

Okanogan County Child Development Association

127 North Juniper Street
Omak, WA 98841

Phone: 509.826.2466
Fax: 509.826.3829



Estamos muy contentos de que usted está interesado en nuestros programas de aprendizaje temprano. **Todos los programas son SIN COSTO a la familia elegible.**

Atendemos a niños y familias en todo el Condado de Okanogan y Bridgeport. Servimos a las familias con mayores necesidades. Nos esforzamos para asegurarse de que todas las familias tengan una oportunidad justa para la inscripción.

Usted tendrá que darnos la verificación de la prueba de nacimiento para el niño o fecha de parto para la madre embarazada. Son aceptables copias de los comprobantes de nacimiento:

- Certificado de nacimiento, DSHS verificación de nacimiento, Registro Médico de nacimiento o el Hospital/Registro Médico
- Tarjeta de la identificación del estado de Washington, Pasaporte o Visa
- Otro documento legal
- Verificación aceptable para confirmar la fecha de parto para una mujer embarazada es una carta firmada por el médico.

Usted necesitará proporcionar verificación de todos los ingresos familiares durante los últimos 12 meses o año de calendario anterior. Por Ejemplo:

- Declaración de impuestos año pasado
- Forma de W-2 durante el año pasado
- Talones de Cheques de los últimos 12 meses o recibos de pago de Diciembre que muestren los ingresos brutos de fin de año
- Carta de Adjudicación de Asistencia Pública (dinero TANF o SSI)
- Beneficios de desempleo
- Manutención de los hijos
- Carta de beneficios de cuidado de crianza
- Declaración del Empleador con Ingresos Brutos totales para los últimos 12 meses.

Queremos que la experiencia de sus hijos sea positiva. Porque los niños aprenden mejor cuando están sanos, le pedimos que nos traiga copias de:

- **Registro de vacunas**
- **Chequeos Físico (dentro de los últimos 12 meses)**
- **Exámenes Dentales (para niños de edad tres años o más)**

Debido al espacio limitado, no somos capaces de ofrecer la inscripción a cada familia al comienzo del año. Si su hijo no se selecciona inmediatamente en el inicio del año escolar, su nombre permanecerá en la lista de espera. Utilizamos la lista de espera para inscribir a las familias calificadas cada vez que hay una abertura.

Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda adicional, llame al (509) 826-2466 o 1-800-834-2466. Esperamos trabajar con usted y su familia.

Atentamente,
Mary M. Brown Kencayd
Coordinadora de ERSEA

Okanogan County Child Development Association

For Staff Use Only

Child ID #:

Estoy interesado en los siguientes programas de OCCDA (seleccione todas las que correspondan):

Edades Prenatal/Nacimiento a 3 años: Rural Home Visiting Early Head Start **Años 3-5:** Head Start ECEAP

Aplicación PRENATAL

Información prenatal para Early Head Start o Rural Home Visiting Solamente (*completar esta sección y la página 2 de esta solicitud si esta embarazada ó aplicando para Early Head Start ó el programa de Rural Home Visiting*):

Nombre de la Madre:	Fecha del parto:	Fecha de Nacimiento	Embarazo de Alto Riesgo?
			<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Aplicación del Niño

Primer Nombre	Apellido	Apodo	Fecha de Nacimiento	Sexo
				<input type="checkbox"/> Varon <input type="checkbox"/> Embra

¿Estuvo su niño matriculado en el programa de Early Head Start, Rural Home Visiting, Head Start or ECEAP el año pasado?
 Si No Si es Si, por favor marque cual programa: RHV EHS HS ECEAP

¿Esta su hijo matriculado en otro programa de Early Childhood?
 Si No Si es Si, cual programa? _____

¿Qué idioma(s) habla su niño?	Niño/a es Hispano o Origen Latino? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
--------------------------------------	--

Race: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Blanco/caucásico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hawaiano/de las Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro o Afroamericano <input type="checkbox"/> Biracial/Multiracial <input type="checkbox"/> No Especificado <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Cree que su hijo tiene una discapacidad/retraso en el desarrollo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Tiene su hijo una de las siguientes : <input type="checkbox"/> IEP <input type="checkbox"/> IFSP <input type="checkbox"/> Discapacidad Diagnosticada Proveedor/Distrito Escolar: _____
---	---

¿Tiene su hijo seguro Médico ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Si, nombre de plan de seguro: _____ Tipo: <input type="checkbox"/> Apple Health/Provider One <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Otro: _____ ¿Tiene su hijo un Doctor Regular ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Si, nombre del Doctor/Clinica: _____	¿Tiene su hijo seguro Dental ? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Si, Nombre de plan de seguro: _____ ¿Tiene su hijo un Dentista Regular? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Asi, Nombre del Dentista/Clinica: _____
--	---

¿Su hijo toma medicamentos para enfermedad mortal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Si, Cual es la condicion: _____	¿Tiene usted una preocupacion por su hijo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Si, porfavor marque todas las que correspondan: <input type="checkbox"/> Salud Física <input type="checkbox"/> Ex niño de crianza <input type="checkbox"/> Dental <input type="checkbox"/> Audición <input type="checkbox"/> Hablar <input type="checkbox"/> Bajo peso al nacer (5.5lbs o menos) <input type="checkbox"/> Visión <input type="checkbox"/> Alergias <input type="checkbox"/> Comportamiento <input type="checkbox"/> Dificultades Aprendiendo <input type="checkbox"/> Abuso/Negligencia <input type="checkbox"/> Nutrición /Alimentación <input type="checkbox"/> Condición de Enfermedad Mortal (Asma, Diabetes, Convulciones, etc.) <input type="checkbox"/> Expulsado de otro programa debido a su comportamiento
---	--

