



# Centro de desarrollo infantil de Oahe, Inc. Oahe Child Development Center, Inc.

Buzon Postal 907  
2307 E. Capitol Avenue  
Pierre, South Dakota 57501

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

## SOLICITUD

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

---

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

- APLICACIÓN COMPLETA**
- PRUEBA DE INGRESOS DE LA FAMILIA** (Para verificar los ingresos, traiga una Declaración de impuestos 1040, talones de pago, formularios W-2 y / o comprobante de mantenimiento de hijos)
- REGISTRO DE NACIMIENTO DEL NIÑO**
- REGISTRO DE VACUNACIÓN** (Consulte el reverso de esta página para conocer los requisitos del programa).

**TENGA EN CUENTA: EL NIÑO DEBE ESTAR ACTUALIZADO EN TODAS LAS INMUNIZACIONES PARA SER CONSIDERADAS PARA LA INSCRIPCIÓN DE CLASE DE DÍA COMPLETO SEGÚN LOS REQUISITOS DE LICENCIA DE SD CHILDCARE.**

---

Una vez que se haya devuelto su solicitud y se hayan verificado los ingresos, usted o su hijo serán colocados en una lista de espera. Comenzaremos a aceptar niños elegibles por ingresos a mediados de mayo. Se informará a las familias con ingresos excesivos a partir de la tercera semana de julio. Si no recibe una notificación durante este tiempo, usted o su hijo permanecerán en la lista de espera hasta que se produzca una apertura. Durante el año escolar, todas las solicitudes serán revisadas en el momento de una apertura.

Si tiene alguna pregunta, llámeme al 605-280-8262 o 605-224-6603.

Cindy Malsam

Especialista en servicios familiares

Centro de desarrollo infantil de Oahe

Calendario de vacunación recomendado

REQUISITOS DE VACUNACIÓN - efectivo a partir de septiembre de 2016

Las vacunas combinadas a menudo se ven en los registros de vacunación:

Pediarix = DTaP, Hep B, Polio

Pentacel = DTaP, Hib, Polio

Kinrix = DTaP, Polio

MMRV = Varicela, MMR

\* NOTA: Pedvax o ComVax Hib son 3 dosis, no se requiere la inmunización de 6 meses. Todas las demás series de Hib son de 4 dosis utilizando el programa anterior.



**OAHE CHILD DEVELOPMENT CENTER**

**Solicitud de niño  
Early Head Start / Head Start**

PO Box 907 - 2307 E. Capitol Pierre, SD 57501  
Phone: 605-224-6603 Fax: 605-224-0850

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

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

**Información del solicitante (niño)**

|   |  |  |
|---|--|--|
| Nombre inicial del segundo nombre Apellidos _____ | <b>Fecha de Nacimiento:</b><br>____/____/____<br><input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Niña | ¿Se ha inscrito al solicitante en un programa Head Start / Early Head Start antes? _____<br>¿Si es así, donde? _____<br>¿Cuando? _____ |
|---|--|--|

**Dirección De Casa Dirección de envío**

|  |  |
|--|--|
| Calle: _____                                     | Calle/Apartado Postal: _____                     |
| Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ | Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ |
| Condado: _____                                   | School District: _____                           |

|  |  |  |      |          |            |
|--|--|--|------|----------|------------|
| El solicitante vive con: (marque todo lo que corresponda)<br><input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padrastro<br><input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madrastra<br><input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Tutor legal<br><input type="checkbox"/> Abuelo (s) <input type="checkbox"/> Otro<br><input type="checkbox"/> Otro (especificar) pariente _____ | ¿Idioma (s) que se habla en el hogar del niño?<br>Primario: _____<br>Secundario: _____<br>¿Qué tan bien habla el solicitante inglés? _____ | *** Clave de la raza en la parte inferior de la página |      |          |            |
|  |  |  | Raza |          | Marque uno |
|  |  | Solicitante  |      | Hispano? | Si No      |
|  |  | Guardián primario                                      |      | Hispano? | Si No      |
|  |  | Guardián secundario                                    |      | Hispano? | Si No      |

