



**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		Fecha de Nacimiento : ____/____/____ <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: (marque todo lo que corresponda) <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) _____		¿Idioma (s) que se habla en el hogar del niño? Primario: _____ Secundario: _____ ¿Qué tan bien habla el solicitante inglés? _____		Raza	***Clave de carrera
				Solicitante	
				Guardián primario	
				Guardián secundario	

***Clave de raza: indio americano o nativo de Alaska, asiático, negro o afroamericano, hispano o latino, del Medio Oriente o norte de África, nativo de Hawái o del Pacífico
Isleño, blanco, multirracial y/o multiétnico, o no especificado

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 : Casa/Celular: _____ Trabajo: _____	
Correo Electronico _____		Correo Electronico: _____	
Información Adicional:		Órdenes de custodia:	
¿Alguien en su hogar está actualmente embarazada? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si En caso afirmativo, ¿le gustaría una solicitud? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si		Are there special visitation orders we should be aware of? <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

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?

Primaria Padre / Guardian Empleo y Educación	Empleo y educación secundaria para padres / tutores
Empleo: <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 Mayor Nivel de Educación Completado: <input type="checkbox"/> 9 ° o menos <input type="checkbox"/> 10 ° <input type="checkbox"/> 11 ° <input type="checkbox"/> Graduado de HS <input type="checkbox"/> Licenciatura en Educación General <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Certificado de formación <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Avanzado <input type="checkbox"/> Doctorado <input type="checkbox"/> Otro	Empleo: <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 Mayor Nivel de Educación Completado: <input type="checkbox"/> 9 ° o menos <input type="checkbox"/> 10 ° <input type="checkbox"/> 11 ° <input type="checkbox"/> Graduado de HS <input type="checkbox"/> Licenciatura en Educación General <input type="checkbox"/> Licenciatura <input type="checkbox"/> Título de asociado <input type="checkbox"/> Certificado de formación <input type="checkbox"/> Maestría <input type="checkbox"/> Avanzado <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 Hannah.Carda@oahechild.com : <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"/> Periódico <input type="checkbox"/> Anuncio de TV / Radio <input type="checkbox"/> Facebook / Redes sociales <input type="checkbox"/> Contacto personal	<input type="checkbox"/> Agencia de bienestar infantil <input type="checkbox"/> Proveedor de atención médica / dentista <input type="checkbox"/> Oficina de WIC / Salud del Condado <input type="checkbox"/> Programa de escuela pública <input type="checkbox"/> Otro _____
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 c 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.