

# Instrucciones para

## Completar el Paquete Preescolar de Solicitud de Infantes en el Condado de San Jose

Si tiene alguna pregunta o si necesita ayuda con la traducción, por favor comuníquese con el Condado de San Jose ISD Gran Comienzo al 269-467-5424 y nosotros la comunicamos con un traductor bilingüe.

En este paquete encontrará todo el papeleo que debe ser llenado para solicitar si su hijo/a es elegible para cualquiera de los programas de Head Start o el programa de Gran Comienzo de Preescolar. Para determinar en qué programa su hijo califica debe ser llenada toda la documentación completamente. Por favor lea cuidadosamente lo que necesitamos para procesar su solicitud. Cualquier información faltante retrasará este proceso.

### **Siga paso a paso:**

1. **Condado de St. Joseph Primera Infancia Preescolar de aplicación** – Por favor, llene todos los espacios. No deje nada en blanco.
2. **Formulario de elegibilidad de Ingresos de Head Start y el Programa de Gran Comienzo** – Rellene con la mayor precisión posible. Esto es muy importante para nosotros, para determinar a qué programa (s) de su niño (a) será elegible para asistir. Tendremos copias de todos los ingresos de su familia las cuales Usted presentó junto con este paquete.
3. **Factores de riesgo durante la Infancia** – Esta forma la necesitamos para ayudarnos a determinar para cual programa su niño (a) sera elegible. *Porfavor conteste todas las preguntas de la columna del lado derecho **excepto** en la sección donde dice Solo para uso de la Oficina “For Office Use Only”.*
4. **Forma de Consentimiento para Liberar Información Confidencial Comisión de Servicios Humanos del Condado de St. Joseph** – Favor de llenar el nombre del niño la fecha de nacimiento en los ámbitos señalados. Firma y la fecha en donde hay una "X" en la parte inferior de la forma.

**Llenar este paquete no significa que su hijo está inscrito.** La organización ISD determinará para qué programa su hijo (a) califica y enviara su documentación al programa preescolar adecuado. Después, se pondrán en contacto con Usted un especialista para comenzar la inscripción. GSRP no comenzará las inscripciones hasta después del 1 de agosto.

**Recuerde que debe tener una copia del certificado de nacimiento de su hijo (a), la prueba de ingresos, y prueba de residencia (factura de servicios públicos, como algun comprobante de pago de telefono, de alquiler, pago de la hipoteca, etc.)**



# 1. St. Joseph County Early Childhood Preschool Application

Nombre del niño \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

El peso al nacer \_\_\_\_\_ Padres/Tutores \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Numero Celular \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

¿Es su dirección actual un arreglo temporal para vivir? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si contesto si, es este arreglo temporal debido a la perdida de casa o situación económica difícil? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Distrito Escolar \_\_\_\_\_ ¿Necesita transporte? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Si no hay transportación usted esta dispuesto a transportar? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Otros adultos en la casa:

\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Relación \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Otros niños en la familia:

\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que cuida al niño/a \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

¿Es usted padre/madre soltera? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No Divorciado/a \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Ingreso anual (en los últimos 12 meses) \_\_\_\_\_ Numero de personas en la Familia \_\_\_\_\_

¿Esta usted recibiendo recientemente ayuda en efectivo del departamento de Servicios Humanos (DHS) (no estampillas de comida) \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Esta usted actualmente empleada/o? Mama \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No Papa \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Esta usted o cualquier miembro de su familia recibiendo SSI? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Enliste los idiomas hablados en casa \_\_\_\_\_

Grado más alto terminado en la escuela: Mama \_\_\_\_\_ Papa \_\_\_\_\_

Edad de la mama al tener su primer bebe \_\_\_\_\_

El niño/a tiene confirmado una discapacidad o recibe servicios de educación especial \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No.

