



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 mes	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.

OFFICE USE ONLY Date Received: _____

EHS: _____ HS: _____

NEW _____ RETURN _____ TRANSFER _____

INMUNES: _____ Irwin _____ Capitol _____

ENCODED _____ County _____

Clave racial: Nativo americano o nativo de Alaska, asiático, negro o afroamericano, hispano o latino, de Oriente Medio o Norte de África, nativo hawaiano o del Pacífico, isleño, blanco, multirracial y/o multiétnico, o no especificado			
Padre o tutor principal		Padre o tutor secundario	
Nombres, Apellidos		Nombres, Apellidos	
Fecha de nacimiento:	Relación con el niño:	Dirección:	
Información sobre el número de teléfono:		Fecha de nacimiento:	Relación con el niño
Trabajo: _____ Hogar/Móvil _____		Información sobre el número de teléfono: Hogar/Móvil: _____ Trabajo: _____	
Correo electrónico: _____		Correo electrónico: _____	
Información adicional:		Órdenes de custodia:	
<i>¿Hay alguien en tu casa que esté embarazada actualmente?</i> ☐ No ☐ Sí <i>Si es así, ¿te gustaría una solicitud para EHS?</i> ☐ Sí ☐ No		<i>¿Hay órdenes especiales de visita que debamos conocer?</i> ☐ No ☐ Sí, por favor márcanos y proporcionanos una copia _____ cuidado de crianza/Custodia del Estado de Dakota del Sur _____ órdenes judiciales _____ órdenes de restricción	

Por favor, enumera a todas las DEMÁS personas que viven en la vivienda			
Nombres Apellidos	Fecha de nacimiento	Relación con el niño	Carrera

POR FAVOR, SELECCIONA TU PREFERENCIA. LAS PLAZAS EXTRAESCOLARES SON LIMITADAS Y NO GARANTIZADAS		
☐ Clase de día completa de lunes a jueves y algunos viernes (de 8:00 a 3:00) sin clases extraescolares (Irwin)		
☐ Clase de día completa de lunes a jueves y algunos viernes (8:00 a 3:00) sin actividades extraescolares (Capitol)		
☐ Clase de día completa de lunes a jueves y algunos viernes (de 8 a 3:00) con clases extraescolares hasta las 5:15 (Capitol)		
☐ AM Clase de lunes a jueves (8 AM – 11:30 AM) SOLO MURDO		
☐ Opción EHS con visitante domiciliario		
¿Tu familia recibe (o está certificada para) asistencia en guardería?	☐ No	☐ Sí

Empleo y educación principal de padres/tutores	Empleo y educación de padres y tutores secundarios
Empleo: ☐ tiempo completo ☐ A tiempo parcial ☐ Temporal Empleador desempleado Nombre: _____ ¿Estás asistiendo a formación laboral? ☐ Sí ☐ No ¿Estás en el colegio/universidad? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿dónde? _____ ¿Estás activo en alguna rama del ejército de Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No ¿Eres veterano del ejército de Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No Nivel máximo de educación completado: ☐ 9º o menos ☐ 10º ☐ 11º ☐ Graduado en la preparatoria ☐ GED ☐ Grado de Grado Asociado ☐ Certificado de Grado Universitario/Formación ☐ Máster ☐ Avanzado ☐ Doctorado ☐ Otro	Empleo: ☐ tiempo completo ☐ tiempo parcial ☐ Temporal Empleador desempleado Nombre: _____ ¿Estás asistiendo a formación laboral? ☐ Sí ☐ No ¿Estás en el colegio/universidad? ☐ Sí ☐ No Si sí, ¿dónde? _____ ¿Estás activo en alguna rama del ejército de Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No ¿Eres veterano del ejército de Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No Nivel máximo de educación completado: ☐ 9º o menos ☐ 10º ☐ 11º ☐ Graduado en la preparatoria ☐ GED ☐ Grado de Grado Asociado ☐ Certificado de Grado Universitario/Formación ☐ Máster ☐ Avanzado ☐ Doctorado ☐ Otro
Información sobre recursos familiares:	Verificación de ingresos:
<i>¿Tu familia recibe alguno de los siguientes tipos de servicios o ayuda financiera? (Por favor, indique todo lo que corresponde)</i> ☐ SNAP (cupones de alimentos) ☐ WIC ☐ Asistencia Pública – TANF ☐ Seguridad Suplementaria Ingresos (SSI) ☐ Ninguno listado	<i>Entiendo que mis ingresos deben ser verificados y que se adjunten o envíen por correo electrónico a Hannah.Carda@oahechild.com:</i> ☐ Verificación de acogida ☐ 1040 o W-2 ☐ Desempleo ☐ Demostración de SNAP/TANF/SSI ☐ Talones de cheques ☐ Otro: _____
<i>¿Hay otras preocupaciones o situaciones familiares que debemos tener en cuenta para ayudar a cubrir las necesidades de tu hijo? (Como un divorcio reciente, mudanza, salud parental, terapia, ausencia de un padre por encarcelamiento o servicio militar, etc.)</i> ☐ No ☐ Sí Si es así, por favor explícalo: _____ _____ _____	
¿Cómo supiste de nosotros:	¿Te derivó otra agencia?
☐ Página web del OCDC ☐ Facebook /Redes sociales ☐ Periódico ☐ Contacto personal ☐ Anuncio en TV/Radio	☐ Agencia de Bienestar Infantil ☐ Programa de Escuelas Públicas/Educación Secundaria ☐ Profesional sanitario/dentista ☐ Otro _____ ☐ Oficina WIC/Salud del Condado
Necesidades Especiales/Servicios:	
¿Tiene el solicitante alguna necesidad especial? ☐ No ☐ Sí	Si es así, por favor describe: _____ _____
¿Está el solicitante recibiendo algún servicio especial o actualmente está en un IEP (Plan de Educación Individual) o IFSP (Plan de Servicio Individual a la Familia)? (Ejemplos: medicina, logopedia, fisioterapia, terapia ocupacional, asesoramiento, etc.) ☐ No ☐ Sí. Si es así, por favor describe y proporciona el nombre y dirección del proveedor del servicio: _____ Proveedor: _____ Teléfono: _____ Address: _____	

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

Los Estándares de Rendimiento Head Start exigen que tu hijo tenga un niño sano, exámenes dentales y vacunas actualizados.

Mi firma da permiso al personal para acceder a los registros de vacunación de mi hijo. Las afirmaciones e información en esta solicitud son verdaderas y precisas, según mi mejor conocimiento.			
Padre/Tutor	Fecha	Padre/Tutor	Fecha

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades