿Es empleado del Head Start de la RCOE (HS Employee)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es pariente de algún empleado del Head Start de la RCOE (RCOE Employee)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Certifico que los datos en esta solicitud son verdaderos y completos conforme mi mejor conocimiento. Entiendo que si presento datos incorrectos puedo provocar el rechazo de esta solicitud a dar por terminados los servicios de cuidado infantil. Notificaré a la agencia de inmediato si hay algún cambio en mi ingreso, composición familiar, dirección, empleo o motivos por los cuales son necesarios los servicios de cuidado infantil.

Firma de los padres o tutores: _____ Fecha: _____



CHILDREN AND FAMILY SERVICES

Early Childhood Education



545 Chaney Street, Building E, Lake Elsinore, CA 92530
Office: (951) 253-7091 Fax: (951) 253-7185



Divulgación de Información

Yo doy mi permiso para que los programas preescolares de Children and Family Services de LEUSD verifiquen cualquier información utilizada para determinar la elegibilidad de mi familia durante el proceso de matriculación y a la hora de matricular a mi hijo/a en un Programa Preescolar de LEUSD.

Yo autorizo la divulgación de información entre agencias para verificar mi ingreso, elegibilidad y necesidad de cuidado infantil y/o servicios de apoyo. Las agencias con las que se pueden comunicar pueden incluir pero no estan limitadas a: el Departamento de Servicios Sociales Públicos, lugares de capacitación/escuelas, agencias de servicio social, médicos remitentes, albergues de emergencia, y empleadores.

Yo doy mi permiso para que los Programas Preescolares de Children and Family Services de LEUSD pidan y ó brinden información a otras agencias financiadas publicamente cualquier información de elegibilidad necesaria para asegurar el uso adecuado de fondos Estatales/Federales.

Si durante el tiempo en que mi hijo/a este matriculado encuentran que hay información incorrecta ó fraudulenta, comprendo que mi hijo/a será sacado del Programa Preescolar de Children and Family Services de LEUSD.

Nombre del Niño

Relación hacia el Niño

#1 Nombre del Padre/Apoderado

Firma

Fecha

Nombre del Niño

Relación hacia el Niño

#2 Nombre del Adulto Secundario

Firma

Fecha



Physical Examination

Child's Name: _____ Date of Physical Examination: _____

Date of Birth: _____

Head Start requires a complete CHDP equivalent health examination for entrance into the program.

CHDP Periodicity visit for:	1	2	4	6	9	12	15	18	24	30	3	4	5
	Mos	Mos	Mos	Mos	Mos	Mos	Mos	Mos	Mos	Mos	Yrs	Yrs	Yrs

TB Risk Factor Assessment: <input type="checkbox"/> Risk factors not present; TB skin test not required	Blood Lead Risk Factor Assessment: <input type="checkbox"/> Risk factors not present <input type="checkbox"/> Risk factors present
---	--

Hematocrit /Hemoglobin 9 Month 2,3,4 Years	Date:	Results:	Anemia: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Iron Supplements: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Blood Lead Test: 12 and 24 Month If no record, perform	Date:	Results:	Blood Pressure:	Date:	Results: ___ / ___
Tuberculin Skin Test	Date Given:	Date Read:	Results: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive	Chest X-ray Date:	Results: <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Positive
Height: (%)	Weight: (%)	BMI:		Head Circumference:	
Vision: Right – 20/ _____ Left – 20/ _____		Strabismus: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail		Hearing: <input type="checkbox"/> Pass <input type="checkbox"/> Fail	

Examination Results	Normal for age	Abnormal (Describe Findings)	Not Tested	Examination Results	Normal for age	Abnormal (Describe Findings)	Not Tested
Anticipatory Guidance				Eyes/Vision Observation			
Posture, Gait				Ears/Clinic Assessment			
Birth Defects				Developmental Screening			
Ears/Nose/Throat				Autism Spectrum Disorder Screening			
Seizures				Developmental Surveillance			
Mouth/Teeth Dental/Nutrition				Psychosocial/Behavior Assessment			
Heart/Lungs				Communication Skills/Speech			
Asthma				Cognitive Skills			
Abdomen (Hernia)				Maternal Depression Screening			