Explique: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguno de sus hijos tiene una enfermedad crónica o a largo plazo? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Quien: \_\_\_\_\_ Que: \_\_\_\_\_

¿Su hijo/a ha experimentado muerte de un padre o hermano/a? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

¿Vive usted en un área rural? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Cualquiera de sus hijos ha asistido a: \_\_\_\_\_ GSRP \_\_\_\_\_ Head Start \_\_\_\_\_ Early Head Start

Firma de los Padres/Tutores: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

2. **FORMA DE ELEGIBILIDAD DE INGRESOS PARA HEAD START Y EL PROGRAMA DE GREAT START READINESS**

**Ingresos:** Liste todo tipo de ingreso que a recibido en los últimos 12 meses. Debe listar el ingreso antes de las deducciones. **Una copia de sus ingresos tiene que ser sometida con esta aplicación.** Debe incluir los ingresos del empleo, desempleo, manutención infantil, pensión alimenticia, pensiones, jubilación SSI, SSI por incapacidad, los pagos de DHS (guardería o asistencia en efectivo), las comidas subsidiadas o si no tiene ingresos en este momento.

**Marque TODO lo que aplique y liste la cantidad que a recibido por año (últimos 12 meses).**

- Empleo: \_\_\_\_\_  Desempleo: \_\_\_\_\_
- Manutención infantil: \_\_\_\_\_  Pensión Alimenticia: \_\_\_\_\_
- Pensión: \_\_\_\_\_  Jubilación SSI: \_\_\_\_\_
- Incapacidad SSI: \_\_\_\_\_  DHS Guardería/Asistencia en efectivo: \_\_\_\_\_
- Comidas subsidiadas \_\_\_\_\_  Familia no tiene ningún ingreso en este tiempo.

**El tamaño del hogar: (liste el número de personas que viven en su casa):** \_\_\_\_\_

**Documentación aportada:**

- Talón de cheque
- Formularios de impuestos del año anterior
- DHS forma de atención infantil de verificación
- Forma de comidas subvencionadas con cálculo de los ingresos
- Otro (especificar): \_\_\_\_\_
- No hay documentación de ingresos en este momento.

***Yo certifico que toda la información de arriba es verdadera y correcta y que he reportado todos los ingresos. Entiendo que esta información se da para el programa de Great Start Readiness que es fundado por el estado.***

\_\_\_\_\_  
Firma de Padres o Guardianes

Mi hijo/a no puede participar en GSRP sin transporte en autobús: \_\_\_\_Si \_\_\_\_No

\_\_\_\_\_  
*Solo Para Uso De Oficina*

- La Familia aparenta ser elegible para Head Start o GSRP. Pero la documentación todavía es necesitada.
- Yo verifico que he visto prueba de ingresos. Documento visto: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Titulo

\_\_\_\_\_  
Fecha

\* Un requisito legislativo.

### 3. Factores de Riesgo de Temprana Edad

Por favor responda todas las preguntas en la columna derecha con un *SI* o *NO*.

