

Instrucciones para

Completar el Paquete Preescolar de Solicitud de Infantes en el Condado de San Jose

Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda con la traducción, por favor comuníquese con el Condado de San Jose ISD Gran Comienzo al 269-467-5424 y nosotros la comunicamos con un traductor bilingüe.

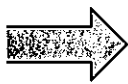
En este paquete encontrará todo el papeleo que debe ser llenado para solicitar si su hijo/a es elegible para cualquiera de los programas de Head Start o el programa de Gran Comienzo de Preescolar. Para determinar en qué programa su hijo califica debe ser llenada toda la documentación completamente. Por favor lea cuidadosamente lo que necesitamos para procesar su solicitud. Cualquier información faltante retrasará este proceso.

Siga paso a paso:

1. **Condado de St. Joseph Primera Infancia Preescolar de aplicación** – Por favor, llene todos los espacios. No deje nada en blanco.
2. **Formulario de elegibilidad de Ingresos de Head Start y el Programa de Gran Comienzo** – Rellene con la mayor precisión posible. Esto es muy importante para nosotros, para determinar a qué programa (s) de su niño (a) será elegible para asistir. Tendremos copias de todos los ingresos de su familia las cuales Usted presentó junto con este paquete.
3. **Factores de riesgo durante la Infancia** – Esta forma la necesitamos para ayudarnos a determinar para cual programa su niño (a) sera elegible. *Porfavor conteste todas las preguntas de la columna del lado derecho excepto en la sección donde dice Solo para uso de la Oficina "For Office Use Only".*
4. **Forma de Consentimiento para Liberar Información Confidencial Comisión de Servicios Humanos del Condado de St. Joseph** – Favor de llenar el nombre del niño la fecha de nacimiento en los ámbitos señalados. Firma y la fecha en donde hay una "X" en la parte inferior de la forma.

Llenar este paquete no significa que su hijo está inscrito. La organización ISD determinará para qué programa su hijo (a) califica y enviara su documentación al programa preescolar adecuado. Después, se pondrán en contacto con Usted un especialista para comenzar la inscripción. GSRP no comenzará las inscripciones hasta después del 1 de agosto.

Recuerde que debe tener una copia del certificado de nacimiento de su hijo (a), la prueba de ingresos, y prueba de residencia (factura de servicios públicos, como algun comprobante de pago de telefono, de alquiler, pago de la hipoteca, etc.)



1. St. Joseph County Early Childhood Preschool Application

Nombre del niño _____ Fecha de nacimiento _____ Sexo _____

El peso al nacer _____ Padres/Tutores _____

Teléfono _____ Numero Celular _____ Email _____

Dirección _____ Ciudad _____ Código Postal _____

¿Es su dirección actual un arreglo temporal para vivir? _____ Si _____ No

Si contesto si, es este arreglo temporal debido a la perdida de casa o situación económica difícil? _____ Si _____ No

Distrito Escolar _____ ¿Necesita transporte? _____ Si _____ No

¿Si no hay transportación usted esta dispuesto a transportar? _____ Si _____ No

Otros adultos en la casa:

_____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

_____ Relación _____ Fecha de Nacimiento _____

Otros niños en la familia:

_____ Fecha de Nacimiento _____

_____ Fecha de Nacimiento _____

_____ Fecha de Nacimiento _____

Nombre de la persona que cuida al niño/a _____ Dirección _____

¿Es usted padre/madre soltera? _____ Si _____ No Divorciado/a _____ Si _____ No

Ingreso anual (en los últimos 12 meses) _____ Numero de personas en la Familia _____

¿Esta usted recibiendo recientemente ayuda en efectivo del departamento de Servicios Humanos (DHS) (no estampillas de comida) _____ Si _____ No

¿Esta usted actualmente empleada/o? Mama _____ Si _____ No Papa _____ Si _____ No

Esta usted o cualquier miembro de su familia recibiendo SSI? _____ Si _____ No

Enliste los idiomas hablados en casa _____

Grado más alto terminado en la escuela: Mama _____ Papa _____

Edad de la mama al tener su primer bebe _____

El niño/a tiene confirmado una discapacidad o recibe servicios de educación especial _____ Si _____ No.

