



# 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 o W-2
  - 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 o 280-8262.**

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.



**PLEASE  
COMPLETE ALL  
AREAS OF THIS  
APPLICATION.**

**OAHE CHILD DEVELOPMENT CENTER**

**Solicitud de niño**  
**Early Head Start / Head Start**  
 2307 E. Capitol Pierre, SD 57501  
 Phone: 605-224-6603 Fax: 605-224-0850

*OFFICE USE ONLY* Date Received: \_\_\_\_\_  
 EHS: \_\_\_\_\_ HS: \_\_\_\_\_  
 NEW \_\_\_\_\_ RETURN \_\_\_\_\_ TRANSF \_\_\_\_\_  
**IMMUNES: \_\_\_\_\_ 1/2 DAY \_\_\_\_\_ FULL DAY**  
 ENCODED \_\_\_\_\_ County \_\_\_\_\_

**Información del solicitante (niño)**

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

**Dirección De Casa Dirección de envío**

Calle: _____	Calle/Apartado Postal: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____	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"/> padrastro <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madrastra <input type="checkbox"/> Abuelo (s) <input type="checkbox"/> Padre adoptivo <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input type="checkbox"/> Otro pariente _____ _____	<b>¿Idioma (s) que se habla en el hogar del niño?</b>  Primario: _____ Secundario: _____ ¿Qué tan bien habla el solicitante inglés? _____	<b>*** Clave de la raza en la parte inferior de la página</b>			
			<i>Raza</i>		<i>Marque uno</i>
		Solicitante	Hispano?	S	N
		Guardián primario	Hispano?	S	N
		Guardián secundario	Hispano?	S	N

**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: _____	Fecha de Nacimiento : _____ Relación con el niño _____
Casa/Celular _____ Trabajo: _____	Información del número de teléfono : _____
Correo Electronico _____	Casa/Celular: _____ Trabajo: _____
	Correo Electronico: _____

**Información Adicional: Órdenes de custodia:**

<b>¿Alguien en su hogar está actualmente embarazada?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <b>En caso afirmativo, ¿le gustaría una solicitud?</b> <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<b>Are there special visitation orders we should be aware of?</b> <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 ___ Órdenes de restricción
--	--

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

Nombre	Apellidos	Fecha de Nacimiento	Relación con el niño	La Raza

**\*\*TENGA EN CUENTA QUE LAS OPCIONES A CONTINUACIÓN SON SOLO PARA NIÑOS EN CENTRO DE 3 A 5 AÑOS EN LOS CENTROS PIERRE\*\* POR FAVOR CLASIFIQUE SUS OPCIONES 1.ª, 2.ª Y 3.ª. SOLO TENEMOS UN CIERTO NÚMERO DE PLAZAS PARA CADA OPCIÓN Y NO PODEMOS GARANTIZAR NINGUNA PLAZA DE INSCRIPCIÓN.**

- \_\_\_\_\_ AM Clase de ½ día de lunes a jueves, (8am-11:30am)
- \_\_\_\_\_ PM Clase de ½ día de lunes a jueves (11:45 am a 3:15 pm)
- \_\_\_\_\_ Clase de día completo de lunes a jueves y algunos viernes (8am-3pm)
- \_\_\_\_\_ **Opción EHS con un visitador domiciliario**

\_\_\_\_\_ ¿Está interesado en el programa extracurricular que funciona de 3:00 p. m. a 5:15 p. m. de lunes a jueves y algunos viernes?

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

Primaria Padre / Guardian Empleo y Educación	Empleo y educación secundaria para padres / tutores
<b>Empleo:</b> <input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Tiempo parcial <input type="checkbox"/> Estacional <input type="checkbox"/> Desempleado Nombre del empleador: _____ ¿Estás asistiendo a capacitación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Estás en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si sí donde? _____ ¿Está activo en alguna rama del ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Eres veterano del ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>Mayor Nivel de Educación Completado:</b> <input type="checkbox"/> 9 ° o menos <input type="checkbox"/> 10 ° <input type="checkbox"/> 11 ° <input type="checkbox"/> Graduado de HS <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> BS / BA <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Universidad de 2 años <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"/> Desempleado Nombre del empleador: _____ ¿Estás asistiendo a capacitación laboral? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Estás en la escuela? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Si sí donde? _____ ¿Está activo en alguna rama del ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Eres veterano del ejército de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  <b>Mayor Nivel de Educación Completado:</b> <input type="checkbox"/> 9 ° o menos <input type="checkbox"/> 10 ° <input type="checkbox"/> 11 ° <input type="checkbox"/> Graduado de HS <input type="checkbox"/> Algunos estudios universitarios <input type="checkbox"/> BS / BA <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Universidad de 2 años <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Otro _____
Información de recursos familiares	Verificación de ingresos:
¿Su familia recibe alguno de los siguientes tipos de servicios o asistencia financiera? (Indique todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> SNAP (cupones de alimentos) <input type="checkbox"/> Ingreso de seguridad suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> WIC <input type="checkbox"/> Ninguno en la lista <input type="checkbox"/> Asistencia pública – TANF	Entiendo que mis ingresos deben ser verificados y adjuntados o enviados por correo electrónico a <a href="mailto:Hannah.Carda@oahechild.com">Hannah.Carda@oahechild.com</a> : <input type="checkbox"/> Verificación de cuidado de crianza <input type="checkbox"/> Prueba de SNAP/TANF/SSI <input type="checkbox"/> 1040 o W-2 <input type="checkbox"/> Talones de pago <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Otro: _____
¿Existen otras inquietudes o situaciones familiares que debemos tener en cuenta para ayudar a satisfacer las necesidades de su hijo como un divorcio reciente, mudanza, salud de los padres, asesoramiento, ausencia de los padres debido a encarcelamiento o servicio etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Si es así, explique : _____	
Cómo supiste de nosotros:	¿Fue referido 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 TV / Radio	<input type="checkbox"/> Agencia de bienestar infantil <input type="checkbox"/> Programa de escuela pública <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica / <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Oficina de WIC / Salud del Cc
Necesidades especiales / Servicios:	
El solicitante tiene alguna necesidad especial? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	En caso afirmativo: _____ _____
¿El solicitante recibe algún servicio especial o está actualmente en un IEP (Plan de Educación Individual) o IFSP (Servicio Individual Plan)? (Ejemplos: médico, logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, asesoramiento, etc.) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si En caso afirmativo, describa y proporcione el nombre y la dirección del proveedor de servicios Provider: _____ Phone: _____ Address: _____	
¿Su familia recibe (o está certificado para) asistencia de guardería?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si

**ANTES DE 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 un control de salud, exámenes dentales y vacunas 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/Guardian

Fecha

Padre/Guardian

Fecha

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