**Padre / Guardián Primario Padre / Guardián Secundario**

|   |  |
|---|--|
| Primer nombre segundo nombre apellidos _____  | Primer nombre segundo nombre apellidos _____                             |
| Fecha de Nacimiento: _____  | Relación con el niño: _____  |
| Dirreccion: _____   |  |
| Información del número de teléfono:<br>Casa/Celular _____<br>Trabajo: _____ Otro: _____ | Fecha de Nacimiento: _____   |
| Relación con el niño: _____   | Relación con el niño: _____  |
| Correo Electronico: _____   | Información del número de teléfono:<br>Casa/Celular _____ Trabajo: _____ |
|   | Correo Electronico: _____  |

**Enumere todas las OTRAS personas que viven en el hogar.**

| Nombre | Apellidos | Fecha de Nacimiento | Relación con el niño | La Raza |
|--------|-----------|---------------------|----------------------|---------|
|        |           |                     |                      |         |
|        |           |                     |                      |         |
|        |           |                     |                      |         |
|        |           |                     |                      |         |
|        |           |                     |                      |         |
|        |           |                     |                      |         |

**Primaria Padre / Guardian Empleo y Educación Empleo y educación secundaria para padres / tutores**

|   |   |
|---|---|
| <b>Empleo:</b><br><input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional<br><input type="checkbox"/> Desempleado<br>Nombre del empleador: _____<br>¿Estás asistiendo a capacitación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>¿Estás en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>¿Si sí donde? _____<br>¿Está activo en alguna rama del ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>¿Eres veterano del ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br>Mayor Nivel de Educación Completado:<br><input type="checkbox"/> 9 ° o menos <input type="checkbox"/> 10 ° <input type="checkbox"/> 11 ° <input type="checkbox"/> Graduado de HS<br><input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> BS / BA<br><input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> College Universidad de 2 años<br><input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Doctorado<br><input type="checkbox"/> Otro _____ | <b>Empleo:</b><br><input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional<br><input type="checkbox"/> Desempleado<br>Nombre del empleador: _____<br>¿Estás asistiendo a capacitación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>¿Estás en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>¿Si sí donde? _____<br>¿Está activo en alguna rama del ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>¿Eres veterano del ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br>Mayor Nivel de Educación Completado:<br><input type="checkbox"/> 9 ° o menos <input type="checkbox"/> 10 ° <input type="checkbox"/> 11 ° <input type="checkbox"/> Graduado de HS<br><input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> BS / BA<br><input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> College Universidad de 2 años<br><input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Doctorado<br><input type="checkbox"/> Otro _____ |
|---|---|