Explique: _____

¿Usted o alguno de sus hijos tiene una enfermedad crónica o a largo plazo? _____ Si _____ No

Quien: _____ Que: _____

¿Su hijo/a ha experimentado muerte de un padre o hermano/a? _____ Si _____ No

¿Vive usted en un área rural? _____ Si _____ No

Cualquiera de sus hijos ha asistido a: _____ GSRP _____ Head Start _____ Early Head Start

Firma de los Padres/Tutores: _____ Fecha _____

2.

FORMA DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA HEAD START Y EL PROGRAMA DE GREAT START READINESS

Ingresos: Liste todo tipo de ingreso que a recibido en los últimos 12 meses. Debe listar el ingreso antes de las deducciones. **Una copia de sus ingresos tiene que ser sometida con esta aplicación.** Debe incluir los ingresos del empleo, desempleo, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, jubilación SSI, SSI por incapacidad, los pagos de DHS (guardería o asistencia en efectivo), las comidas subsidiadas o si no tiene ingresos en este momento.

Marque TODO lo que aplique y liste la cantidad que a recibido por ano (ultimos 12 meses).

- Empleo: _____ Desempleo: _____
- Manutención infantil: _____ Pensión Alimenticia: _____
- Pensión: _____ Jubilación SSI: _____
- Incapacidad SSI: _____ DHS Guardería/Asistencia en efectivo: _____
- Comidas subsidiadas _____ Familia no tiene ningún ingreso en este tiempo.

El tamaño del hogar: (liste el número de personas que viven en su casa): _____

Documentación aportada:

- Talón de cheque
- Formularios de impuestos del año anterior
- DHS forma de atención infantil de verificación
- Forma de comidas subvencionadas con cálculo de los ingresos
- Otro (especificar): _____
- No hay documentación de ingresos en este momento.

Yo certifico que toda la información de arriba es verdadera y correcta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da para el programa de Great Stars Readiness que es fundado por el estado.

Firma de Padres o Guardianes

Mi hijo/a no puede participar en GSRP sin transporte en autobús: ____ Si ____ No

Solo Para Uso De Oficina

- La Familia aparenta ser elegible para Head Start o GSRP. Pero la documentación todavía es necesitada.
- Yo verifico que he visto prueba de ingresos. Documento visto: _____

Firma

Titulo

Fecha

* Un requisito legislativo.

3. Factores de Riesgo de Temprana Edad

Por favor responda todas las preguntas en la columna derecha con un SI o NO.

Padres no tienen que llenar la sección "SOLO PARA USO DE OFICINA"

Factores de Riesgo	Definición	Por Favor marque Si o No en cada pregunta
Niño/a a sido diagnosticado con una incapacidad o tiene y a sido identificado con un atraso en su desarrollo	Niño/a es elegible para servicios de educación especial o el progreso del desarrollo del niño/a es menos de lo esperado para su edad o tiene un estado de salud crónico que cause problemas con su desarrollo.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a tiene una IEP active y esta recibiendo servicios de educación especial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a tiene un IFSP y recibe servicios de Temprana Edad. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – El niño tiene problemas de salud que podría resultar en un retraso en el desarrollo o dificultad de aprendizaje. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Un Médico ha referido para servicios de educación especial. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a ha recibido una puntuación baja en un examen de desarrollo.
Un comportamiento grave o desafiante	Niño/a ha sido expulsado de una escuela preescolar o un centro de cuidado de niños	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – El comportamiento del niño/a en varias ocasiones ha impedido que él / ella pueda participar en un grupo (por ejemplo: la iglesia, pre-escolar, o guarderías). <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Su niño/a a sido referido para servicios de un Profesional de la salud mental.
El Idioma principal de la casa que no sea Inglés	Inglés no se habla en la casa del niño/a; Inglés no es el primer lenguaje del niño/a.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Su niño/a va ah entrar ah la escuela no pudiendo hablar Inglés y deben aprender el lenguaje. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Inglés es el segundo idioma de su niño/a.
Padres con bajo nivel educativo	Los padres no se han graduado de la escuela secundaria o está luchando con el analfabetismo.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Uno o ambos padres no se graduó de la escuela secundaria. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Uno o ambos padres tienen dificultad para leer o no puede leer.
Abuso / negligencia de niños o padres	El abuso doméstico, sexual o físico del niño o padres, cuestiones de negligencia de niños.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No -- Niño/a ha sido abusado o descuidado o ha habido violencia doméstica o conyugal de sus padres o hermanos. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Ha habido abuso de alcohol, prescripción o drogas sin receta por los miembros de la familia o en el hogar.
Riesgos ambientales	<p>La pérdida de los padres debido a muerte, divorcios, encarcelamiento, servicio militar, o la ausencia.</p> <p>Existen problemas con Hermanos</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Padres sirviendo en las fuerzas armadas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Padres encarcelados <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Padre sufre de enfermedades crónicas (físico, emocional, mental) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – cambios frecuentes en la custodia de los niños <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Abuelos criando a los nietos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Padres solteros o los padres se han divorciado o separado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a está bajo cuidado de Foster Care <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Situación del niño es afectado negativamente por cuestiones relacionadas con el hermano de una enfermedad (crónica, problemas de comportamiento, discapacidad, muerte)

