



# Centro de Desarrollo Infantil Oahe, Inc.

2307 E. Capitol Avenue Teléfono: (605) 224-6603  
57501, Pierre, Dakota del Sur Fax #: (605) 224-0850

## APLICACIÓN

¡Nos complace que esté solicitando nuestro programa! El Centro de Desarrollo Infantil Oahe (OCDC) ofrece un programa integral que incluye educación de la primera infancia, salud, salud mental, nutrición, asociaciones familiares y servicios de defensa para las familias inscritas.

---

Para completar el proceso de solicitud, OCDC Head Start/Early Head Start necesitará la siguiente información:

- SOLICITUD COMPLETADA**
- COMPROBANTE DE INGRESOS DE LA FAMILIA (uno de los siguientes)**
  - 1040, talones de pago y / o comprobante de manutención infantil
  - Prueba de SSI, TANF o SNAP
  - Documentación que muestre la colocación de DSS, la colocación de parentesco, etc.
- REGISTRO DE NACIMIENTO DEL NIÑO**
- REGISTRO DE VACUNACIÓN (Consulte la parte posterior de esta página para conocer los requisitos del programa).**

**TENGA EN CUENTA:** EL NIÑO DEBE ESTAR AL DÍA CON TODAS LAS VACUNAS PARA SER CONSIDERADO PARA LA INSCRIPCIÓN DE CLASE DE DÍA COMPLETO SEGÚN LOS REQUISITOS DE LICENCIA DE CUIDADO INFANTIL DE SD.

---

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. Comenzaremos a aceptar niños elegibles por ingresos a mediados de mayo. Las familias con ingresos excesivos serán notificadas a partir de la tercera semana de julio. Si no recibe la notificación durante este tiempo, usted o su hijo permanecerán en la lista de espera hasta que se produzca una vacante. Durante el año escolar, todas las solicitudes serán revisadas en el momento de una apertura.

**Si tiene alguna pregunta, llámeme al 605-224-6603.**

Hannah Carda

# Calendario de vacunación recomendado

REQUISITOS DE INMUNIZACIÓN – a partir de septiembre de 2016

Vacuna	Nacimiento	1 mi	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	15 meses	18 meses	19-23 meses	4-6 El
Hepatitis B (Hep B)	#1	#2			#3					
Difteria, tétanos, tos ferina (DTP)			#1	#2	#3		#4			#5
Haemophilus influenzae tipo b (Hib)			#1	#2	#3*	#4				
Poliovirus inactivado			#1	#2	#3					#4
Sarampión, paperas, rubéola (MMR)						#1				#2
Varicela						#1				#2
Hepatitis A						#1 & #2 (6 meses de diferencia)				
Neumococo (PVC)			#1	#2	#3	#4				

= La inmunización debe administrarse dentro de este

**Vacunas combinadas que a menudo se ven en los registros de vacunación:**

- Pediarix = DTaP, hepatitis B, poliomielitis
- Pentacel = DTaP, Hib, Polio
- Kinrix = DTaP, Polio
- MMRV = varicela, MMR

\* NOTA: El Pedvax o ComVax Hib es de 3 dosis, sin que se requiera la inmunización de 6 meses. Todas las demás series de Hib son 4 dosis usando el programa anterior.

## Exámenes recomendados para el niño sano y horario de exámenes dentales

Las pautas federales de Head Start requieren que su hijo esté al día con los exámenes de niño sano.

Debe determinar si su hijo está al día. **Obtenga copias de la mayoría de los exámenes y resultados de laboratorio actuales y llévelos con usted a su inscripción o entréguelos con la solicitud.** Si su hijo no está al día, deberá hacer una cita lo antes posible con el proveedor médico / dentista de su hijo para mantenerse al día según las pautas a continuación:

- **Los exámenes para niños sanos normalmente se realizan a las 2 semanas, 2 meses, 4 meses, 6 meses, 9 meses,** 12 meses, 15 y / o 18 meses, 2 años, 3 años, 4 años y 5 años.
- **Examen dental:** primer examen dental requerido a los 12 meses de edad y luego cada año.
- **Nivel de plomo en la sangre:** requerido a los 12 y 24 meses de edad. Si no tiene registro de los resultados o el niño no fue examinado, Head Start requiere que se dibuje un nivel entre los 36 y los 72 meses de edad.
- **Nivel de hemoglobina** requerido a los 12 meses de edad.