**Padres no tienen que llenar la sección “SOLO PARA USO DE OFICINA”**

Factores de Riesgo	Definición	Por Favor marque Si o No en cada pregunta
<b>Niño/a a sido diagnosticado con una incapacidad o tiene y a sido identificado con un atraso en su desarrollo</b>	Niño/a es elegible para servicios de educación especial o el progreso del desarrollo del niño/a es menos de lo esperado para su edad o tiene un estado de salud crónico que cause problemas con su desarrollo.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a tiene una IEP active y esta recibiendo servicios de educación especial <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a tiene un IFSP y recibe servicios de Temprana Edad. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – El niño tiene problemas de salud que podría resultar en un retraso en el desarrollo o dificultad de aprendizaje. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Un Médico ha referido para servicios de educación especial. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a ha recibido una puntuación baja en un examen de desarrollo.
<b>Un comportamiento grave o desafiante</b>	Niño/a ha sido expulsado de una escuela preescolar o un centro de cuidado de niños	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – El comportamiento del niño/a en varias ocasiones ha impedido que él / ella pueda participar en un grupo (por ejemplo: la iglesia, pre-escolar, o guarderías). <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Su niño/a a sido referido para servicios de un Profesional de la salud mental.
<b>El Idioma principal de la casa que no sea Inglés</b>	Inglés no se habla en la casa del niño/a; Inglés no es el primer lenguaje del niño/a.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Su niño/a va ah entrar ah la escuela no pudiendo hablar Inglés y deben aprender el lenguaje. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Inglés es el segundo idioma de su niño/a.
<b>Padres con bajo nivel educativo</b>	Los padres no se han graduado de la escuela secundaria o está luchando con el analfabetismo.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Uno o ambos padres no se graduó de la escuela secundaria. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Uno o ambos padres tienen dificultad para leer o no puede leer.
<b>Abuso / negligencia de niños o padres</b>	El abuso doméstico, sexual o físico del niño o padres, cuestiones de negligencia de niños.	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a ha sido abusado o descuidado o ha habido violencia doméstica o conyugal de sus padres o hermanos. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Ha habido abuso de alcohol, prescripción o drogas sin receta por los miembros de la familia o en el hogar.
<b>Riesgos ambientales</b>	<p>La pérdida de los padres debido a muerte, divorcios, encarcelamiento, servicio militar, o la ausencia.</p> <p>Existen problemas con Hermanos</p>	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Padres sirviendo en las fuerzas armadas <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Padres encarcelados <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Padre sufre de enfermedades crónicas (físico, emocional, mental) <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – cambios frecuentes en la custodia de los niños <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Abuelos criando a los nietos <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Padres solteros o los padres se han divorciado o separado <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a está bajo cuidado de Foster Care  <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Situación del niño es afectado negativamente por cuestiones relacionadas con el hermano de una enfermedad (crónica, problemas de comportamiento, discapacidad, muerte)

Continúe en la siguiente página



<b>Los riesgos ambientales (continuación)</b>	<p>Padres adolescentes</p> <p>La familia esta sin hogar o sin vivienda estable</p> <p>Residencia en un vecindario de alto riesgo</p> <p>La exposición prenatal o postnatal a las sustancias tóxicas ah sido conocido que cause problemas de aprendizaje o retraso en el desarrollo.</p>	<p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Los padres aún no cumplían 20 anos de edad en el nacimiento del primer niño/a</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – La familia están sin hogar y están viviendo en un refugio, o con familiares</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – El Hogar de la familia esta en hipoteca o hay cambios frecuentes en su residencia</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a experimenta la exposición diaria a contaminantes del ambiente (exposición al plomo, insectos)</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – El Barrio tiene alto porcentaje de criminalidad, violencia, lesiones, abuso de drogas o de mortalidad</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Casa no es segura o ay mucha gente</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No –La casa tiene la falta de útiles o no tiene ningún espacio para el juego de los niños.</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a nació con síndrome de alcohol fetal</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño/a nació adicto a las drogas</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No – Niño sufre de problemas respiratorios debido al medio ambiente</p>
<b>PARA USO DE OFICIA –Padres no llenen esta ultima sección</b>		
<b>Familia esta extremadamente bajos en ingreso</b>	Familia extremadamente bajos en ingreso	Este factor de riesgo está reservado para los niños que califican para Head Start que no pueden ser atendidos por Head Start, y los que se pasaron de la pauta de ingresos. Este factor de riesgo que cuenta como dos factores de riesgo al priorizar los niños para la inscripción.
<b>Familia de bajos ingresos</b>	Los ingresos de familias con bajos ingresos están entre 200% y 300% del nivel federal de pobreza	Las familias no son elegibles para Head Stara por sus ingresos, pero son elegibles para GSRP.

**COMISION DE SERVICIOS HUMANOS DEL CONDADO DE ST. JOSEPH  
CONSENTIMIENTO PARA LIBERAR INFORMACION CONFIDENCIAL**

Yo autorizo a las siguientes personas y/o agencias que reciban comunicaci3n oral o escrita considerando:

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Estoy enterado/a que la informaci3n que ser1 liberada es para el prop3sito de coordinar y la planificaci3n de los servicios. Esta informaci3n ser1 estrictamente confidencial. Si yo no doy el consentimiento, no s3me negaran ning3n servicio. La informaci3n NO ser1 compartida ni ser1 liberada para cualquier otro partido sin tener previo consentimiento en escrito. Esta autorizaci3n ser1 efectivo hasta que sea revocada en escrito o no mas de **\*doce meses** o si es razonablemente necesario para realizar el prop3sito autorizado. La liberaci3n adicional de cualquier informaci3n que sea compartido es prohibida a menos que coherente con el prop3sito autorizado.