Continúe en la siguiente página



Los riesgos ambientales (continuación)	<p>Padres adolescentes</p> <p>La familia esta sin hogar o sin vivienda estable</p> <p>Residencia en un vecindario de alto riesgo</p> <p>La exposición prenatal o postnatal a las sustancias tóxicas ah sido conocido que cause problemas de aprendizaje o retraso en el desarrollo.</p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Los padres aún no cumplían 20 anos de edad en el nacimiento del primer niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – La familia están sin hogar y están viviendo en un refugio, o con familiares</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – El Hogar de la familia esta en hipoteca o hay cambios frecuentes en su residencia</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a experimenta la exposición diaria a contaminantes del ambiente (exposición al plomo, insectos)</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – El Barrio tiene alto porcentaje de criminalidad, violencia, lesiones, abuso de drogas o de mortalidad</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Casa no es segura o ay mucha gente</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No –La casa tiene la falta de útiles o no tiene ningún espacio para el juego de los niños.</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a nació con síndrome de alcohol fetal</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a nació adicto a las drogas</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño sufre de problemas respiratorios debido al medio ambiente</p>
PARA USO DE OFICIA –Padres no llenen esta ultima sección		
Familia esta extremadamente bajos en ingreso	Familia extremadamente bajos en ingreso	Este factor de riesgo está reservado para los niños que califican para Head Start que no pueden ser atendidos por Head Start, y los que se pasaron de la pauta de ingresos. Este factor de riesgo que cuenta como dos factores de riesgo al priorizar los niños para la inscripción.
Familia de bajos ingresos	Los ingresos de familias con bajos ingresos están entre 200% y 300% del nivel federal de pobreza	Las familias no son elegibles para Head Stara por sus ingresos, pero son elegibles para GSRP.

**COMISION DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE ST. JOSEPH
CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACION CONFIDENCIAL**

Yo autorizo a las siguientes personas y/o agencias que reciban comunicación oral o escrita considerando:

NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____

Estoy enterado/a que la información que será liberada es para el propósito de coordinar y la planificación de los servicios. Esta información será estrictamente confidencial. Si yo no doy el consentimiento, no séme negaran ningún servicio. La información NO será compartida ni será liberada para cualquier otro partido sin tener previo consentimiento en escrito. Esta autorización será efectivo hasta que sea revocada en escrito o no mas de *doce meses o si es razonablemente necesario para realizar el propósito autorizado. La liberación adicional de cualquier información que sea compartido es prohibida a menos que coherente con el propósito autorizado.

- Instrucciones: (1) Cheque "SI" o "NO" si el proveedor de servicios puede compartir información
 (2) Mire el código de información abajo. Para cada "SI" que marque, será información que compartiremos con esa agencia o ah las persona que les ponga los números apropiados. Si usted tiene instrucciones especiales, documentos que solo pueden ser compartidos, o información que quiera ser liberada solamente a ciertas personas, por favor escríbalos aquí.