¿Tiene cuidado de niños? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Nombre de la niñera: _____ Direccion: _____ Telefono: _____	¿Su familia recibe un subsidio de cuidado de niño? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si es Si, por favor proporcione: Subsidio #: _____
--	---

Niño es: Biologico/Adoptado/Hijastro Hijo Adoptivo Cuidado Relativo Nieto Otro: _____

¿Es un padre / guardián un miembro del ejército? Si No

¿Cómo se enteró de los servicios de Early Head Start, Head Start, ECEAP, or Rural Home Visiting? [] Volantes [] Sitio Web [] derivación Agencia [] Amiga/Familiar [] Escuela [] Otro: _____	
¿Esta usted y su familia quedándose en un carro, parque, lugar para campar, hotel, refugio de emergencia o vivienda transicional? [] Si [] No	¿Está viviendo usted y su familia con otra familia debido a una crisi económica a pérdida de vivienda? [] Si [] No [] No, pero hemos estado sin vivienda durante los últimos 12 meses.
PADRE/TUTOR	PADRE/TUTOR
Relacion con el niño: [] Madre [] Padre [] Otro Nombre: _____	Relacion con el niño : [] Madre [] Padre [] Otro Nombre: _____
Dirección Física:	Dirección Física:
Dirección Electrónica:	Dirección Electrónica:
Teléfono (Celular/Casa):	Teléfono (Celular/Casa):
Teléfono de Trabajo/Mensaje:	Teléfono de Trabajo/Mensaje:
Fecha de Nacimiento:	Fecha de Nacimiento:
Idioma(s) que habla: Race: _____ ¿Hispano o Latino? [] Si [] No	Idioma(s) que habla: Race: _____ ¿Hispano o Latino? [] Si [] No
¿Necesita un intérprete para tener acceso al servicio? [] Si [] No	¿Necesita un intérprete para tener acceso al servicio? [] Si [] No
Nivel de Educación (marque el grado más alto que completó): [] Grado 6 o menos [] Grado 10 [] GED [] Grado 7 [] Grado 11 [] un poco de unvd [] Grado 8 [] Grado 12 [] entren. técnico [] Grado 9 [] HS Diploma [] AA [] BA	Nivel de Educación (marque el grado más alto que completó): [] Grado 6 o menos [] Grado 10 [] GED [] Grado 7 [] Grado 11 [] un poco de unvd [] Grado 8 [] Grado 12 [] entren. técnico [] Grad 9 [] HS Diploma [] AA [] BA
¿Esta en la escuela actualmente? [] Si [] No Si es Si: [] Medio Tiempo [] Tiempo Completo Escuela: _____	¿Esta en la escuela actualmente? [] Si [] No Si es Si: [] Medio Tiempo [] Tiempo Completo Escuela: _____
¿Esta usted trabajando? [] Si [] No [] Trabajando tiempo Completo (30 horas ó más cada semana) [] Trabajando medio tiempo (menos de 30 horas cada semana) Nombre del Empleador: _____ [] Trabajador de Temporada [] Migrante [] Desempleado [] Discapacitado [] Jubilado	¿Esta usted trabajando? [] Si [] No [] Trabajando tiempo Completo (30 horas ó más cada semana) [] Trabajando medio tiempo (menos de 30 horas cada semana) Nombre del Empleador: _____ [] Trabajador de Temporada [] Migrante [] Desempleado [] Discapacitado [] Jubilado
¿Tiene alguna preocupación por usted y/o miembros de su familia? [] Si [] No Si es Si, porfavor de marcar todo lo que aplique: [] Vivienda [] Discapacidad/no poder trabajar [] Violencia Intrafamiliar [] Necesidades Básicas (comida o Vivienda) [] Asuntos Legales [] Problemas de Salud [] Trabajo/Empleo [] Problemas de Droga/Alcohol [] Dificultades Aprendiendo [] Inmigración [] Padres Encarcelados [] Padre Adolescente(<20 año) [] Salud Mental/Enfermedad/Depresión Posparto [] Involucramiento de CPS (actual/o en el pasado) [] poco o no apoyo de familia o amigos	
Número de personas en la familia: _____ Edades de los otros niños en la casa: _____	
¿Está recibiendo una subvención de TANF? [] Si [] No ¿Está recibiendo WIC? [] Ahora [] Pasado [] Nunca ¿Estás recibiendo SNAP? [] Si [] No ¿Alguien en el hogar fuma? [] Si [] No ¿Alguien de su familia esta recibiendo beneficios de incapacidad de SSI? [] Si [] No Si es Si, quien?	

Yo he contestado verdaderamente a lo mejor de mi conocimiento. Yo entiendo que la información proveido que he proporcionado es confidencial y no estará compartido sin mi permiso. Si apliqué, yo doy permiso a OCCDA para comunicarse con DSHS y para que DSHS de la cantidad de beneficios de TANF que recibo. Tambien, autorizo a OCCDA de verificar las vacunas de mis niño/a con el sistema de Washington State Child Profile.

Fecha: _____ **Firma de Padre/Tutor :** _____

OCCDA no discrimina basándose en raza, credo, religión, estado social, orientación sexual, origen nacional. Sexo, edad, o discapacidad mental/ sensorial/ física.