**POR FAVOR  
COMPLETE  
TODAS LAS  
ÁREAS DE ESTA  
SOLICITUD.**

**CENTRO DE DESARROLLO INFANTIL  
OAHE Solicitud para niños  
Early Head Start / Head Start**  
2307 E. Capitol Pierre, SD 57501  
Teléfono: 605-224-6603 Fax: 605-224-0850

<i>OFFICE USE ONLY</i>	Date Received: _____
EHS: _____	HS: _____
NEW _____	RETURN _____ TRANSF _____
<b>IMMUNES: _____ 1/2 DAY _____ FULL DAY</b>	
ENCODED _____	County _____

**Información del solicitante ( niño )**

Nombres _____ Apellidos _____	<b>Fecha de nacimiento :</b> ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	¿El solicitante ha estado inscrito anteriormente en un programa Head Start/Early Head Start? _____ ¿Si es así, donde? _____ ¿Cuándo? _____
-------------------------------	--	--

**Dirección de vivienda**      **Dirección de envío**

Calle: _____	Calle/Apartado postal: _____
Pueblo/Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	Pueblo/Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Condado: _____	Distrito escolar: _____

El solicitante vive con: <i>(marque todo lo que corresponda)</i> <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo(s) <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otra (especificar) _____ <input type="checkbox"/> Otro pariente _____	¿Idioma(s) hablado(s) en el hogar del niño? Primario: _____ Secundario: _____ ¿Qué tan bien habla inglés el solicitante? _____	<b>***Clave de raza al final de la página</b>			
			<i>raza</i>		<i>Círcula</i>
		Solicitante		¿Hispano?	Sí    N
		Custodio principal		¿Hispano?	Sí    N
		Custodio secundario		¿Hispano?	Sí    N

**Padre/Custodio principal**      **Padre/Custodio secundario**

Nombres _____ Apellidos _____	Nombres _____ Apellidos _____
Fecha de nacimiento: _____ Relación hacia el niño: _____	DIRECCIÓN : _____
Información del número de teléfono: _____	Fecha de nacimiento: _____ Relación hacia el niño _____
Casa/Celular _____ Trabajo: _____	Información del número de teléfono: _____
Correo electrónico: _____	Casa/Celular: _____ Trabajo: _____
	Correo electrónico: _____

**Información de custodia:**

<input type="checkbox"/> Ambos padres biológicos <input type="checkbox"/> Custodia exclusiva <input type="checkbox"/> La custodia compartida <input type="checkbox"/> Custodia física: explique quién tiene la custodia legal _____	¿Existen órdenes de visitas especiales que debemos tener en cuenta? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, por favor márkelo y proporciónenos una copia. ____ Cuidado de crianza/Custodia del Estado de Dakota del Sur ____ Acuerdos ordenados por el tribunal ____ Ordenes de restricción
--	---

**Por favor enumere todas las OTRAS personas que viven en el hogar.**

Nombres	Apellidos	Fecha de nacimiento	Relación hacia el niño	Raza

**\*\* TENGA EN CUENTA QUE LAS OPCIONES A CONTINUACIÓN SON SOLO PARA NIÑOS DE 3 A 5 AÑOS EN LOS CENTROS DE PIERRE \*\***  
**CLASIFIQUE SUS OPCIONES 1, 2, 3. SOLO TENEMOS UNA CIERTA CANTIDAD DE ESPACIOS PARA CADA OPCIÓN Y NO PODEMOS GARANTIZAR NINGÚN ESPACIO DE INSCRIPCIÓN.**

\_\_\_\_\_ Clase de la mañana de ½ día de lunes a jueves (8 a. m. a 11:30 a. m.)  
\_\_\_\_\_ Clase de la tarde de ½ día de lunes a jueves (11:45 a. m. a 3:15 p. m.)  
\_\_\_\_\_ Clase de día completo de lunes a jueves y algunos viernes (8 am a 3 pm)

\_\_\_\_\_ ¿Está interesado en el *programa de después de la escuela* que opera de 3:00 p.m. a 5:15 p.m. de lunes a jueves y algunos