Los Códigos Para El Tipo De Información

- | | | |
|--|--|--|
| 1 Toda la Información/Comunicación Abierta | 6 Evaluación/Informes de la Evaluación | 11 Informes Psicológicos |
| 2 Liberación de Resumen | 7 Informes médicos/Día(s) de Hospitalización | 12 Historias Sociales/Informes |
| 3 Examen de Salud/Físico | 8 Informes de la Terapia Ocupacional | 13 Informes de la Terapia del Discurso |
| 4 IEP (Plan Individualizado de Educación) | 9 Informes Físicos de la Terapia | 14 Planes del Tratamiento |
| 5 IFSP (Plan individualizado de Servicio de Familia) | 10 Reportes de Progreso | |

Las agencias siguientes podrán compartir información (Por Favor indique la aprobación verificando "SI" o "NO").

SERVICIOS/PROVEEDORES DE SERVICIO	SI	NO	El Tipo De Información para ser compartido La Instrucciones especiales
1. Departamento de Servicios Humanos del Condado De St. Joseph			
2. Comisión del Envejecimiento del Condado De St. Joseph			
3. Guardian Track			
4. Keystone Place			
5. MI Works – Conexión de Instrucción de Empleo			
6. Servicios de Empleo – (especificar)			
7. St. Joseph County Intermediate School District			
8. CAA – Head Start, Weatherization, Commodities			
9. Glen Oaks Community College			
10. Escuelas Locales del Distrito (especificar)			
11. KCMH Servicios de Abuso de la Sustancia			
12. Agencia de Salud de la Comunidad			
13. Medico (especificar)			
14. Hospital y Clínicas Afiliadas (especificar)			
15. Community Healing Center			
16. Servicios Médicos Mentales de la Comunidad			
17. Wraparound			
18. MUST			
19. Coordinador de Cuidado de Niños en la Comunidad			
20. Servicios de Extensión de la Universidad del Estado de Michigan			
21. Revisión del equipo de Early Childhood			
22. Refugio de Asfalto Doméstico			
23. Aplicación de la ley (especificar)			
24. Proveedor Legal (especificar)			
25. Cortes (especificación)			
26. Ayuda Legal			
27. Asociación Ministerio			
28. NAACP			
29. Foster Family			
OTRO (especificar)			

- Esta forma no permite información acerca de HIV/SIDA y financió federal de los programas de las drogas y el abuso del uso de alcohol para ser compartido. Una autorización tiene que ser separada para ser compartida, Esta información debe ser obtenida y debe ser firmada.
- Entiendo que mi reacción es necesitada para mejorar los planes para los niños que sean elegibles, para sus familias y para otros adultos. Mi nombre y mi dirección pueden ser utilizados para mandarme encuestas sobre las inspecciones.
- Mi firma también significa que he leído esta forma y/o alguien me lo an explicado en el idioma que yo entiendo.
- Tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento a menos que la facilidad ya ha revelado la información con mi consentimiento.

Firma de la Persona Autorizando _____

Fecha _____

Testigo _____

Fecha _____

Expira en _____ * Ve Arriba

5. 5 PASOS

Para determinar si su hijo/a es elegible para el programa de Head Start o GSRP

1. Familia llena el condado de St. Joseph Primera Infancia Preescolar de paquetes. Usted tendrá que incluir la siguiente documentación: certificado oficial de nacimiento del niño, la prueba de los padres de los ingresos, y prueba de residencia.
2. Paquete de devolución de cualquiera de las siguientes áreas: Primaria oficina de la escuela, cualquier centro de Head Start, o la ISD: St. Joseph County ISD, 62445 Shimmel Rd, Centreville, MI 49032
3. La ISD se iniciará el proceso de determinar la elegibilidad de su hijo para Head Start o GSRP.
4. Toda la documentación se envía al programa para que el niño es elegible.
5. En ese momento, Head Start o GSRP posible que tenga que reunirse con la familia. Se determinará entonces que los niños realmente será inscrito en su programa y notificar a la familia si no está inscrito a su hijo.

Jefe de inscripción de inicio se basa en los ingresos, y cuenta con un sistema de puntos para asegurarse de que las familias con mayores necesidades están matriculados en primer lugar. ELLOS DEBEN INSCRIBIRSE 4 PRIMEROS AÑOS. Si alguna ranuras permanecen abiertos, que luego se pueden inscribir niños de 3 años.

Inscripción GSRP se basa en los factores de riesgo determinado por el Estado. Las familias con mayor número de factores de riesgo están matriculados en primer lugar. Este programa sólo está abierto a niños de 4 años. (El niño todavía debe ser de 4 por 1 de diciembre.)