



Centro de Desarrollo Infantil Oahe, Inc.

2307 E. Capitol Avenue
Pierre, Dakota del Sur 57501

Teléfono: (605) 224-6603
Fax #: (605) 224-0850

Por favor, guarde esta carta de presentación para referencia futura sobre a quién llamar en caso de preguntas o inquietudes.

Gracias por su interés en el programa Early Head Start. El programa Early Head Start del Centro de Desarrollo Infantil Oahe es un programa GRATUITO para todos los niños y familias elegibles. Para ser elegible para los servicios de Early Head Start, los niños deben ser elegibles para su edad e ingresos. También podemos aceptar un pequeño número de familias que tienen más ingresos. Complete la solicitud adjunta y devuélvala lo antes posible.

¡Esta solicitud no se puede procesar sin verificación de ingresos!

Al devolver su solicitud completa, sus ingresos deberán confirmarse con nuestro Especialista en Servicios Familiares. Para verificar los ingresos, traiga una declaración de impuestos 1040, talones de pago, formularios W-2, comprobante de SNAP, TANF o SSI, y / o comprobante de manutención infantil.

Cada niño debe tener prueba de edad. Al ser aceptado en el programa, se recomienda una copia de un certificado de nacimiento emitido por el estado para proporcionar prueba de edad.

Una vez que su solicitud haya sido devuelta y los ingresos hayan sido verificados, usted o su hijo serán colocados en una lista de espera. Una vez que tengamos una vacante, lo emparejaremos con un visitador del hogar y le notificaremos. Nuestro año EHS va de agosto a agosto.

Por favor, envíe la solicitud a:

Hannah Carda
Especialista en Servicios Familiares
Centro de Desarrollo Infantil Oahe

Si tiene alguna pregunta sobre su solicitud, elegibilidad, colocación de su hijo en la lista de espera o cualquier otra inquietud, llame a Hannah al 605-224-6603.



Información sobre recursos familiares

¿Su familia recibe alguno de los siguientes tipos de servicios o asistencia financiera?
(Sírvase indicar todo lo que corresponda):

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> SNAP (Cupones de Alimentos) | <input type="checkbox"/> Cuidado de Crianza/Subsidio de Ac | <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Indígena |
| <input type="checkbox"/> WIC | <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo | <input type="checkbox"/> Manutención de menores/pensión a |
| <input type="checkbox"/> Asistencia Pública – TANF | <input type="checkbox"/> Seguridad de Ingreso Suplementari | <input type="checkbox"/> Ayuda Financiera/Préstamos Estudi |
| | (SSI) | |

¿Su familia está actualmente en crisis? No Sí *En caso afirmativo, explique:*

¿Hay alguna otra inquietud o situación familiar que debemos tener en cuenta para ayudar a satisfacer sus necesidades?
(Como un divorcio reciente, salud de alquiler de pa, mudanza reciente, asesoramiento, padre ausente debido al encarcelamiento, servicio militar activo, etc.)?
 No *En caso afirmativo, por favor explique:* _____
 Sí _____

¿Cómo se enteró de nosotros?

- Sitio web de OCDC
- Periódico
- Anuncio de TV/Radio
- Facebook / Redes Sociales
- Contacto personal

¿Fue referido por otra agencia?

- Agencia de Bienestar Infantil
- Proveedor de atención médica/dentista
- Oficina de WIC/Salud del Condado
- Programa de Escuelas Públicas/EC
- Otros _____

Información de cobertura de atención médica:

- CHIP/Medicaid Servicios de Salud Indígena Tri-Cuidado Seguro de salud privado Sin cobertura médica

Necesidades/Servicios Especiales:

¿Tienes alguna necesidad especial? No Sí *En caso afirmativo, sírvase describir:*

ANTES DE LA ACEPTACIÓN EN NUESTRO PROGRAMA, LOS INGRESOS DEBEN SER VERIFICADOS POR EL PERSONAL AUTORIZADO DE OCDC

Las declaraciones y la información en esta aplicación son verdaderas y precisas a mi leal saber y entender.

Firma del solicitante

Fecha

de firma

Fecha de firma