**¿Su familia recibe (o está certificada para recibir) asistencia de guardería?**       No       Sí

\*\*\*Clave de raza: indio americano (AI), asiático (AS), negro o afroamericano (B), nativo de Hawái (NH), blanco (W), birracial /multirracial (MR), otro (O)

Empleo y educación de padre/custodio primario	Empleo y educación de padre/custodio secundario
<b>Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Nombre del empleador: _____ ¿Está asistiendo a capacitación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿dónde? _____ ¿Está activo en alguna rama del ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted un <b>veterano</b> del ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>Nivel más alto de educación completado:</b> <input type="checkbox"/> 9º o menos <input type="checkbox"/> 10º <input type="checkbox"/> 11º <input type="checkbox"/> Graduado de HS <input type="checkbox"/> Alguna universidad <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título Asociado <input type="checkbox"/> 2 años universidad <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Otro _____	<b>Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Nombre del empleador: _____ ¿Está asistiendo a capacitación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Estás en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿dónde? _____ ¿Está activo en alguna rama del ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Es usted un <b>veterano</b> del ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>Nivel más alto de educación completado:</b> <input type="checkbox"/> 9º o menos <input type="checkbox"/> 10º <input type="checkbox"/> 11º <input type="checkbox"/> Graduado de HS <input type="checkbox"/> Alguna universidad <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título Asociado <input type="checkbox"/> 2 años universidad <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Otro _____

**Información de recursos familiares**

¿Recibe su familia los siguientes tipos de servicios o asistencia financiera? (Por favor indique todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> SNAP (Cupones para Alimentos)	<input type="checkbox"/> Cuidado de crianza/subsidio de adopción	<input type="checkbox"/> Manutención infantil/pensión alimenticia
<input type="checkbox"/> WIC	<input type="checkbox"/> Seguro de desempleo	<input type="checkbox"/> Ayuda financiera/préstamos para estudio
<input type="checkbox"/> Asistencia Pública – TANF	<input type="checkbox"/> Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Ninguno listado

¿Existen otras inquietudes o situaciones familiares que debemos tener en cuenta para ayudar a satisfacer las necesidades de su hijo? (Tales como un divorcio reciente, mudanza, salud de los padres, asesoramiento, ausencia de los padres debido a encarcelamiento o servicio militar, etc.)

No  Sí

En caso afirmativo, explíquelo por favor: \_\_\_\_\_

Información adicional:	Verificación de ingresos:
¿Hay alguien en su hogar actualmente embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, ¿le gustaría una solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Entiendo que mis ingresos deben estar verificados y tener adjunto: Verificación de cuidado de crianza 1040 o W-2 Prueba de SNAP/TANF/SSI Talones de pago Desempleo Otro: _____
Cómo se enteró de nosotros:	¿Fue remitido por otra agencia?
<input type="checkbox"/> Sitio web de OCDC <input type="checkbox"/> Facebook/Redes Sociales <input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Contacto personal <input type="checkbox"/> Anuncio de tele/radio	Agencia de bienestar infantil Programa de escuela pública Proveedor de atención médica/denti Otro _____ Oficina de WIC/Salud del Condado

**Necesidades/Servicios Especiales:**

¿Tiene el solicitante alguna necesidad especial?  No  Sí

En caso afirmativo, describa: \_\_\_\_\_

¿El solicitante recibe algún servicio especial o actualmente está en un IEP (Plan de Educación Individual) o IFSP (Plan de Servicio Familiar Individual?) (Ejemplos: terapia médica, logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, asesoramiento, etc.)

No  
 Sí En caso afirmativo, describa y proporcione el nombre y la dirección del proveedor de servicios: \_\_\_\_\_

Proveedor: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

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

*Los estaderos de Head Start requieren que su hijo tenga vacunas, exámenes dentales y exámenes de salud infantil al día.*

**Mi firma otorga permiso al personal para acceder a los registros de vacunación de mi hijo. Las declaraciones y la información en esta solicitud son verdaderas y precisas a mi leal saber y entender.**

_____	_____	_____	_____
Padre/Custodio	Fecha	Padre/Custodio	Fecha

**Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.**