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

|   |  |  |                             |
|---|--|--|-----------------------------|
| <b>¿Su familia recibe (o está certificado para) asistencia de guardería?</b>  |  | <input type="checkbox"/> No  | <input type="checkbox"/> Si |
| <b>Horario de trabajo típico (si corresponde) del padre/guardian principal</b>  |  | <b>Horario de trabajo típico (si corresponde) del padre /guardian secundario</b>   |                             |
| _____   |  | _____  |                             |
| _____   |  | _____  |                             |
| <b>Información de opciones: ** Tenga en cuenta que estas opciones son solo para niños de 3 a 5 años en el Centro Pierre **</b>  |  |  |                             |
| <b>Marque las opciones en las que preferiría a su hijo. Solo tenemos un cierto número de espacios para cada opción y no puede garantizar ningún espacio de inscripción.</b>   |  |  |                             |
| <input type="checkbox"/> AM ½ clase de lunes a jueves, (8 am-11:30am)<br><input type="checkbox"/> PM ½ clase de lunes a jueves, (12 pm-3:30pm)<br><input type="checkbox"/> Clase de día completo de lunes a jueves y algunos viernes (8 am-3pm)<br><input type="checkbox"/> Programa extracurricular que funciona de 3:00 p.m. a 5:15 p.m. de lunes a jueves y algunos viernes  |  |  |                             |
| <b>Información de recursos familiares</b>   |  |  |                             |
| <b>¿Su familia recibe alguno de los siguientes tipos de servicios o asistencia financiera? (Indique todo lo que corresponda):</b>   |  |  |                             |
| <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> Subsidio de acogida / adopción <input type="checkbox"/> Manutención infantil / pensión alimenticia<br><input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Ayuda financiera / préstamos estudiantiles<br><input type="checkbox"/> Asistencia pública - TANF <input type="checkbox"/> Ingreso de seguridad suplementario (SSI) |  |  |                             |
| <b>¿Hay otras inquietudes o situaciones familiares que deberíamos tener en cuenta para ayudar a satisfacer las necesidades de su hijo? (Como un divorcio reciente, mudanza, salud de los padres, asesoramiento, padres ausentes debido a encarcelamiento o servicio militar, etc.)</b>  |  |  |                             |
| <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, explique: _____   |  |  |                             |
| _____   |  |  |                             |
| <b>Información de custodia:</b>   |  |  |                             |
| <input type="checkbox"/> Custodia conjunta - Ambos padres biológico <input type="checkbox"/> Custodia conjunta - otra: Explique _____<br><input type="checkbox"/> Custodia exclusiva <input type="checkbox"/> Custodia física: explique quién tiene la custodia legal _____   |  |  |                             |
| <b>¿Existe una orden de protección o restricción con respecto al niño?</b> <input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí, explíquenos y proporciónenos una copia   |  | <b>¿Hay órdenes de visitas especiales que debemos tener en cuenta?</b><br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí, explíquenos y proporciónenos una copia<br>Cuidado de crianza / custodia del estado de Dakota del Sur<br>Trabajador social: _____ Teléfono: _____ |                             |
| <b>Información Adicional:</b>   |  |  |                             |
| <b>¿Alguien en su hogar está actualmente embarazada?</b><br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   |  | <b>En caso afirmativo, ¿desea información o una solicitud sobre los Servicios de Start para las familias embarazadas?</b><br><input type="checkbox"/> Aplicación <input type="checkbox"/> Información<br><input type="checkbox"/> Ambos <input type="checkbox"/> No, gracias           |                             |
| <b>Cómo supiste de nosotros:</b>  |  | <b>¿Fue referido por otra agencia?</b>   |                             |
| <input type="checkbox"/> Sitio web de OCDC <input type="checkbox"/> Facebook / Redes sociales<br><input type="checkbox"/> Periódico <input type="checkbox"/> Contacto personal<br><input type="checkbox"/> Anuncio de TV / Radio  |  | <input type="checkbox"/> Agencia de bienestar infantil <input type="checkbox"/> Programa de escuela pública<br><input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica / dentista<br><input type="checkbox"/> Oficina de WIC / Salud del Condado <input type="checkbox"/> Otro _____     |                             |
| <b>Necesidades especiales / Servicios:</b>  |  |  |                             |
| <b>¿El solicitante tiene alguna necesidad especial?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si   |  | <b>En caso afirmativo, describa:</b> _____   |                             |
| <b>¿El solicitante recibe algún servicio especial o está actualmente en un IEP (Plan de Educación Individual) o IFSP (Servicio Individual de Plan)? (Ejemplos: médico, logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, asesoramiento, etc.)</b><br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Sí En caso afirmativo, describa y proporcione el nombre y la dirección del proveedor de servicios: _____   |  |  |                             |
| <b>Proveedor:</b> _____ <b>Teléfono:</b> _____ <b>Dirección:</b> _____  |  |  |                             |

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

**Los Estándares de Desempeño de Head Start requieren que su hijo tenga exámenes actualizados de "niño sano" Y dental.**

**Las declaraciones y la información en esta solicitud son verdaderas y precisas a lo mejor de mi conocimiento.**

Padre / Guardian

Fecha

Padre / Guardian

Fecha