Instrucciones: (1) Cheque "SI" o "NO" si el proveedor de servicios puede compartir informaci3n  
(2) Mire el **c3digo de informaci3n** abajo. Para cada "SI" que marque, ser1 informaci3n que compartiremos con esa agencia o ah las persona que les ponga los n3meros apropiados. Si usted tiene instrucciones especiales, documentos que solo pueden ser compartidos, o informaci3n que quiera ser liberada solamente a ciertas personas, por favor escr1balos aqu1.

**Los C3digos Para El Tipo De Informaci3n**

- |  |  |  |
|--|--|--|
| 1 Toda la Informaci3n/Comunicaci3n Abierta           | 6 Evaluaci3n/Informes de la Evaluaci3n       | 11 Informes Psicol3gicos               |
| 2 Liberaci3n de Resumen                              | 7 Informes m3dicos/D1a(s) de Hospitalizaci3n | 12 Historias Sociales/Informes         |
| 3 Examen de Salud/F1sico                             | 8 Informes de la Terapia Ocupacional         | 13 Informes de la Terapia del Discurso |
| 4 IEP (Plan Individualizado de Educaci3n)            | 9 Informes F1sicos de la Terapia             | 14 Planes del Tratamiento              |
| 5 IFSP (Plan individualizado de Servicio de Familia) | 10 Reportes de Progreso                      |  |

Las agencias siguientes podr1n compartir informaci3n (Por Favor indique la aprobaci3n verificando "SI" o "NO").

SERVICIOS/PROVEEDORES DE SERVICIO	SI	NO	El Tipo De Informaci3n para ser compartido La Instrucciones especiales
1. Departamento de Servicios Humanos del Condado De St. Joseph			
2. Comisi3n del Envejecimiento del Condado De St. Joseph			
3. Guardian Track			
4. Keystone Place			
5. MI Works – Conexi3n de Instrucci3n de Empleo			
6. Servicios de Empleo – (especificar)			
7. St. Joseph County Intermediate School District			
8. CAA – Head Start, Weatherization, Commodities			
9. Glen Oaks Community College			
10. Escuelas Locales del Distrito (especificar)			
11. KCMH Servicios de Abuso de la Sustancia			
12. Agencia de Salud de la Comunidad			
13. Medico (especificar)			
14. Hospital y Cl1nicas Afiliadas (especificar)			
15. Community Healing Center			
16. Servicios M3dicos Mentales de la Comunidad			
17. Wraparound			
18. MUST			
19. Coordinador de Cuidado de Ni3os en la Comunidad			
20. Servicios de Extensi3n de la Universidad del Estado de Michigan			
21. Revisi3n del equipo de Early Childhood			
22. Refugio de Asalto Domestico			
23. Aplicaci3n de la ley (especificar)			
24. Proveedor Legal (especificar)			
25. Cortes (especificaci3n)			
26. Ayuda Legal			
27. Asociaci3n Ministerio			
28. NAACP			
29. Foster Family			
OTRO (especificar)			

- Esta forma no permite informaci3n acerca de HIV/SIDA y financi3n federal de los programas de las drogas y el abuso del uso de alcohol para ser compartido. Una autorizaci3n tiene que ser separada para ser compartida. Esta informaci3n debe ser obtenida y debe ser firmada.
- Entiendo que mi reacci3n es necesitada para mejorar los planes para los ni3os que sean elegibles, para sus familias y para otros adultos. Mi nombre y mi direcci3n pueden ser utilizados para mandarme encuestas sobe las inspecciones.
- Mi firma tambi3n significa que he le1do esta forma y/o alguien me lo an explicado en el idioma que yo entiendo.
- Tengo el derecho de revocar este consentimiento en cualquier momento a menos que la facilidad ya ha revelado la informaci3n con mi consentimiento.

Firma de la Persona Autorizando \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Testigo \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Expira en \_\_\_\_\_ \* Ve Arriba