Is the child cleared to enter preschool? Yes No

List any allergies, chronic conditions or special accommodations: _____

List medications required at school (include medication name and dosage): _____

Provider (Please print): _____ Signature: _____

Practice/Clinic Name: _____ Phone Number: _____

Address: _____



Dental Screening Results/Examen dental y resultados

Child's Name/Nombre del niño: _____ Date of Birth/ Fec. Nac.: _____

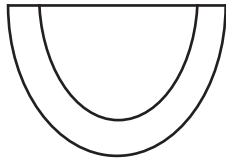
Screening/Examen

- Priority Criteria/Criterio para determinar prioridad:
- Priority No.1 - immediate care
Prioridad No.1 - Cuidado inmediato
 - Priority No.2 - extensive amount of decay
Prioridad No.2 - Demasiada caries
 - Priority No.3 - obvious cavities
Prioridad No.3 - Caries evidente
 - Priority No.0 - No obvious cavities
Prioridad No.0 - No hay caries evidente

- Soft Tissue/Arch: Satisfactory/no follow-up necessary Further evaluation required/follow-up with dentist
Satisfactorio; seguimiento no necesario Mayor evaluación necesaria; seguimiento con un dentista
- Tejido blando/Arcada: Suspected area needing evaluation
Área de preocupación que necesita evaluarse

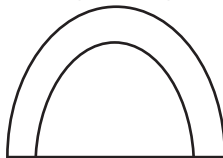
(Mark tooth decay area)
(Indique la parte afectada con caries)

Lower arch/Arcada mandibular



Palate/Paladar

Tongue/Lengua



Upper arch/Arcada maxilar

Lower dental arch: _____
Arcada dentaria inferior

Upper dental arch: _____
Arcada dentaria superior

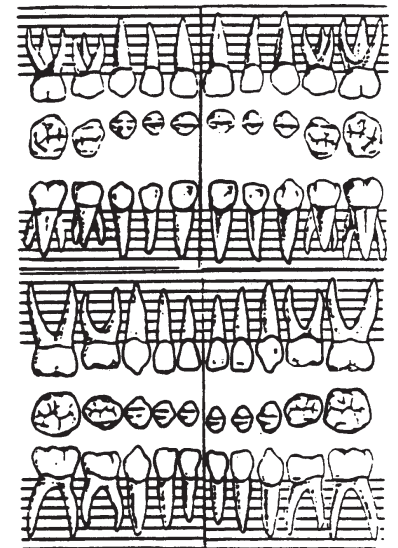
Tongue: _____
Lengua

Palate: _____
Paladar

Lingual Frenulum: _____
Frenillo lingual

Upper lip: _____
Labio superior

Lower lip: _____
Labio inferior



Varnish Consent/: Yes No

- Hygiene: Satisfactory/Satisfactorio Improve brushing by parent/Ayuda de los padres para mejorar el cepillado.
 Introduce flossing by parent/Ayuda de los padres para empezar el uso de hilo dental.

Dentist Signature/Firma del dentista: _____ Date/Fecha: _____

Results/Resultados

- No follow-up needed at this time./No necesita seguimiento en este momento.
- Dental follow-up needed. Please make appointment with the dentist. Have dentist complete results portion of form and return to site./Necesita seguimiento. Por favor haga una cita con el dentista. Pida al dentista que llene la sección de resultados del formulario. Devuélva el formulario al plantel.

Dental Follow-Up/Seguimiento dental

Treatment in process/En tratamiento: _____

Date of next appointment/Fecha de la próxima cita: _____

Treatment completed (date)/Tratamiento completo (fecha): _____

Dentist Signature/Firma del dentista: _____ Date/Fecha: _____

If you do not have dental insurance or dentist, please see site staff for a list of providers and assistance./Si no tiene seguro dental o dentista particular, por favor pida ayuda al personal del plantel y una lista de proveedores.